



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Marília
2019**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista, Câmpus de Marília, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Orientadora: Profa. Dra. Ieda Pelógia Martins Damian

Área de concentração: Informação, Tecnologia e Conhecimento

Linha de Pesquisa: Gestão, Mediação e Uso da Informação

**Marília
2019**

S237g

Santos, Beatriz Rosa Pinheiro dos

Gestão da Informação no Setor Público de Saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família / Beatriz Rosa Pinheiro dos Santos. -- Marília, 2019

222 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília.

Orientadora: Ieda Pelógia Martins Damian

1. Gestão da Informação. 2. Gestão Documental. 3. Competência em Informação. 4. Atenção Básica em Saúde. 5. Unidades de Saúde da Família.

BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ieda Pelógia Martins Damian (Orientadora)

Universidade de São Paulo (USP) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto-SP/Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Faculdade de Filosofia
e Ciências de Marília-SP.

Profa. Dra. Marta Lígia Pomim Valentim (Membro titular)

Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Faculdade de Filosofia e Ciências –
Câmpus de Marília

Profa. Dra. Dunia Llanes Padrón (Membro titular)

Universidade de Havana – Departamento de Ciências da Informação

Profa. Dra. Marcia Cristina de Carvalho Pazin Vitoriano (Membro suplente)

Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Faculdade de Filosofia e Ciências –
Câmpus de Marília

Profa. Dra. Emeide Nobrega Duarte (Membro suplente)

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Marília, 20 de fevereiro de 2019.

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido
se não **tocarmos o coração das pessoas.**

Cora Carolina

À minha amada mãe Solange de Fátima, ao meu doce pai João Batista e a todos aqueles que acreditam que a educação pode transformar o mundo em um lugar melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a Nossa Senhora, a Virgem Maria, a São Francisco de Assis e a todos os meus anjos e santos protetores por terem me ajudado no decorrer desse mestrado.

Aos meus pais Solange de Fátima Rosa dos Santos e João Batista Pinheiro dos Santos por terem me apoiado e me motivado não somente nesta jornada, mas desde que eu nasci. Agradeço pela criação que me deram, por tanto suor derramado para criarem a mim e a meu irmão com tanta dignidade, amor, carinho, disciplina e respeito.

Aproveito para agradecer meu irmão Weslei Rosa Pinheiro dos Santos por ser meu grande amigo, por me incentivar tanto e estar sempre presente para me ajudar. Também agradeço a minha cunhada e madrinha de crisma Priscilla Gomes de Sá, pelo incentivo, orações e principalmente por ter me dado, junto ao meu irmão, sobrinhos tão maravilhosos: João César e Marco Aurélio, a quem agradeço pela pureza e por me fazerem acreditar em um mundo mais leve e cheio de amor.

As minhas tias gêmeas Elaine e Eliana pelo incentivo, conselhos, exemplos de luta e amor depositados a mim.

À minha orientadora Profa. Dra. Ieda Pelógia Martins Damian por ser luz na minha vida, pela paciência, pela humanidade, respeito, cuidado e auxílio diário no decorrer desse mestrado e dessa dissertação. Agradeço também pela amizade e carinho que demonstrou comigo diante de momentos de insegurança e ansiedade.

A Profa. Ms. Cristiana Aparecida Portero Yafushi que me incentivou a ingressar no mestrado e se tornou uma grande amiga.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Unesp de Marília, por todo conhecimento compartilhado e exemplos de profissionais na área.

Agradeço em especial às professoras Dra. Marta Lígia Pomim Valentim e Dra. Dunia Llanes Padrón por participarem da banca examinadora da dissertação e contribuírem de maneira tão significativa para o crescimento dessa pesquisa.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa 'Informação, Conhecimento e Inteligência Organizacional' da Unesp de Marília, pelos ricos momentos de discussão intelectual, de descontração e apoio mental diante de momentos difíceis que passamos no decorrer da vida. Em especial à Camila de Biaggi pela amizade, cumplicidade e apoio pessoal durante essa jornada.

Aos gestores e funcionários das Unidades de Saúde da Família dos municípios de Cândido Mota/SP, Gália/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP por permitirem a realização desta pesquisa e serem tão receptivos em todas as fases da aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Muito obrigada!

SANTOS, Beatriz Rosa Pinheiro dos. **Gestão da Informação no setor público de saúde**: um estudo em Unidades de Saúde da Família. Orientador: Ieda Pelógia Martins Damian. 2019. 222f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2019.

RESUMO

Atualmente a informação vem ganhando posição de destaque nas organizações, sejam elas públicas ou privadas. Nesse sentido, as organizações públicas de saúde têm se desenvolvido, buscando maneiras de inovar e melhorar seus serviços diante da sociedade contemporânea. As Tecnologias de Informação e Comunicação, os Sistemas de Informação em Saúde, incluindo o prontuário físico e eletrônico do paciente, presentes nas Unidades de Saúde da Família, auxiliam os profissionais a produzirem diariamente um alto volume de informação. Diante disso, torna-se imprescindível que essa quantidade de informação produzida seja gerenciada de maneira efetiva e inteligente, com a consciência dos funcionários sobre a importância da gestão da informação nos ambientes organizacionais e com o intuito de facilitar e otimizar o uso da informação nas ações diárias e nas tomadas de decisões dessas unidades. Nessa conjuntura, o problema que conduziu o desenvolvimento desta pesquisa foi: Como as Unidades de Saúde da Família utilizam e lidam com a gestão da informação nas suas práticas de trabalho e tomadas de decisão? À vista disso, o objetivo central foi analisar os processos da gestão da informação e sua presença nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família. A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa o roteiro de entrevista e o roteiro de observação, aplicados nas Unidades de Saúde da Família de Gália, Cândido Mota, Garça e Vera Cruz, municípios do estado de São Paulo. Para análise dos dados pesquisados foi empregado o método de Análise de Conteúdo. Como resultados, a análise demonstrou que as Unidades de Saúde da Família que apresentaram melhores resultados de desempenho diante dos indicadores da atenção básica, demonstraram realizar com mais efetividade práticas da gestão da informação se comparadas as unidades que apresentaram resultados insatisfatórios perante os indicadores. Se verificou que a realização dos processos de gestão da informação contribui para os resultados das práticas oriundas do atendimento aos pacientes das unidades. Como considerações finais, a pesquisa demonstrou que a inserção e realização da gestão da informação dependem das iniciativas dos gestores e, levando em consideração a aplicabilidade efetiva dos processos da gestão da informação, foi possível perceber que não havia gestão da informação nas práticas de trabalho das unidades analisadas.

Palavras-chave: Gestão da Informação; Gestão Documental; Competência em Informação; Tecnologias de Informação e Comunicação; Unidades de Saúde da Família; Atenção Básica em Saúde; Setor Público de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde; Prontuário Eletrônico do Paciente; Prontuário Físico do Paciente; Análise de Conteúdo.

SANTOS, Beatriz Rosa Pinheiro dos. **Information Management in the public health sector: a study in Family Health.** Advisor: Ieda Pelógia Martins Damian. 2019. 222s. Dissertation (Master in Information Science) – Graduate Program in Information Science – Faculty of Philosophy and Sciences – São Paulo States University (UNESP), Marília, 2018.

ABSTRACT

Currently, information has been gaining prominence in organizations, be they public or private. In this sense, public health organizations have developed, seeking ways to innovate and improve their services in the face of contemporary society. Information and Communication Technologies, Health Information Systems, including the patient's physical and electronic records, present in the Family Health Units, help professionals to produce a high volume of information daily. Given this, it is imperative that this amount of information produced be managed in an effective and intelligent manner, with the employees' awareness of the importance of information management in organizational environments and with the purpose of facilitating and optimizing the use of information in actions decisions of these units. At this juncture, the problem that led to the development of this research was: How do Family Health Units use and deal with information management in their work practices and decision making? In view of this, the central objective was to analyze the information management processes and their presence in the work practices of the Family Health Units. The research is qualitative, descriptive and exploratory in nature. The interview script and the observation script were used as instruments of research, applied in the Family Health Units of Gaul, Cândido Mota, Garça and Vera Cruz, municipalities of the state of São Paulo. In order to analyze the data, the Content Analysis method was employed. As a result, the analysis showed that the Family Health Units that presented better performance in relation to basic care indicators, showed that they performed more efficiently information management practices when compared to the units that presented poor results in relation to the indicators. It was verified that the accomplishment of the processes of information management contributes to the results of the practices coming from the attendance to the patients of the units. As final considerations, the research demonstrated that the insertion and accomplishment of information management depend on the initiatives of the managers and, taking into account the effective applicability of the information management processes, it was possible to perceive that there was no information management in the work practices of the analyzed.

Keywords: Information Management; Document management; Information Skills; Information and Communication Technologies; Family Health Units; Basic Health Care; Public Health Sector; Health Information Systems; Electronic Patient Record; Patient Physical Record; Content analysis.

LISTA DE FIGURAS

	P.
Figura 1 – Modelo Processual de Gestão da Informação de McGee e Prusak	34
Figura 2 – Modelo Processual de Gestão da Informação de Marchand, Kettinger e Rollins.....	36
Figura 3 – Modelo Processual de Gestão da Informação de Choo.....	38
Figura 4 – Modelo Processual de Gestão da Informação de Davenport	39
Figura 5 – Mapa Conceitual da Seção: Gestão da Informação	48
Figura 6 – Mapa Conceitual da Seção: Organizações Públicas de Saúde	65
Figura 7 – Mapa Conceitual da Seção: Gestão da Informação no Setor Público de Saúde	103
Figura 8 – Fluxo de Informação para Gestão da Informação: subsídios para as USF A, B, X e Y (Parte I)	158
Figura 9 – Fluxo de Informação para Gestão da Informação: subsídios para as USF A, B, X e Y (Parte II)	159
Figura 10 – Fluxo de Informação para Gestão da Informação: subsídios para as USF A, B, X e Y (Parte III)	160
Figura 11 – Modelo de Gestão da Informação de Ponjuán Dante	165
Figura 12 – Produto dos Processos e Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde	171

LISTA DE QUADROS

P.

Quadro 1 – Levantamento quantitativo sobre Teses e Dissertações com o tema de Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde	18
Quadro 2 – Características diferenciais entre dados, informação e conhecimento	24
Quadro 3 – Atividades Base da Gestão da Informação de Valentim	40
Quadro 4 – Análise Comparativa entre os modelos de Gestão da Informação	44
Quadro 5 – Vantagens e Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente	80
Quadro 6 – Algumas fontes de informação típicas de organizações	84
Quadro 7 – Modelo de Gestão Documental de Cruz Mundet	86
Quadro 8 – Necessidades e Deveres da Gestão da Informação	89
Quadro 9 – Resumo das dimensões sociais da ColInfo	96
Quadro 10 – Padrões básicos e/ou indicadores de Competência em Informação	98
Quadro 11 – Qualidade dos serviços das Unidades de Saúde da Família com base no Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica	107
Quadro 12 – Vantagens da Entrevista	110
Quadro 13 – Categorias e Inferências para Análise dos Dados (Roteiro de Entrevista G)	108

Quadro 14 – Diagnóstico das práticas de Gestão da Informação realizadas pelos gestores das USF A, B, X e Y	127
Quadro 15 – Categorias e Inferências para Análise dos Dados (Roteiro de Entrevista F).....	129
Quadro 16 – Diagnóstico das práticas de Gestão da Informação realizadas pelos funcionários das USF A, B, X e Y	139
Quadro 17 – Análise Comparativa da Gestão da Informação entre as USF A, B, X e Y.....	148
Quadro 18 – Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde.....	167

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	–	Atenção Básica em Saúde
AC	–	Análise de Conteúdo
ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
BPA	–	Boletim de Produção Ambulatorial
CADSUS	–	Sistema Cartão Nacional do SUS
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	–	Ciência da Informação
CONARQ	–	Conselho Nacional de Arquivos
CPAD	–	Comissão Permanente de Avaliação de Documentos
CROSS	–	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
CRPP	–	Comissão de Revisão de Prontuários de Pacientes
DATASUS	–	Departamento de Informática do SUS
DRS	–	Departamento Regional de Saúde
GAL	–	Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GD	–	Gestão Documental
GI	–	Gestão da Informação
GRI	–	Gerenciamento de Recursos Informacionais
IFLA	–	<i>International Federation of Library Association</i>
LAI	–	Lei de Acesso à Informação
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEP	–	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIASS	–	Programa de Interiorização das ações de saúde e Saneamento
PSF	–	Programa de Saúde da Família
SESP	–	Serviço de Saúde Pública
SIA-SUS	–	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SIPNI	–	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	–	Sistemas de Informação em Saúde
SISCAN	–	Sistema de Informação do Câncer
SISPRENATAL	–	Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao Pré-Natal
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TI	–	Tecnologia da Informação
TIC	–	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
USF	–	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 GESTÃO DA INFORMAÇÃO	21
2.1 Aspectos históricos da Gestão da Informação	29
2.2 Modelos de Gestão da Informação	32
2.2.1 <i>Modelo de McGee e Prusak</i>	32
2.2.2 <i>Modelo de Marchand, Kettinger e Rollins</i>	35
2.2.3 <i>Modelo de Choo</i>	37
2.2.4 <i>Modelo de Davenport</i>	38
2.2.5 <i>Modelo de Valentim</i>	39
2.3 Análise comparativa entre os Modelos de Gestão da Informação	42
3 ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE	49
3.1 Sistema Único de Saúde.....	53
3.2 Atenção Básica em Saúde.....	58
3.3 Unidades de Saúde da Família.....	61
4 GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE	66
4.1 Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde.....	72
4.2 Sistemas de Informação em Saúde e o Prontuário do Paciente	76
4.3 Gestão da Informação e Gestão Documental na área da Saúde.....	83
4.4 Competências e Habilidades em Informação dos profissionais da saúde.....	94
5 METODOLOGIA	104
5.1 Revisão Bibliográfica.....	104
5.2 Pesquisa Descritiva e Pesquisa Exploratória	105
5.3 Definição e Caracterização do Universo de Pesquisa	105
5.4 Sujeitos de Pesquisa.....	108
5.5 Procedimentos de Coleta de Dados	109
5.6 Roteiros de Entrevista	110
5.6.1 <i>Roteiro de Observação</i>	111
5.7 Procedimentos de Análise de Dados.....	111
5.7.1 <i>Análise de Conteúdo</i>	113
6 ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	116
6.1 Apresentação das Categorias e Análise dos Dados Coletados com o Roteiro de Entrevista G.....	117

6.2 Apresentação das Categorias e Análise dos Dados Coletados com o Roteiro de Entrevista F	129
6.3 Apresentação e Análise das Observações nas USF A, B, X e Y	140
6.4 Análise Comparativa da Gestão da Informação entre as Unidades de Saúde da Família A, B, X e Y	146
6.5 Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde	162
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS	178
APÊNDICES	196
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista F	197
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista G	200
APÊNDICE C – Roteiro de Observação	202
APÊNDICE D – Termo de Autorização para realização da Pesquisa – Cândido Mota/SP	211
APÊNDICE E – Termo de Autorização para realização da Pesquisa – Gália/SP	212
APÊNDICE F – Termo de Autorização para realização da Pesquisa – Garça/SP.....	213
APÊNDICE G – Termo de Autorização para realização da Pesquisa – Vera Cruz/SP	214
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	215
ANEXOS	217
ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP	218

1 INTRODUÇÃO

Considerada uma prática imprescindível para o desenvolvimento humano, a informação atualmente carrega a responsabilidade de transformar o mundo para melhor, porque possui a capacidade de alterar condições negativas em positivas no ambiente em que é utilizada (SAEGER, *et al.*, 2016).

Para Moraes e Fadel (2006), devido a abundância de informação que é gerada nos mais diversos contextos da sociedade, a informação passou a ser considerada um recurso estratégico que tem custo, preço e valor. Segundo Llarena, Navarro e Duarte (2016), isso se dá porque atualmente vive-se em uma sociedade caracterizada pela produtividade informacional, decorrente dos avanços tecnológicos que incitou a socialização e o compartilhamento de informação entre as pessoas.

De acordo com Silva (2017), em qualquer lugar, a informação é hoje um dos elementos mais importantes a ser considerado, mas que antes é primordial que as pessoas compreendam o seu valor, além disso, a autora afirma que diante do excesso de informação, muitos confundem qualidade com quantidade, quando em verdade, não basta ter informação em demasia, mas informação correta, preparada para ser utilizada no momento e lugar certo. Nesse cenário, pode-se afirmar que a Gestão da Informação (GI) é uma ferramenta importante para as organizações, pois é capaz de articular práticas de valor à informação que está inserida nesses ambientes. Para isso, a GI acaba se tornando um processo necessário.

Se atualmente a informação vem ganhando posição de destaque nas organizações, sejam elas públicas ou privadas, é importante trabalhar o processo de GI no contexto das organizações públicas de saúde, que têm se desenvolvido, buscando maneiras de inovar e melhorar seus serviços diante dessa nova sociedade, em que a informação ganha destaque e relevância.

A informação deve ser considerada um insumo essencial para o processo decisório e para as práticas de trabalho das organizações públicas de saúde. De maneira ampla, “[...] um país sem informação é um país sem conhecimento, e um país sem conhecimento é um país sem desenvolvimento econômico e social” (VALENTIM, 2008a, p.13). Desse modo, é relevante que esse conceito se insira no contexto da saúde pública, de maneira mais específica, na esfera da Atenção Básica em Saúde.

Assim, a Unidade de Saúde que se conscientizar da importância que a informação e sua gestão possuem no seu ambiente organizacional, tem grandes

chances de se destacar entre as demais unidades, e, concomitantemente, contribuir para o desenvolvimento da saúde pública do País.

A Unidade de Saúde da Família, um tipo de unidade inserida na esfera da atenção básica e agregada ao Programa Estratégico de Saúde da Família, foi criada pelo Governo Federal com o intuito de reorganizar e melhorar a atenção básica de saúde pública no Brasil, e foi escolhida como universo desta pesquisa, pois possui o objetivo de prestar atendimento de qualidade e integralidade à população, além disso, seu foco encontra-se voltado à prevenção em saúde. Com isso, essas unidades atribuem grandes vantagens econômicas e sociais para o País, pois a prevenção proporciona em longo prazo, uma redução de gastos com recursos de tratamentos futuros e, ao mesmo tempo, um aumento na qualidade de vida dos pacientes. De modo específico, o universo da pesquisa dispõe de quatro Unidades de Saúde da Família dos municípios de Gália/SP, Cândido Mota/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP. Na seção 'Metodologia' a justificativa para escolha de tais unidades é explicitada.

Ademais, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), presentes nas Unidades de Saúde da Família, auxiliam os profissionais a produzirem diariamente um alto volume de informação. Diante disso, torna-se imprescindível que essa quantidade de informação produzida seja gerenciada de maneira efetiva e inteligente, com a consciência dos funcionários sobre a importância da GI nos ambientes organizacionais e com o intuito de facilitar e aperfeiçoar o uso da informação nessas Unidades.

No campo da Ciência da Informação (CI), a presente pesquisa busca contribuir demonstrando às organizações públicas de saúde a relevância e o valor da informação, bem como sua gestão para práticas de trabalho e tomadas de decisão assertivas.

Além disso, a pesquisa parte da alegação de que “[...] todas as atividades desenvolvidas em uma organização são dependentes de informação e de conhecimento, portanto, os estudos relacionados a esses fenômenos são extremamente importantes para o avanço da área de Ciência da Informação” (VALENTIM, 2008b, p.2).

Logo, a proposta deste estudo parte do pressuposto que, a GI contribui de maneira positiva e direta para as práticas de trabalho e processos decisórios dos

profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família, potencializando a qualidade dos serviços públicos que são ofertados à população.

Dessa maneira, diante dessas explicações, busca-se nesta pesquisa, responder a problemática central: como as Unidades de Saúde da Família utilizam e lidam com a gestão da informação nas suas práticas de trabalho e tomadas de decisão? O objetivo geral é analisar os processos da gestão da informação e sua presença nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família.

Como objetivos específicos, foram definidos:

- a) Analisar as abordagens, teorias, modelos e conceitos sobre as temáticas gestão da informação e Unidades de Saúde da Família;
- b) Analisar as práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família com base nas Atividades Base da Gestão da Informação propostas por Valentim (2004);
- c) Verificar a presença das atividades de gestão da informação nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família;
- d) Comparar as práticas de gestão da informação desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família com os modelos e atividades bases da gestão da informação;
- e) Propor diretrizes voltadas à gestão da informação para as Unidades de Saúde da Família, a partir das suas práticas de trabalho, da literatura e dos resultados obtidos na pesquisa de campo.

No que tange aos procedimentos metodológicos, a pesquisa é de natureza qualitativa e caracteriza-se como descritiva exploratória. Optou-se como instrumentos de coleta de dados, utilizar o Roteiro de entrevista e o Roteiro de observação. A entrevista semiestruturada foi aplicada aos gestores das unidades e aos profissionais que lidam com os Sistemas de Informação e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) das organizações pesquisadas.

Para a análise dos dados coletados na pesquisa de campo, escolheu-se o método de 'Análise de Conteúdo', e optou-se pela técnica de 'Análise Categórica', com as categorias de análise definidas '*a posteriori*'.

A presente pesquisa contribui para a estruturação e consolidação da GI inserida nas Unidades de Saúde da Família, resultando em tomadas de decisões efetivas, especificamente no setor público de saúde que apresenta carência de qualidade e incoerência em seus processos, atividades e prestação de serviços.

Contribui para o campo da CI, como uma pesquisa geradora de estratégias e competências, propiciando domínio dos fluxos de informação e uso da informação de maneira inteligente, reconhecendo o papel imprescindível que a área de CI traz para todos os contextos organizacionais, sejam estes públicos ou privados.

Além disso, por meio de um levantamento bibliográfico realizado no Banco de Teses e Dissertações da Capes e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações nos últimos dez anos, notou-se que há poucos estudos realizados em âmbito de pesquisas de dissertações e teses de programas em Ciência da Informação que tenham como foco a perspectiva da GI na Atenção Básica em Saúde, principalmente nas Unidades de Saúde da Família, que possui grande relevância estratégica para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e que busca resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2012).

Quadro 1 – Levantamento quantitativo sobre teses e dissertações com o tema de gestão da informação na Atenção Básica em Saúde

Base	Termo	Tese e Dissertações desenvolvidas por Programas de Ciência da Informação
Banco de Teses e Dissertações da CAPES	Gestão da informação na atenção básica em saúde	Tese: 1; Dissertação: 0.
	Gestão da informação em unidades de saúde da família	Tese: 1; Dissertação: 0.
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)	Gestão da informação na atenção básica em saúde	Tese: 0; Dissertação: 0.
	Gestão da informação em unidades de saúde da família	Tese: 0; Dissertação: 0.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Como se pode notar por meio da análise do Quadro 1, foi encontrado apenas duas teses no Banco de Teses e Dissertações da CAPES que abordam a gestão da informação na atenção básica em saúde e nas unidades de saúde da família. Porém, pela análise dos resumos das teses, foi possível perceber que as mesmas não utilizam o processo de gestão da informação, mediante tantas etapas específicas, nas unidades de saúde da família ou em outros tipos de unidades pertencentes à atenção básica.

À vista disso, é possível afirmar que não há, nos últimos dez anos, pesquisas desenvolvidas pelos programas de pós-graduação em Ciência da Informação no Brasil que abordem a gestão da informação na atenção básica em saúde, especialmente nas unidades de saúde da família.

Desse modo, ao saber que essas unidades são núcleos importantes para o crescimento e desenvolvimento da saúde pública no País, mesmo com limitações relacionadas aos aspectos políticos, que podem engessar o encadeamento de mudanças no gerenciamento, por intermédio do emprego de novas práticas, há de se aproveitar todo o arcabouço teórico da CI, em específico à GI, para potencializar e facilitar a tomada de decisão e as práticas diárias de trabalho dos profissionais que atuam nesses locais. Concomitantemente, essa pesquisa também possibilita contribuir para o campo da CI, para a linha de pesquisa Gestão, Mediação e Uso da informação e para Administração Pública.

Para isso, este trabalho foi composto por sete seções, divididas entre as etapas de introdução, desenvolvimento e considerações finais. A pesquisa foi distribuída e representada pelas seções de: 'Introdução', 'Gestão da Informação', 'Organizações Públicas de Saúde', 'Gestão da Informação no Setor Público de Saúde', 'Metodologia', 'Análise de Dados e Apresentação dos Resultados' e 'Considerações Finais'.

A seção Introdução buscou apresentar o contexto da pesquisa, suas palavras-chave, problema, justificativa, objetivos e, de maneira breve, a metodologia escolhida para a realização da pesquisa.

A seção 2 demonstra os aspectos relativos à GI, como seus conceitos, relevância para as organizações, aspectos históricos, modelos e ferramentas utilizadas para a execução da GI.

A seção 3 discorre sobre o âmbito das organizações públicas de saúde: definições, aspectos históricos e políticos, bem como oferece um embasamento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica em Saúde, em que se encontram as Unidades de Saúde da Família.

A seção 4 se encarrega por trazer particularidades da GI no setor público de saúde, bem como os conceitos e aspectos relativos às tecnologias de informação e comunicação, sistemas de informação em saúde, principalmente os tipos de prontuários do paciente, gestão documental e sua relação com a gestão da informação, como também o contexto das competências e habilidades informacionais

dos profissionais inseridos na área da saúde pública e necessário para aplicação e desenvolvimento eficiente da GI nos ambientes organizacionais retratados.

Na seção 5 são evidenciados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, como as técnicas e instrumentos de coleta de dados, caracterização do universo e sujeitos de pesquisa e o método utilizado para análise dos dados coletados.

A apresentação e análise dos resultados formam a seção 6. E, em continuidade, a seção 7 disserta sobre as considerações finais da pesquisa, em que foram apresentadas as limitações encontradas no decorrer do trabalho, as reflexões acerca do problema e dos objetivos, a relevância social, profissional, científica e econômica do estudo, como também sugestões para pesquisas futuras, a fim de dar continuidade ao tema abordado e contínuas melhorias para a área da saúde pública, contempladas, nesse caso, pela CI.

2 GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Segundo Gonçalves (2011), todo processo de investigação necessita de um objeto que norteie suas práticas e que dê condições para o alcance dos seus objetivos. Nesse caso em específico, o processo citado pelo autor possui o nome de Gestão da Informação. Autores como Choo (2003) e Alvarenga Neto (2005) afirmam veemente que o objeto de estudo da GI é a própria informação no contexto das organizações.

No entanto, para Barbosa (2008), afirmar que o objeto de pesquisa da GI é a informação no contexto das organizações pode parecer um pouco simplista e delimitado, pois a GI é um processo capaz de se inserir não somente no contexto profissional, mas também social e pessoal. Até porque, segundo Gonçalves (2011), a GI também é utilizada por áreas que não trabalham com a informação para competitividade em nível organizacional, como a Biblioteconomia.

Quem corrobora com essa afirmação é Martins (2014), que afirma que a GI é um campo científico que transcende o universo organizacional, podendo ser vista como multidisciplinar, com teorias e práticas oriundas de muitos outros campos científicos. Para o autor, isso acontece porque a informação passou a ter muito valor, e toda área que lida diretamente com a produção, gerenciamento, acesso e a disponibilização de produtos e serviços informacionais acaba, obrigatoriamente, tendo que utilizar aportes da GI, como também contribuir para o enriquecimento e desenvolvimento da área.

O conceito de GI pode ser visto como abrangente, pois

[...] traz em si uma vasta gama de variáveis agregadas à informação, inclusive seus recursos, além de possibilitar interação com aspectos teóricos mais abstratos, isto é, recebimento de ideias provenientes da filosofia da informação, economia da informação, sociologia da informação, política da informação, teoria organizacional, teoria de sistemas, etc. (MARTINS, 2014, p.32).

Nesta pesquisa, a GI é enfatizada pelo contexto organizacional, devido à necessidade das organizações de se planejarem diante do crescimento do volume informacional, como também pelo intuito de realmente aplicar a GI de forma prática, fazendo com que as organizações consigam controlar e gerenciar seus dados, informação e potencialmente seus conhecimentos.

Basicamente, dado, informação e conhecimento são os principais conceitos abordados na introdução e no ato de imergir sobre a CI, pode-se afirmar até que são

uns dos alicerces da área, que proporciona a todos o conhecimento sobre o objeto informação e o que ele pode alcançar e propiciar à sociedade e às organizações (SEMIDÃO, 2014). Todavia, esses conceitos são de modo geral destacados na literatura como elementos excludentes, quando na realidade, pode-se afirmar que esses são termos complementares, que se relacionam a todo o momento, e mais do que isso, que necessitam uns dos outros para existirem e realizarem suas funções com qualidade.

Em uma definição ampla, De Sordi (2015) afirma que os dados podem ser vistos como um conjunto de evidências e fatos importantes sobre um objeto maior, são fáceis de serem estruturados e capturados, bem como de ser transferidos e processados. Para o autor, a obtenção e o armazenamento de dados são atividades que não necessitam diretamente da intervenção humana, por ser na maioria das vezes obtidos por máquinas. Holisticamente, dados são, então, considerados matéria-prima para a construção de informação e são compreendidos por meio de números, palavras, imagens, objetos e etc. (DE SORDI, 2015).

De maneira mais resumida e concomitantemente intensa, os dados são conceituados por Hoffmann (2009) como informação bruta, sozinha e sem nenhum significado ou propósito. Para a autora, os dados não podem ser compreendidos sem que se estabeleçam primeiramente relações entre seus conjuntos. E essas relações dão origem à informação.

Existe uma clara dependência entre dados e informação: a informação é construída através do processamento dos dados, ou seja, por meio da organização, consolidação e manipulação dos dados (DE SORDI, 2015). Essa transição de dados para informação se dá pela mediação humana. Então, segundo Drucker (2001) e De Sordi (2015), a informação é a interpretação de uma coleção de dados, que se direciona pelo propósito do ser humano que está em contato com os dados e que deles necessita para gerar informação.

Portanto, de acordo com os autores, um conjunto de informações apenas é gerado quando há intervenção humana e envolvimento intelectual para a realização de relações entre vários conjuntos de dados.

A informação é dividida em dois tipos: formal e informal. A primeira é oriunda de documentos registrados e a segunda pode ser encontrada nas relações informais dentro de uma organização, nas quais essas informações não necessariamente são

originárias dos canais de comunicação formais estipulados pelas organizações (HOFFMANN, 2009).

Em relação ao conhecimento, De Sordi (2015) o tem como um elemento resultante da assimilação psicológica e cognitiva de informações, que é sempre baseado em experiências pessoais. Para o autor, conhecimento é um saber gerado pelo ser humano através de análises e reflexões diante de um conjunto de informação. Além disso, sua geração depende inteiramente do processo motivacional e do interesse de alguém, pois sua construção se dá pela mente humana.

Davenport e Prusak (1998, p.6) definem o conhecimento como

[...] 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 (DAVENTPOR; PRUSAK, 1998, p.6).

Em síntese, o conhecimento é visto como um elemento resultante da informação interpretada e aplicada pelo ser humano (HOFFMANN, 2009).

Segundo De Sordi (2015), dado e informação possuem uma relação muito profunda, no sentido de terem até mesmo maior fidedignidade do que o conhecimento. Isso porque dados e informações dependem de técnicas e procedimentos técnicos e tecnológicos que asseguram suas veracidades em termos qualitativos. Entretanto, quanto ao conhecimento, este não possui sua qualidade tão assegurada, porque depende inteiramente do processo cognitivo e do modelo mental humano, que são variáveis e imperfeitos.

O conhecimento pode ser classificado como tácito e explícito. De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997), o primeiro é considerado conhecimento pessoal, ligado às experiências pessoais, e que pode ser compartilhado e transmitido por meio das relações humanas. Já o conhecimento explícito, os autores o definem como um tipo de conhecimento que é registrado e tangível, compartilhado por meio da linguagem formal, geralmente encontrado em documentos. Pode-se afirmar até que esse último é muitas vezes confundido com a informação formal, também expressa em documentos, mas não gerada por um processo cognitivo, pois existe a junção tecnológica e de dados em seu processo de criação.

De acordo com De Sordi (2015), dados possuem uma natureza explícita e conhecimento uma natureza tácita, enquanto que a informação fica em um equilíbrio entre a natureza explícita e tácita. Essa relação pode ser mais bem assimilada no Quadro 2.

Quadro 2 – Características diferenciais entre dados, informação e conhecimento

Características	Dados	Informação	Conhecimento
Estruturação, captura e transferência	Fácil	Difícil	Extremamente difícil
Principal requisito para sua geração	Observação	Interpretação consensual	Análise e reflexão
Natureza	Explícita	Predominantemente explícita	Predominantemente tácita
Percepção de valor no contexto administrativo	Baixa	Média	Grande
Foco	Operação	Controle e gerenciamento	Inovação e liderança
Abordagens administrativas que os promovem	Execução de transações de negócios, processamento de dados	Gerenciamento de sistemas de informação	Gestão do conhecimento (KM), aprendizagem organizacional
Tecnologias que os promovem	Sistemas de processamento de dados (EDP, batch, OLTP) e transações via internet (b2b, b2c etc).	Sistemas de informação gerenciais (MIS), sistemas analíticos (OLAP, análise multidimensional), sistemas de suporte à decisão (DSS) e sistemas de informação executivas (EIS).	Data mining, text mining, natural language processing systems, sistemas especialistas, sistemas de inteligência artificial.

Fonte: De Sordi (2015, p.14).

Como é possível observar no Quadro 2, dado, informação e conhecimento possuem características específicas, mas isso não significa que não dependem um do outro ou que são totalmente separáveis, muito pelo contrário, esses elementos são altamente complementares e dão significado absoluto às pesquisas na área da CI.

Por exemplo, em uma unidade básica de saúde, no prontuário de um paciente, encontra-se registrado no campo 'alergias', a seguinte palavra: 'dipirona'. O médico que manusear este prontuário irá fazer a seguinte ligação: 'Este paciente possui alergia à dipirona'. No momento em que este médico assimilar esta ideia, irá saber que o paciente não poderá ingerir nada que contenha 'dipirona', e que não deve ser prescrito nenhum tipo de medicamento que contenha em sua fórmula a composição 'dipirona'. Diante deste simples exemplo, afirma-se que a palavra 'dipirona' registrada

no prontuário consiste em um dado, a ligação realizada pelo médico é uma informação e a assimilação do mesmo profissional, de acordo com esta informação, pode ser definido como conhecimento.

No contexto organizacional, De Sordi (2015) relata que os dados não são recursos usualmente utilizados, justamente porque sozinhos não costumam dar resultados eficazes. Essa afirmação do autor demonstra o quanto os dados são elementos brutos, que sem interpretação ou relações atribuídas por alguém podem claramente não ter valor.

Nesse aspecto, De Sordi (2015, p.11) menciona que “(...) mais importante do que acumular grandes volumes de dados seria a interpretação gerencial destes”. E a interpretação gerencial dos dados é a própria informação, que se configura em um recurso utilizado para toda tomada de decisão dentro do ambiente organizacional.

Para o autor supracitado, o conhecimento deve ser visto como um diferencial e como recurso à inovação, pois embora as informações sejam as mesmas para todos que lidam com elas, o processo de assimilação e o conhecimento gerado nesse processo será sempre diferente, pois cada pessoa analisa de uma maneira única.

Felix (2003) afirma que a informação é um elemento fundamental para qualquer organização que deseja competir de maneira efetiva no mercado, e concomitantemente, define conhecimento como um processo de diretrizes que são utilizadas para transformar um conjunto de dados em uma informação destacadamente pré-selecionada, pois é por meio do processo cognitivo é que se identifica o que pode ser considerado dado ou informação. Logo, esses conceitos do autor são importantes, porque relaciona de maneira evidente a tríade: dados, informação e conhecimento.

Enfim, para Valentim (2008a), dado, informação e conhecimento são recursos que possuem grande relevância, desde que sejam gerenciados, e que as organizações devem compreender que esses elementos podem ser considerados base para as estratégias e tomadas de decisões efetivas dentro do contexto organizacional.

E um dos processos que estudam e lidam com o gerenciamento de dados e informação é a GI, uma ferramenta importante para mudanças concretas nas organizações e que promete habituá-las sobre a relevância da informação em seus contextos diários.

De maneira ampla, Wilson (2002) acredita que a GI é uma aplicação baseada nos princípios administrativos da informação em todo e qualquer ambiente organizacional ou até mesmo fora dele. Esses princípios estão envolvidos com os processos de aquisição, organização, controle, disseminação e uso da informação. Para o autor, a GI reúne uma série de conceitos e preocupações para agir de forma efetiva, com qualidade, valor, posse, uso e segurança da informação.

O conceito acima apresentado leva a reflexão de que não basta executar os processos estipulados da GI sem levar em consideração alguns princípios que vão assegurar que esses processos sejam realizados com êxito, como, por exemplo, a preocupação com a qualidade e a segurança da informação.

Marchiori (2014) também foi expansivo ao definir que a GI é um processo que demanda algumas decisões fundamentadas na representação da informação, na escolha de sistemas de armazenamento de dados e informações adequados, na qualidade e relevância das fontes de informação utilizadas pelas pessoas, nas formas de acesso a essas fontes, no compartilhamento e transmissão da informação, bem como na avaliação do uso e reuso informacional. Logo, o autor pontua esses parâmetros como essenciais e que devem ser levados em consideração para o ato de empreender a GI em um contexto organizacional.

A GI, de acordo com Terra e Gordon (2002), está comprometida com os aspectos técnicos de fluxo de dados, com a integridade destes e com a grande importância que tem para construir e distribuir informação. Ou seja, para os autores, o papel da GI é proteger o fluxo de dados, pois são eles os principais insumos para a geração da informação, e por isso, seu papel é mais técnico.

A visão de Terra e Gordon (2002) merece destaque, pois atribui valor aos dados, que de certa maneira corresponde ao início do procedimento da tríade: dado, informação e conhecimento. Então, os autores atribuem à GI a responsabilidade de gerenciar os dados, o que coloca a gestão de dados como parte integrante da GI.

Segundo Ponjuán Dante (2007), a GI é um processo em que se desenvolvem e/ou se utilizam os recursos econômicos, físicos, humanos e materiais para o melhor uso da informação dentro das organizações ou na sociedade em geral. Para a autora, a GI deve ser feita a partir da identificação dos fluxos informacionais, dos processos, das pessoas, das tecnologias, da infraestrutura e dos produtos e serviços inseridos no ambiente em que está sendo executada.

É importante conhecer diferentes conceitos sobre a GI, pois fortalece e propicia consistência à construção de um conceito solidificado para variadas aplicações nos ambientes da sociedade, entretanto, muitos destes conceitos se assemelham uns com os outros, e isso também é relevante, pois demonstra que essa consistência está, de fato, construindo um conceito único e cada vez mais rico em seus propósitos.

Barbosa (2008) acredita que a GI lida mais fortemente com os documentos que são produzidos, armazenados e utilizados em um contexto organizacional. Essa ideia, de certa maneira, contribui para o fato de que a Gestão Documental (GD) seja parte da GI, ou que esteja inserida nela. Mesmo porque se cuida e se gerencia documentos com o propósito de preservar a informação que consta neles, e assim, quando se está fazendo gestão de documentos, conseqüentemente se está desenvolvendo parte do processo de gestão da informação, e Ponjuán Dante (2007) acredita que para uma boa GI não se pode deixar de lado a GD e vice-versa.

Portanto, acredita-se que a gestão documental é um macroprocesso pertencente ao processo geral da gestão da informação, dependendo do ambiente em que se aplica a última. Se o ambiente aplicável detém de documentação e esta é utilizada como aporte para realização das atividades e tomadas de decisão, visualiza-se necessário a aplicação da gestão documental como parte da gestão da informação, que trabalha com a informação explícita e registrada. Além disso, o ato de gerenciar documentos contribui diretamente para o gerenciamento da informação que está presente neste documento, e por essa razão esse macroprocesso é visto como necessário quanto a realização eficiente da GI nos ambientes organizacionais.

Segundo Barbosa (2008), a GI é uma coleção de processos que apoiam a identificação das necessidades informacionais, aquisição, organização, armazenamento e disseminação da informação, bem como o desenvolvimento de produtos e serviços de informação.

Com essas palavras, o autor revela nas entrelinhas que esse processo de gestão não se aplica apenas em ambientes organizacionais/industriais, mas em qualquer tipo de organização.

A reflexão se deu justamente porque grande parte dos conceitos de GI está envolvida com a informação no contexto empresarial, como por exemplo, González de Gómez (1999) que diz que a GI envolve as atividades de planejamento,

instrumentalização, competências, acompanhamento e avaliação das informações que perpassam e surgem nas empresas.

Em consonância, Tarapanoff (2001) afirma que a GI identifica e auxilia no uso dos recursos informacionais de uma organização, como também promove a adaptação dos funcionários referente às mudanças informacionais que surgem no ambiente interno e externo da organização.

Para Valentim (2004), a GI se configura em um conjunto de estratégias que possuem o objetivo de identificar as necessidades informacionais, mapear os fluxos formais, coletar, filtrar, analisar, organizar, armazenar e disseminar informações para o desenvolvimento das práticas de trabalho e para o apoio à tomada de decisões. Essas estratégias definidas pela autora são chamadas de Atividades Base da GI.

Detlor (2010) corrobora e afirma que GI

[...] é a gestão dos processos e sistemas que criam, adquirem, organizam, armazenam, distribuem e utilizam informações. O objetivo da gestão da informação é ajudar as pessoas e as organizações no acesso, processo e uso da informação de forma eficiente e eficaz (DETLOR, 2010, p.103).

Com todos esses conceitos acerca da GI, é possível afirmar o quanto essa ferramenta de gestão é importante no contexto atual da sociedade, que está marcado pela crescente produção e uso da informação. Sem dúvida, hoje a informação se insere nas organizações com grande abundância e isso nem sempre pode ser considerado um fator positivo se não houver ações de gestão que otimize esse novo cenário de abundância informacional.

Nas palavras de Alvarenga Neto, Barbosa e Pereira (2007, p.9) as organizações atualmente necessitam “[...] aprender a nadar em um oceano de informações prospectando e coletando informações relevantes para a sobrevivência e para a compreensão de um ambiente de negócios cada vez mais dinâmico e mutável”.

Diante disso, Davenport, Marchand e Dickson (2004) explicam que quanto mais uma organização cresce em tamanho e em complexidade, mais necessita de GI, pois mudanças no modo de olhar a informação aconteceram e acontecem cada vez mais, pois a informação é considerada um recurso que, segundo os autores, pode ser reutilizada, compartilhada ou trocada sem nenhuma perda de valor, muito pelo contrário.

Essa ideia é comentada por Saeger *et al.* (2016) que consideram a informação um elemento crucial para o sucesso das organizações. Além disso, os autores acreditam que a informação considerada atualmente um recurso estratégico, exige determinadas análises quanto a sua credibilidade, volume, complexidade, custo, modo de geração e uso, como também métodos eficazes para recuperação e armazenamento. Desse modo, os autores revelam em inferências algumas atividades que devem ser utilizadas para o tratamento da informação, que se configuram em uma maneira de se fazer GI.

De acordo com Ponjuán Dante (2011), uma gestão eficiente dos ativos tangíveis informacionais evita duplicidade de informação, garante que a informação esteja sempre no lugar, no momento e na maneira certa e certifica uma efetiva identificação das necessidades informacionais.

Como se pode perceber, a GI está diretamente associada com o ato de cuidar da informação nas organizações, independentemente do tipo das organizações. É importante esclarecer que as principais características da GI se dividem entre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e pessoas, pois a GI se desenvolve em sistemas de informação, que possui como propósito gerenciar e distribuir informação eficaz para os processos decisórios, entretanto não se deve esquecer também que as pessoas são as que operam e usam esses sistemas de informação, e que são os elementos mais importantes que existem na sociedade (PONJUÁN DANTE, 2007).

Diante do exposto, é possível afirmar que a GI é uma maneira de cuidar e de gerenciar a informação formal e informal que se encontra registrada em sistemas tecnológicos de informação e em documentos físicos, sempre com a mediação do homem, a fim de disponibilizar informação condensada e efetiva para tomada de decisões simples ou complexas.

Além disso, se a informação é classificada como insumo nas organizações contemporâneas e essas são compostas por pessoas, sistemas, documentos e tecnologias, nada mais natural que o processo de GI seja tão utilizado no contexto organizacional.

2.1 Aspectos históricos da Gestão da Informação

Devido ao grande volume e a rápida expansão de registros e documentação científica que ocorreu no final da 2ª Guerra Mundial, nasce uma nova ciência que

busca organizar e gerenciar toda essa documentação, denominada hoje como a Ciência da Informação (GONÇALVES, 2011). Essa ciência pode ser considerada mãe do processo de GI, pois a última possui características relacionadas com a primeira, entretanto, atualmente com influências mais modernas em consequência da alta tecnologia que é inserida em todos os setores da sociedade.

Grande parte dos conceitos agregados à GI é consequência dos trabalhos de Paul Otlet, que em 1934 publicou um livro intitulado *Traité de Documentation* (BARBOSA, 2008), que diz respeito à documentação e a importância da sua gestão.

Em 1960, Robert Taylor falava sobre GI enfatizando o Gerenciamento de Recursos Informativos (GRI) (ALVARENGA NETO, 2008), que é considerado um conceito que se preocupa com a gestão dos sistemas, documentos e pessoas, que carregam consigo a informação, e que segundo Cianconi (2012) é um tipo de gestão originária de três áreas: Administração, Biblioteconomia e Ciência da Informação e Ciência da Computação. Na primeira, gerenciam-se os sistemas de informação presentes nas organizações, na segunda, serviços e sistemas de informação de bibliotecas e a última se relaciona com a administração de dados.

No contexto empresarial, Davenport (1998) defende que a GI pode e está estritamente voltada à administração da informação que é produzida e recebida no contexto organizacional, por meio das atividades laborais dos funcionários.

Diante deste contexto, pode-se afirmar que a representação da GI atual é fruto desses panoramas descritos anteriormente, que envolve a gestão de documentos, a gestão dos sistemas de informação e das informações que é produzida e compartilhada pelas próprias pessoas, e que de maneira natural é utilizado como uma ferramenta gerencial eficiente pelas organizações contemporâneas dos meios privados e públicos (SAVIC, 1992; MARCHAND; KETTINGER; ROLLINS, 2001; WILSON, 2002).

A GI também possui suas origens baseadas em quatro variáveis descritas por Davenport (2002): informação não estruturada, informação estruturada, capital intelectual/conhecimento e informação estruturada em computadores, basicamente as mesmas perspectivas afirmadas por Savic (1992), Davenport (1998), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Wilson (2002), Alvarenga Neto (2008), Barbosa (2008) e Cianconi (2012).

Por todas essas inferências, Detlor (2010) observa a GI sobre três aspectos, sendo esses organizacionais, biblioteconômicos e pessoais. O aspecto organizacional procura cuidar dos sistemas de informação e dos moldes tecnológicos que armazenam a informação de uma empresa, além de levar em consideração o gerenciamento da informação que é registrada nos documentos e que auxiliam no cumprimento das tarefas diárias dos funcionários de uma organização; o biblioteconômico busca fazer a gestão da informação dos produtos e serviços de informação que são desenvolvidos nas bibliotecas e o aspecto pessoal diz respeito à gestão e utilização do capital intelectual dos funcionários e do compartilhamento da informação no ambiente organizacional.

Ao pé da letra, a palavra gestão representa o ato de controlar, cuidar e conduzir algo e que engloba os termos 'administração' e 'gestão' como um só, além de contemplar tanto a gestão em organizações privadas, como também as públicas (COLTRO, 2009). Nesse sentido, o conceito etimológico da GI pode expressar o ato de cuidar, controlar e conduzir a informação da melhor maneira possível nos ambientes em que ela perpassa.

Diante dessas contextualizações, a GI pode ser considerada um dos objetos de estudo da CI com abordagens interdisciplinares, contemplando e dando resposta ao fato de tantas áreas estarem contidas e utilizarem da CI para seu próprio desenvolvimento.

Llarena, Navarro e Duarte (2016) acreditam que desde a passagem pela revolução informacional, que se inicia pela transição da era agrícola para industrial, a GI passou a ser incentivada pela questão do aceleração tecnológico, importantes para as organizações e conseqüentemente para economia brasileira. Diante disso, para os autores, a GI alcançou uma revolução histórica e vêm contribuindo para a Era do Conhecimento, em que a informação e o próprio conhecimento, que é oriundo da primeira, passaram a ser considerados insumos para produção dos lucros empresariais.

Por esse fator, é possível afirmar que no setor público, a GI pode auxiliar na produção de melhores serviços ofertados à população através de melhores tomadas de decisões, e por conseqüência, contribuir para o desenvolvimento de uma relação muito mais estável e enriquecedora entre o serviço público e a população, o que claramente, potencializa a qualidade do País aos olhares externos.

Ademais, também é considerável afirmar que a GI, supostamente sempre existiu, não da maneira formal que é abordada nos livros, que discorrem sobre suas origens e aspectos históricos, mas de algum modo pode-se refletir que sempre existiu, pois a informação sempre esteve presente desde o primórdio dos tempos e as relações informacionais sempre foram essenciais para qualquer tipo de comunicação humana ou não humana, e à vista disso, onde há informação é provável e necessário que haja GI, pois sem ela, as formas de utilização da informação transformam-se em um verdadeiro caos. Todavia, para se ter referências e imaginar como a GI pode ser feita na prática, a próxima seção expõe alguns dos seus principais modelos, expressos em atividades e etapas, que exprimem e são utilizadas em ambientes organizacionais.

2.2 Modelos de Gestão da Informação

Para toda teoria que queira ser eficiente, existe uma prática ou um plano de prática que faça tornar o que é teórico em algo real e efetivo. Por isso, este trabalho foi embasado por alguns principais modelos de GI presentes na literatura, que auxiliam diretamente os gestores e funcionários de organizações, que possuem o intuito de implantar o processo de inovação e alto desempenho por meio do melhor uso da informação, que somente torna-se possível através do funcionamento eficaz da GI no ambiente organizacional.

De acordo com uma revisão aprofundada da literatura, identificaram-se muitos modelos que buscam colocar em prática os verdadeiros objetivos da GI, além disso, o critério de escolha para os modelos que foram selecionados foi baseado na perspectiva organizacional, ou seja, optou-se por escolher modelos relacionados ao processo de gerenciamento da informação nas organizações. Assim sendo, os modelos que serviram de base para a pesquisa foram os de: McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Choo (2002), Davenport (2002) e Valentim (2004), apresentados a seguir.

2.2.1 Modelo de McGee e Prusak

James McGee e Laurence Prusak evidenciam o processo de GI como uma ferramenta altamente estratégica, que até se relaciona com as atividades operacionais de uma organização, mas que seu verdadeiro lugar está no plano estratégico da

pirâmide organizacional, pois para eles, o gerenciamento da informação serve estritamente para auxiliar os gestores da alta gerência na tomada de decisões.

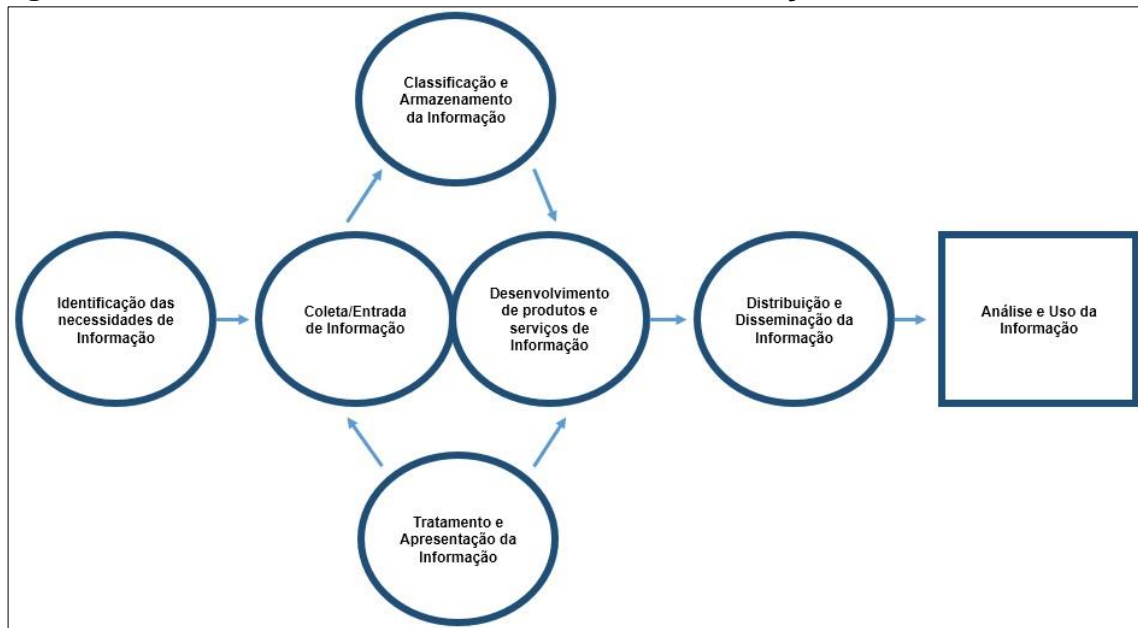
Com relação à característica principal do modelo, McGee e Prusak (1994) afirmam que o mesmo deve possuir cunho amplo e generalizado, pois a importação da informação é distinta para cada organização, dependendo do seu foco, tamanho, campo de atuação, cultura, entre outros, e que cada atividade sobre GI possui um peso distinto para cada organização, pois a importância de cada etapa pode ser modificável dependendo da necessidade imediata de quem for utilizar.

Outro fator que motivou os autores na criação desse modelo foi a falta de interação existente entre os profissionais envolvidos com a informação e com seu gerenciamento nas organizações (MCGEE; PRUSAK, 1994). Segundo eles a inexistência de integração entre executivos, gestores, funcionários usuários da informação, profissionais de TI e em alguns casos, bibliotecários e arquivistas podem gerar muitos problemas informacionais em qualquer ambiente organizacional.

Esse olhar dos autores para a falta de inter-relação entre os recursos humanos de uma empresa se dá pela forte influência da tecnologia, que claramente pode auxiliar no processo do gerenciamento da informação, mas que em demasia pode provocar barreiras comunicacionais e informacionais nada satisfatórias.

Diante disso, os autores resolveram desenvolver um modelo que pudesse ser útil para o maior número de organizações possíveis, chamado de diagrama processual de gestão da informação (Figura 1).

Figura 1 – Modelo Processual de Gestão da Informação de McGee e Prusak



Fonte: McGee e Prusak (1994, p.108).

Segundo os autores que criaram o modelo, a etapa ‘Identificação das necessidades de informação’ diz respeito ao ato do indivíduo conhecer as fontes de informação existentes no universo em que se está inserido, reconhecer suas tarefas e assim quais os tipos de informações que lhe é preciso para realizar tais tarefas. Como continuidade, a etapa ‘Coleta/Entrada de informação’ trata sobre o indivíduo adquirir e coletar as informações necessárias, para que sejam inseridas corretamente nos recursos e bancos de informação e assim, no momento oportuno, serem utilizadas.

As etapas de ‘Classificação e Armazenamento de informação’ e ‘Tratamento e Apresentação da informação’ são processos que envolvem adaptação da cultura informacional da empresa por parte dos indivíduos, aprendizagem técnica sobre os elementos de classificação e tratamento da informação, sempre em concordância com as informações que são necessárias nas mais diversas atividades executadas diariamente pela empresa e, enfim, todos esses aspectos são necessários para as informações serem fornecidas aos usuários com a máxima qualidade.

A quarta etapa sobre ‘Desenvolvimento de produtos e serviços de informação’ se realiza com o ato de estudar as características da cultura organizacional e informacional da organização, mapear as necessidades informacionais dos indivíduos mediante suas tarefas, a fim de desenvolver produtos e serviços de informação que poderão sofisticar os resultados das atividades organizacionais.

O processo de 'Distribuição e Disseminação da informação' é definido como atividades técnicas de recuperação da informação nos sistemas de informação e em outros recursos informacionais de uma organização, como o próprio ser humano. Essas atividades são desenvolvidas pela tarefa do compartilhamento da informação, logo, disseminar uma informação depende do processo intimista do compartilhamento.

E por último, 'Análise e Uso da informação' consiste em uma etapa que acontece a todo instante quando se necessita realizar alguma tarefa ou tomar decisões utilizando a informação. Concomitantemente, é um processo importante para prova de que todas as etapas anteriores foram realmente realizadas com eficácia.

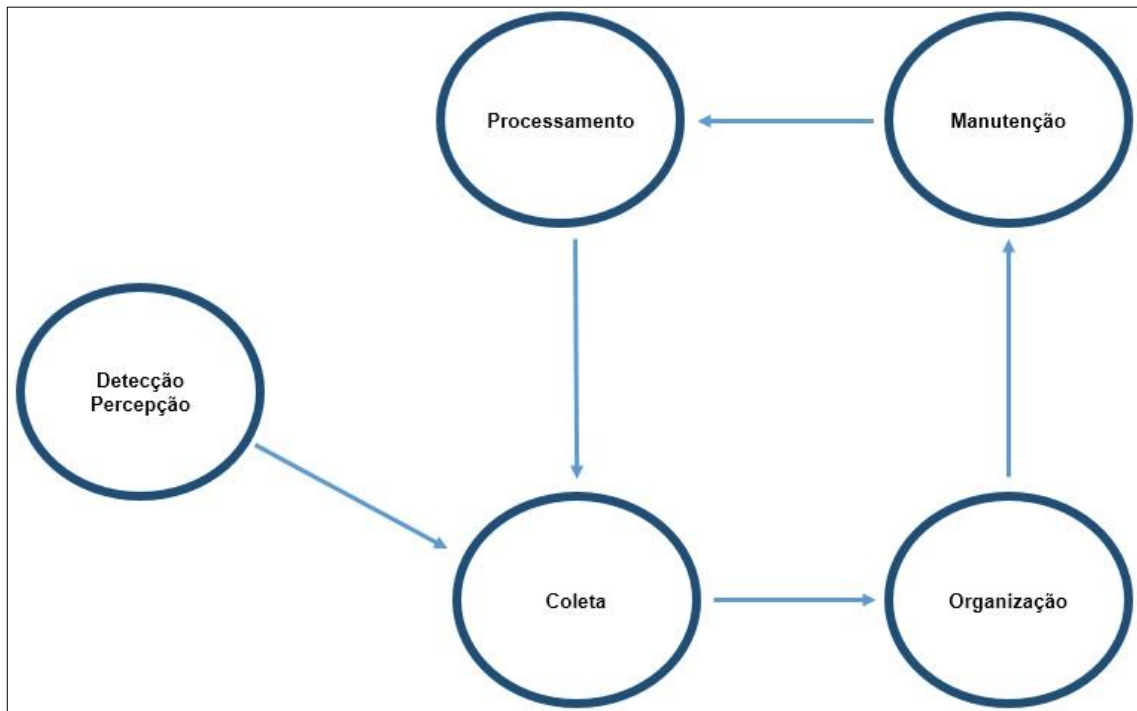
2.2.2 Modelo de Marchand, Kettinger e Rollins

O modelo de GI de Marchand, Kettinger e Rollins (2001) se baseia em três vertentes que juntas formam o que os autores denominam como visão integrativa orientada à informação, essencial para o sucesso do processo de GI nas organizações. Essas vertentes se dividem entre: práticas de Tecnologia de Informação, Práticas de Gestão da Informação e Comportamento Organizacional. A primeira diz respeito à capacidade de gerenciamento e suporte técnico das ferramentas de TI, e concomitantemente o seu uso; a segunda é relacionada ao gerenciamento dos fluxos de informação, sejam formais ou informais; e a última, caminha rumo ao desenvolvimento da cultura informacional de uma organização, porque diz respeito à capacidade de propiciar comportamento e valores voltados ao uso eficiente da informação no contexto organizacional.

Para os autores, essa visão integrativa orientada a informação torna-se imprescindível à organização que quer competir e se sobressair em um mercado pautado pela Era da informação.

Assim, com base nessa concepção sobre uma organização estar orientada a informação, Marchand, Kettinger e Rollins (2001) criaram um modelo processual de GI, representado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo Processual de Gestão da Informação de Marchand, Kettinger e Rollins



Fonte: Marchand, Kettinger e Rollins (2001, p.76).

A primeira fase do modelo, chamada de 'Detecção/Percepção' consiste na análise do ambiente interno e externo da organização a fim de diagnosticar que tipos de informação são importantes para o uso diário dos funcionários. A fase de 'Coleta' consiste na maneira e no processo de captação dos tipos de informação que foram detectadas na primeira fase; em consequência, 'Organização' seria a fase mais técnica do modelo, que engloba as tarefas de classificação, indexação e armazenamento da informação em efetivas bases de dados. Em seguida, a fase de 'Manutenção' é o processo responsável por manter todas as outras fases em bom funcionamento, por meio das tarefas de atualização dos recursos de informação, como também da informação; e por último, a fase de 'Processamento' tem a função de transformar e preparar a informação para o uso, ou seja, como uma espécie de sumarização da informação.

Todavia, segundo Marchand, Kettinger e Rollins (2001), este modelo precisa estar embasado por algumas características específicas que tornam o processo de GI nas organizações realmente eficaz. Essas características são: (i) os indivíduos devem utilizar a informação para a melhoria da organização como um todo, e não apenas ao seu próprio benefício; (ii) os indivíduos devem utilizar seu próprio conhecimento para que o uso da informação ocorra com sucesso; (iii) a organização necessita focalizar

seus objetivos relativos a busca e uso da informação para atividades realmente importantes; (iv) os indivíduos necessitam de incentivo e ser prestativo para aprender a desenvolver o seu comportamento informacional dentro da organização, e (v) os indivíduos da organização devem estar preparados às mudanças naturais que a Era da informação proporciona, além de ter como personalidade a inovação e a prontidão para novos desafios.

Nesse sentido, para os autores, as organizações que seguirem as fases do modelo e ao mesmo tempo atenderem à essas cinco características, naturalmente irão conseguir desenvolver uma boa GI no seu ambiente organizacional.

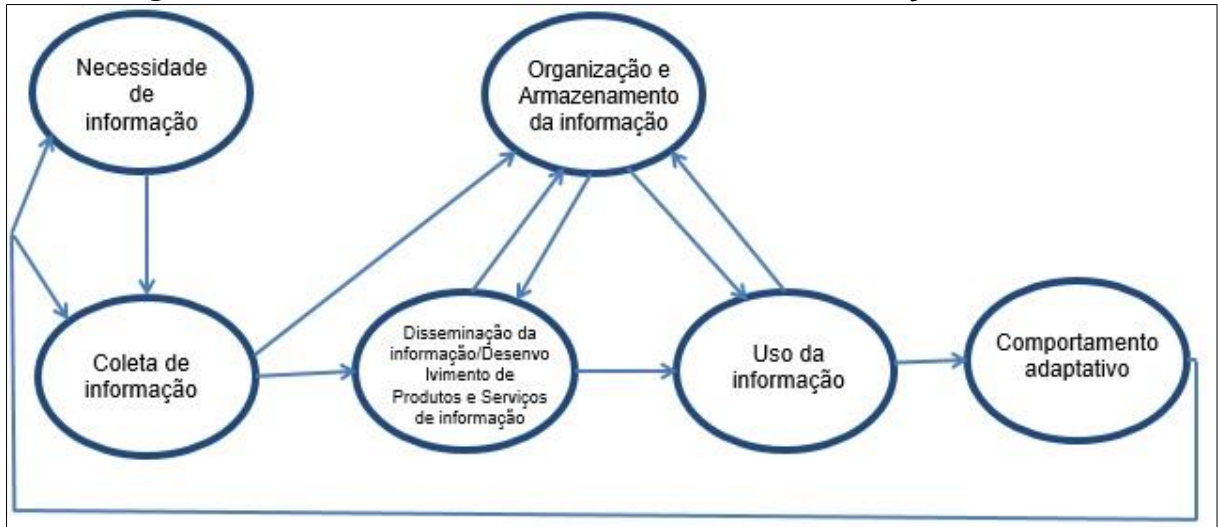
2.2.3 Modelo de Choo

O modelo de GI de Choo (2003) possui um viés que se relaciona com o processo de GC, baseado na aprendizagem organizacional, no qual a informação internalizada pelo indivíduo de uma organização posteriormente se transforma em conhecimento. Todavia, segundo o autor, para que o processo de GC atrelado à aprendizagem organizacional aconteça, é necessário primeiramente que a organização desenvolva uma GI efetiva no ambiente organizacional. Além disso, torna-se relevante enfatizar que para Choo (2003), algo somente pode ser considerado informação, se fizer sentido e ter algum significado para quem utiliza e/ou recebe, no mais, não pode ser considerada informação.

Para melhor compreensão destas explicações, a Figura 3 apresenta o Modelo processual de GI de Choo (2003).

As etapas deste modelo possuem a mesma definição das etapas dos modelos até agora retratados. Segundo Choo (2002) a coordenação das etapas é o que faz a diferença para manter a gestão da informação sempre com bons resultados. Além do mais, o autor busca evidenciar de acordo com o modelo que as necessidades de informação e o modo de coleta dessas estão sempre mudando, porque são dependentes da variabilidade humana e do seu comportamento adaptativo.

Figura 3 – Modelo Processual de Gestão da Informação de Choo



Fonte: Choo (2002, p.24).

De maneira geral, o que o modelo processual apresenta é que todas as suas etapas dependem e devem considerar o comportamento adaptativo dos indivíduos presentes em um ambiente organizacional. Nesse caso, isso explica o porquê do autor acreditar que a GI está inteiramente concentrada na aprendizagem constante e na GC que também torna possível a aprendizagem organizacional.

2.2.4 Modelo de Davenport

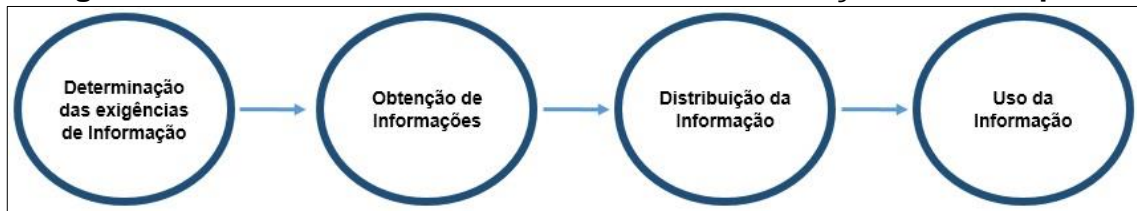
O modelo de GI de Davenport (2002) está fundamentado no que ele chama de Ecologia da Informação, que visualiza as organizações como universos ecológicos, no qual absolutamente tudo o que nelas estão inseridos são interdependentes entre si.

Esse universo ecológico em que todas as coisas estão relacionadas entre si se divide em vários ambientes que formam uma só organização, que são: (i) ambiente externo, constituído pelo tipo de negócio em que a organização está envolvida, suas características, *stakeholders*, metas e etc.; (ii) ambiente organizacional, composto por tudo aquilo presente no espaço físico, além das tecnologias envolvidas neste espaço, e por último, o (iii) ambiente informacional, dependente de algumas variáveis, dentre elas: equipe, estratégia, processos, arquitetura, política, cultura e comportamento, ou seja, esse ambiente lida com aspectos intangíveis, mas que no dia a dia, por meio das

ações de algumas das variáveis geram aspectos tangíveis, além de ser através desses aspectos que a informação é produzida, mantida e utilizada.

Diante disso, para Davenport (2002), a organização deve primeiramente levar em consideração esse universo ecológico da informação e depois seguir alguns passos, que foram desenhados em um modelo processual, descrito na Figura 4.

Figura 4 – Modelo Processual de Gestão da Informação de Davenport



Fonte: Davenport (2002, p.175).

O processo ecológico da informação de Davenport (2002) desaprova os modelos de GI que muito valorizam os aspectos tecnológicos, portanto, este modelo se sustenta nas características humanas e nas necessidades de informação das pessoas. Para o autor, todos os passos acima relativos ao gerenciamento da informação dever ter como parâmetro o ser humano, o ambiente externo, o ambiente organizacional e o ambiente informacional.

As etapas deste modelo também se assemelham com as demais, principalmente no que tange a primeira etapa, sobre a identificação das necessidades/exigências de informação. Assim, por esse aspecto é possível argumentar que a análise do fluxo de informação será sempre importante, pois é por essa análise que se identifica que tipo de informação é realmente utilizado e carece de gerenciamento.

2.2.5 Modelo de Valentim

Valentim (2004) considera a GI como um conjunto de estratégias que objetiva identificar as necessidades de informação, mapear os fluxos formais de informação, assim como sua coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação, com o intuito maior de apoiar no desenvolvimento das atividades cotidianas operacionais e na tomada de decisão estratégica das organizações.

Assim, com o intuito de demonstrar passo a passo como as organizações podem colocar em prática a GI, a autora criou um modelo, denominado como atividades base da gestão da informação, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Atividades Base da Gestão da Informação de Valentim

Gestão da Informação	
Âmbito	
Fluxos Formais	
Objeto	
Conhecimento Explícito	
Atividades Base	
✓	Identificar demandas e necessidades de informação.
✓	Mapear e reconhecer fluxos formais.
✓	Desenvolver a cultura organizacional positiva em relação ao compartilhamento/socialização de informação.
✓	Proporcionar a comunicação informacional de forma eficiente, utilizando tecnologias de informação e comunicação.
✓	Prospectar e monitorar informações.
✓	Coletar, selecionar e filtrar informações.
✓	Tratar, analisar, organizar, armazenar informações, utilizando tecnologias de informação e comunicação.
✓	Desenvolver sistemas corporativos de diferentes naturezas, visando o compartilhamento e uso da informação.
✓	Elaborar produtos e serviços informacionais.
✓	Fixar normas e padrões de sistematização da informação.
✓	Retroalimentar o ciclo.

Fonte: Valentim (2004).

Para a autora, cada atividade expressa no modelo é considerada importante para efetividade organizacional, como também para a otimização do processo de inteligência competitiva.

A atividade 'Identificar demandas e necessidades de informação' tem como intuito contribuir para que os funcionários identifiquem suas necessidades informacionais de acordo com suas tarefas diárias. No entanto, para conseguir identificar essas informações necessárias, deve-se primeiramente 'Mapear e reconhecer fluxos formais' da organização, ou seja, analisar cada atividade realizada e que tipo de informação é utilizado ou pode ser potencialmente necessário em algum momento.

Quanto à atividade de 'Desenvolver a cultura organizacional positiva em relação ao compartilhamento/socialização de informação', é correto afirmar que pode ser visto como um processo relevante nas organizações, pois atribui aos gestores a tarefa de incentivar a socialização e interação entre os funcionários, fazendo com que os mesmos compartilhem informações e sejam, ao mesmo tempo, recursos informacionais capazes de melhorar o fluxo informal de informação, que estimula no aprendizado e no crescimento da organização.

Além disso, essa atividade contribui para o ato de ‘Proporcionar a comunicação informacional de forma eficiente, utilizando tecnologias de informação e comunicação’, porque o funcionário consegue manter um equilíbrio entre o uso de fontes humanas e fontes de tecnológicas de informação, e mais, consegue compreender a relevância que tem o ato de compartilhar e cooperar para tomar decisões assertivas no ambiente organizacional.

As atividades ‘Prospectar e monitorar informações’, ‘Coletar, selecionar e filtrar informações’, ‘Tratar, analisar, organizar, armazenar informações, utilizando tecnologias de informação e comunicação’, exigem dos profissionais um conhecimento muito mais técnico no ato de gerenciar uma informação. Nesse caso, o gestor necessita trazer para sua empresa um profissional da informação que capacite seus funcionários a realizarem essas atividades essenciais no processo de GI.

Para a atividade ‘Elaborar produtos e serviços informacionais’ a ajuda de um profissional da informação para capacitar os funcionários também se torna necessária, a fim de fazer com que os funcionários ofereçam produtos e serviços de informação coerentes tanto para o ambiente interno como externo da organização, beneficiando funcionários, clientes e *stakeholders* em geral.

‘Desenvolver sistemas corporativos de diferentes naturezas, visando o compartilhamento e uso da informação’ é uma atividade dependente da alta administração, pois envolve planos de incentivo aos funcionários, para compartilhem e usem a informação tanto formalmente como informalmente.

Com o intuito de criar regras práticas para todas essas atividades de gestão da informação, Valentim (2004) enfatiza a importância da atividade ‘Fixar normas e padrões de sistematização da informação’.

E por fim, a atividade denominada como ‘Retroalimentar o ciclo’ foi colocada como uma meta para que os gestores e funcionários da organização possam sempre manter as atividades em execução e andamento, a fim de que uma hora sejam inseridas com afinco e consistência na cultura organizacional da empresa.

É notável que os modelos apresentados nesta seção são voltados para o campo empresarial, principalmente para o setor privado, no entanto, o intuito da pesquisa realmente é utilizar aportes da eficiência desses modelos e adaptar para o setor público com o intuito de trazer inovação e efetividade também para as organizações inseridas neste setor.

2.3 Análise comparativa entre os Modelos de Gestão da Informação

Muito se fala da importância da informação em um ambiente organizacional, do teor estratégico que apresenta e de como é considerada um recurso chave para as tomadas de decisão. Todavia, é importante saber que a informação bruta e simples produzida diariamente e em grande quantidade nesses ambientes, em verdade não possui valor algum se não for preparada e lapidada para se tornar valiosa, e esse processo de atribuição de valor a informação somente pode acontecer caso o processo de GI seja executado.

Segundo Moraes e Escrivão Filho (2006), a GI é o processo mais eficiente para os gestores transformarem a informação que permeia o ambiente organizacional em um recurso estratégico, que contribui para a eficácia dos resultados. A informação é um elemento natural que surge de cada ação organizacional, e a organização que nota esse fator passa a entender que a informação é um recurso que possui valor e que como todo outro recurso, necessita ser gerenciado (CHOO, 2006).

É por esse motivo que existem tantos modelos de GI a serem utilizados pelas mais diversas organizações, pois os mesmos apresentam etapas, passo a passo de como agir e gerenciar a informação de forma eficiente. Alguns deles apresentam muitas semelhanças, e todos são baseados nos parâmetros históricos que formaram a GI. À vista disso, se realizou uma análise comparativa, fundamentada em algumas variáveis que constituem os aspectos originários da GI comparado às etapas dos modelos de McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Choo (2002), Davenport (2002) e Valentim (2004).

O intuito é investigar se as etapas dos modelos apresentados estão em concordância com as características básicas que formaram a GI, que são baseadas na Gestão Documental, Gestão de Sistemas de Informação e Gestão de Pessoas (ALVARENGA NETO, 2008). Quanto a característica baseada na GD, é possível afirmar que toda organização possui um acervo de documentação, oriundo de suas próprias atividades diárias, e de certa maneira, os documentos que são gerados por essas atividades são importantes para futuras consultas, em caso de necessidade para tomada de alguma decisão, ou até mesmo servem como comprovantes e registros de que determinada atividade foi realizada. A segunda é relacionada aos sistemas de informação que existem atualmente nos ambientes organizacionais devido ao avanço da tecnologia, e que auxiliam no processo de produção, gestão e

uso da informação. E, por último, a gestão de pessoas, pois nada disso pode ser realizado sem o indivíduo mediador, detentor do conhecimento de que gerenciar a informação é necessário.

Quadro 4 – Análise Comparativa entre os modelos de Gestão da Informação

Características históricas e formadoras da Gestão da Informação	Etapas do Modelo de McGee e Prusak (1994)	Etapas do Modelo de Marchand, Kettinger e Rollins (2001)	Etapas do Modelo de Choo (2002)	Etapas do Modelo de Davenport (2002)	Etapas do Modelo de Valentim (2004)
Gestão Documental (Informação Estruturada)	Classificação e Armazenamento da Informação	Organização	Organização e Armazenamento da Informação	-----	-----
Gestão de Sistemas de Informação (Tecnologia)	Coleta/Entrada de Informação	Processamento	Coleta de informação	-----	Proporcionar a comunicação informacional de forma eficiente, utilizando tecnologias de informação e comunicação
	Tratamento e Apresentação da Informação	Manutenção			Prospectar e monitorar informações
Gestão de Pessoas (Capital Intelectual)	Identificação das necessidades de informação	Detecção/Percepção	Necessidade de Informação	Determinação das exigências de informação	Identificar demandas e necessidades de informação
	Desenvolvimento de Produtos e Serviços de Informação		Disseminação da Informação/Desenvolvimento de Produtos e Serviços de Informação	Obtenção de informações	Mapear e reconhecer fluxos formais
	Distribuição e Disseminação da Informação		Uso da Informação	Distribuição da informação	Desenvolver a cultura organizacional positiva em relação ao compartilhamento/socialização da informação
	Análise e Uso da Informação		Uso da Informação	Uso da Informação	Desenvolver sistemas corporativos de diferentes naturezas, visando o compartilhamento e uso da informação
			Elaborar produtos e serviços informacionais		
			Fixar normas e padrões de sistematização da informação		
Retroalimentar o ciclo					

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

A partir do Quadro 4, com relação a característica correspondente ao processo da '**Gestão Documental**', inserida na gestão da informação, pode-se notar que o modelo de McGee e Prusak (1994) trabalha com a classificação e o armazenamento da informação como etapas que representam a gestão documental, enquanto que o modelo de Marchand, Kettinger e Rollins (2001) indica a etapa de organização da informação estruturada e registrada, o que de certa maneira inclui implicitamente as etapas de classificação e armazenamento da informação. No mesmo contexto, o modelo de Choo (2002) articula a junção entre as etapas de organização e armazenamento da informação como atividades da gestão documental dentro do processo de gestão da informação.

No que tange a característica '**Gestão de Sistemas de Informação**' que retrata o aspecto da tecnologia inserido no processo da gestão da informação, percebeu-se que todos os modelos elencados, exceto o de Davenport (2002), trabalham com etapas voltadas à gestão da informação oriunda dos aparatos tecnológicos. O modelo de McGee e Prusak (1994) possui a etapa da coleta da informação em comum com o modelo de Choo (2002) e de Valentim (2004), todavia também trabalha com os aspectos de tratamento e apresentação da informação, assim como foi notado no modelo de Valentim (2004), que essencialmente possui diversas atividades que representam o âmbito tecnológico da gestão da informação, como prospecção, monitoramento, seleção, filtragem, análise, organização, armazenamento e comunicação informacional por meio das tecnologias de informação e comunicação. Enquanto isso, as etapas pertencentes ao contexto tecnológico encontradas no modelo de Marchand, Kettinger e Rollins (2001) foram as de processamento e manutenção da informação.

Na etapa referente a importância do ser humano no processo da gestão da informação '**Gestão de Pessoas (capital intelectual)**', identificou-se que todos os modelos são compostos por atividades que representam essa importância, uma vez que todas partem de uma primeira etapa que se refere a identificação/detecção/determinação de desejos e necessidades de informação que somente pode ser realizada pelo ser humano e seu processo cognitivo, assim como o desenvolvimento de produtos e serviços de informação presente nos modelos de McGee e Prusak (1994), de Choo (2002) e de Valentim (2004); a distribuição e disseminação da informação inserida no modelo de McGee e Prusak (1994), de Choo

(2002), de Davenport (2002) e de Valentim (2004); análise e uso da informação pertencente a todos os modelos de gestão da informação; obtenção das informações e comportamento adaptativo introduzidos no modelo de Davenport (2002), que se referem a necessidade do ser humano de se conscientizar sobre a importância da informação e da sua gestão e, portanto, se adaptar a todas essas práticas de gestão da informação; e, por fim, a fixação de normas e padrões de sistematização da informação e o mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação presentes no modelo de Valentim (2004) que se apoiam nas funções inerentes aos seres humanos.

De maneira geral, ao analisar o Quadro 4 é perceptível que todos os modelos consideram importante a identificação das necessidades de informação dos indivíduos/usuários e que essa é uma tarefa própria do ser humano, pois é ele quem deve mapear os fluxos de informação das suas próprias atividades, para que dessa maneira consiga identificar quais os tipos de informação que geralmente necessitam ou vão necessitar. Essa etapa existe porque nem toda informação que pertence ao ambiente organizacional necessita realmente ser gerenciada, mas sim, apenas aquelas que são relevantes para o uso de alguém.

Diante do quadro, também é percebido que a partir de Davenport (2002), os aspectos relativos à GD começam a desaparecer, e o foco do autor encontra-se restrito à gestão de pessoas (capital intelectual); enquanto que as etapas de Valentim (2004) se voltam aos sistemas de informação (tecnologia), como também são dependentes dos aspectos humanos para realizarem a gestão dessas tecnologias.

A etapa de coleta de informações, que está presente em todos os modelos supracitados, deve ser realizada pelos próprios indivíduos da organização, no entanto, essa coleta é geralmente executada nos sistemas de informação, que são as maiores bases informacionais que uma empresa possui. Todavia, não se deve descartar o fato de que a coleta pode ser feita nas bases informais/humanas de informação, e que essas também são eficazes.

A inter-relação proposta no Quadro 4 demonstrou de forma clara que os modelos estão baseados nas três características históricas que originaram a GI, mas que seu maior foco está na dependência humana, mesmo que seu objeto seja o conhecimento explícito. Isso porque não há como realizar a GI sem o consentimento dos indivíduos da organização, e a consciência deles de que essa gestão é importante

nos tempos atuais. Essa reflexão se torna ainda mais compreensível ao observar as etapas do Modelo de Valentim (2004), sendo o mais atual, que se divide em atividades relativas e inerentes à tecnologia e ao ser humano como dominador dessa tecnologia. Em seu modelo a tecnologia não é o foco, mas uma ferramenta importante a ser utilizada pelos sujeitos organizacionais.

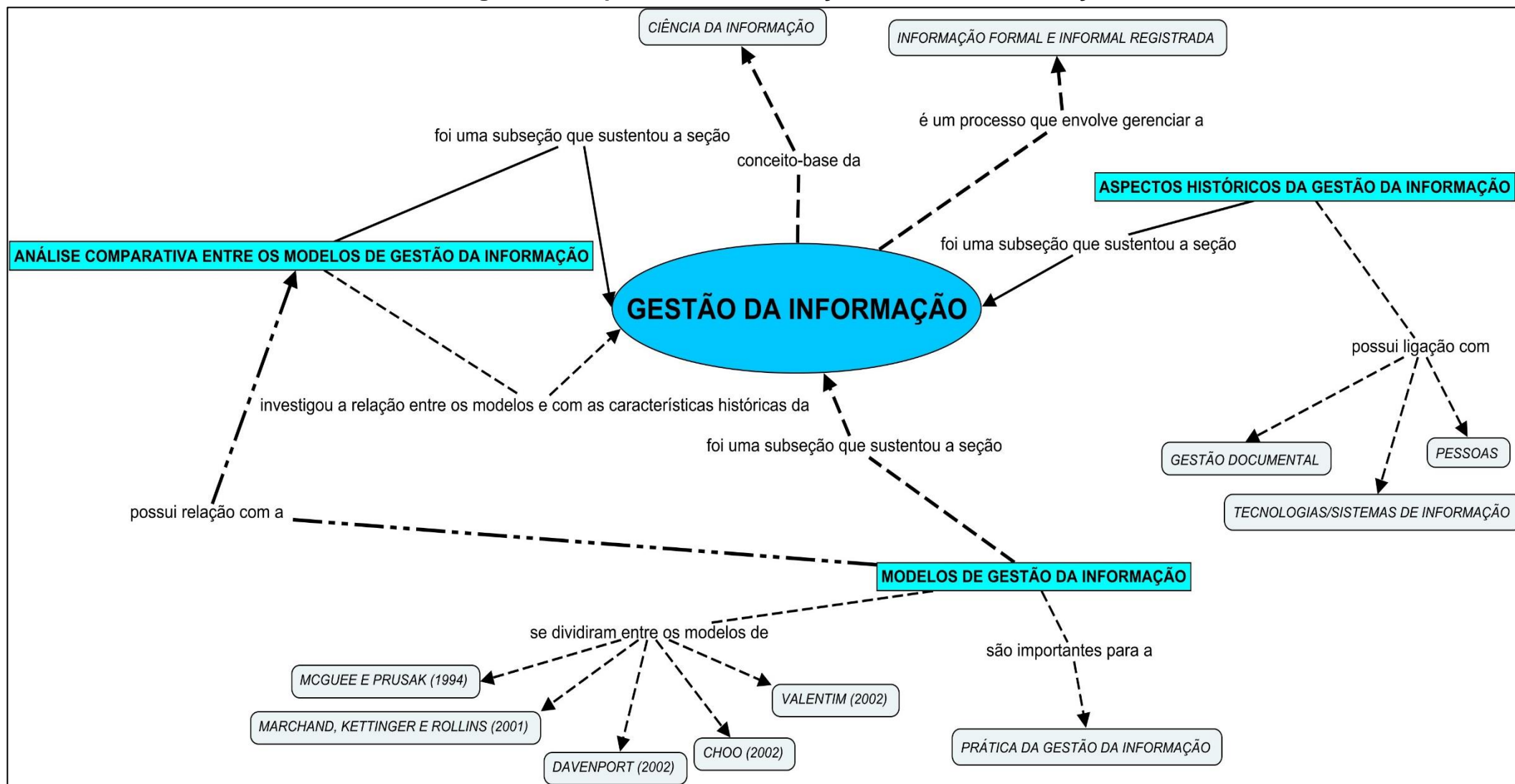
Contudo, justamente pelo fato de que o ser humano é considerado um elemento tão importante no processo da GI é que esse deve estar preparado para lidar com o universo informacional de forma efetiva.

Por exemplo, não há como os indivíduos identificarem a informação necessária e mapear os fluxos formais de informação sem conhecer os tipos de informações existentes no ambiente organizacional, não há como desenvolver produtos e serviços de informação sem a habilidade de acesso a informação em bases informacionais eficazes e ativas, não há como distribuir e disseminar a informação sem dominar os aspectos tecnológicos existentes na organização ou sem ter noção da importância do compartilhamento da informação para esse ambiente, e muito mais.

Enfim, uma organização não consegue efetivar sua GI sem competências e habilidades informacionais. Por isso, torna-se necessário que os indivíduos desenvolvam competências e habilidades em informação que propiciam bons resultados diante da informação gerenciada.

Agora, com o intuito de sintetizar todos os aspectos relacionados na seção, a Figura 5 apresenta um mapa conceitual demonstrando as inter-relações de todos os itens dissertados, a fim de tornar mais consistente o processo de internalização da leitura da segunda seção.

Figura 5 – Mapa Conceitual da Seção: Gestão da Informação



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

3 ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

Defronte aos aspectos culturais das organizações públicas, essas por muito tempo são estimadas como ambientes vagarosos, que dificilmente são capazes de oferecer um serviço ágil e com qualidade à população. De certo modo, pode-se afirmar que devido à sua historicidade, a própria sociedade criou a ideia de que o serviço público existia apenas para medir aparências de um país preocupado com o seu povo, mas que de nenhuma maneira poderia ter uma política administrativa comparada à das organizações privadas, tidas como eficazes.

Por isso, Souza e Mello (2013) afirmam ser necessária a inserção de competências capazes de transformar o serviço dos servidores públicos, tendo como base o panorama atual de eficiência, que toda empresa busca. Para Amaral (2006), aumentar a capacidade técnica e comportamental dos servidores públicos não é somente uma necessidade interna, mas sim, uma obrigação, se o desejo for ampliar a competitividade do País, de maneira a desenvolver menos desigualdade e mais sustentabilidade à população.

Segundo Souza e Mello (2013) e Amaral (2006), os primeiros passos para efetivamente inserir essas competências transformadoras é fazer com que a própria sociedade e a administração pública visualizem o setor público como uma parte capaz de trazer inúmeros benefícios para a sociedade que serve, mas que para isso, precisa postergar as estruturas burocráticas e a falta de competitividade, que são elementos muito genéricos do setor público.

Para Vitorino (2015), a falta de treinamento e capacitação aos funcionários públicos, principalmente, voltados à gestão de pessoas, acarreta dificuldades de desenvolvimento profissional no setor público, baseado em alguns indicadores voltados aos índices de absenteísmo, falta de adaptação às novas tecnologias, baixa produtividade, excesso de reclamações, mau atendimento à população, entre outros.

O setor público possui outra forte característica que está enraizada pela personalidade que os funcionários habitualmente se baseiam para desenvolver suas tarefas. Essa característica eleva a impressão da população de que o setor público não atua de maneira ética, com seriedade, transparência e honestidade (SOUZA; MELLO, 2013).

Cunha (2010) explana que o nível de qualidade do atendimento ao público já define o grau de eficiência e gerência de uma organização pública, e que o mau

atendimento e a morosidade já são considerados, por muitas vezes, aspectos enraizados na cultura organizacional do serviço público, mas que devido às novas ferramentas de gestão e as mudanças provocadas pela sociedade atual exigem que as organizações públicas se baseiem e incorporem as práticas das organizações privadas, a fim de aumentar sua eficácia.

Grande parte dos resultados eficientes dos serviços públicos depende do apoio da população a esse setor, ou seja, se faz necessário que cada pessoa presente na sociedade realmente acredite que esse setor é relevante para sua vida e que é capaz de oferecer bons serviços. Por definição dos autores, as organizações públicas possuem praticamente as mesmas características das organizações privadas, todavia, com algumas diferenças pautadas ao "[...] apego às regras e rotinas, supervalorização da hierarquia, paternalismo nas relações e apego ao poder [...]" (SOUZA; MELLO, 2013). Logo, pode-se indicar que essas principais especificidades elencadas pelos autores dificultam os bons resultados do setor público e sua imagem perante a sociedade.

No entanto, essas diferenças entre o setor público e o privado também são decorrentes do maior grau de dependência sociopolítico que o primeiro possui, isto é, mesmo que as organizações públicas possuem certa autonomia para administrar seus serviços, são subordinadas ao mandato do governo como uma autoridade externa (DUSSAULT, 1992).

Para Palvarini (2011), no âmbito de uma sociedade pautada pelo valor da informação e do conhecimento nos processos organizacionais, as organizações públicas passaram a sofrer certa pressão para mudanças, que incentivam a competitividade, aumento da eficiência e redução da estrutura burocrática nas tarefas diárias dessas organizações, ou seja, de certa maneira, pressupõe que a suposta sociedade da informação e do conhecimento esteja sendo crucial para o processo de moldagem do setor público, que busca cada vez mais uma atuação próxima do setor privado, em termos de produtividade e eficácia.

[...] a nova política também estimula a aprendizagem e a disseminação do conhecimento; atribui ao conhecimento a chave para a inovação e a melhoria da gestão pública; altera a separação entre o decidir e o executar; busca a qualidade de vida no trabalho (saúde física e emocional); valoriza a informação compartilhada; e, finalmente, cria alto grau de envolvimento de dirigentes e de servidores no ambiente de trabalho. Não se trata de administração de pessoal nem da mera gestão de recursos humanos. Ela visa mudar a gestão pública, inovar

e aprimorar nossa capacidade de atender mais e melhor, incluir servidores e mobilizar seus talentos. A partir dessa visão, o desenvolvimento de profissionais públicos adquire um peso diferente. A aplicação da gestão por competências tem potencial em todo o ciclo de ações da gestão de pessoas, ou seja, seleção, alocação, desenvolvimento e avaliação de desempenho (AMARAL, 2006, p. 554).

O setor público deve definitivamente entender que, para obter um resultado de sucesso no âmbito dos serviços que oferecem à população, necessita considerar cada indivíduo como um cliente (ALENCAR *et al.*, 2016), no sentido de que, para qualquer organização privada, o cliente é o principal fator para sua existência, e que quanto mais clientes felizes fizerem, maior será o seu nível de sucesso e sobrevivência no mercado (CHIAVENATO, 2007; BARRETO; POZO, 2011). E, em paralelo com as organizações públicas, pode-se refletir que essa regra se aplica de forma igual, contribuindo para o desenvolvimento efetivo da sociedade e do País, em termos econômicos, políticos e sociais.

De acordo com Lobo (2009), uma breve definição sobre o principal objetivo do setor público se dá pela obrigatoriedade do Estado de satisfazer as necessidades coletivas da população. Por esse fator é que o setor público se divide em várias áreas como: segurança pública, esporte e lazer, educação, saúde, agricultura e meio ambiente, cultura, assistência e desenvolvimento social, entre outras. Nessa pesquisa, em específico, o setor público que será abordado é o da saúde, por isso, nos próximos tópicos seu contexto e características serão mais bem detalhados.

Considera-se o setor público de saúde um aglomerado de serviços que muitas vezes são vistos pela sociedade pelo âmbito da caridade do Estado. Assim, quanto maior o nível de qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo setor público, mais o Estado é considerado "bonzinho" (CARVALHO, 2013). Todavia, esse contexto não surgiu sem alguns precedentes históricos, afinal, o autor supracitado explana que os cuidados com a saúde do povo brasileiro se iniciaram pelas instituições e médicos filantrópicos e religiosos, de modo que as pessoas eram atendidas pelo cunho da caridade.

O setor público de saúde está encarregado, por meio da oferta dos seus serviços, separados em diversos processos, de não somente promover a ausência das doenças ou curá-la de imediato. Segundo Almeida (2013), esse setor busca melhorar a qualidade de vida da população.

De acordo com Oliveira (2014), o setor público de saúde deve possuir para si um caráter mais inovador, assim como o setor privado, pois essa atitude resulta em um retorno social positivo e em benefícios para a sociedade. Além disso, segundo o autor, o setor público de saúde deve ter consciência do poder que possui para formular leis e políticas que, se bem seguidas e executadas, podem potencializar até mesmo o setor privado, que sofre diariamente influências políticas externas.

Para Lacerda, Barbosa e Lopes (2013), as leis e políticas de saúde são muito importantes de serem desenvolvidas, porque contribuem para vários aspectos da vida das pessoas, como seus comportamentos e tomadas de decisões. Essas políticas também são idealizadas com o intuito de vetar condutas de riscos aos pacientes, ao passo que incentiva as condutas positivas, além de proteger os direitos dos cidadãos que necessitam dos serviços públicos de saúde.

Em um contexto mais atual, o setor público de saúde passou a depender inteiramente da disponibilidade de informação efetiva para tomadas de decisões que são necessárias em seus diversos processos. Nesse sentido, torna-se um setor que necessita contar com sistemas de informação flexíveis e bem gerenciados (LACERDA; BARBOSA; LOPES, 2008).

Segundo Merhy *et al.* (2004), o setor público de saúde é considerado um conjunto de processos que trabalham em sinergia para evitar os problemas de saúde de uma determinada população, por meios de técnicas que produzem serviços de cuidado com a saúde e que possui um olhar estreito a esses serviços como uma questão social que deve atingir a todos os cidadãos.

Para Corrêa *et al.* (2011), o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo setor público é um direito de todo cidadão brasileiro, que por sua vez criam vínculos efetivos com os processos de acolhimento do setor. Nesse sentido, Lacerda, Barbosa e Lopes (2008) acreditam que o setor público de saúde pode ser definido como um conjunto de valores e normas que são desenvolvidos por funcionários competentes nas atividades de produção, distribuição e consumo de serviços, e que os principais objetivos são promover a saúde e a qualidade de vida dos grupos populacionais.

Também se pode afirmar que o setor público de saúde possui uma relação muito forte com a Administração Pública Gerencial, que já na metade do Século XX objetivava a máxima eficiência, promovendo redução de custos e aumento na qualidade dos serviços, sempre pensando na população como beneficiária desses

serviços (BRASIL, 2011a). Por esse contexto, arrisca-se afirmar que o setor público de saúde possui função essencial no desenvolvimento de uma cultura realmente preocupada com o bem-estar da população e com a moldagem de uma nação, que por esses preceitos, tende muito a evoluir.

Por outro lado, essa eficiência e todos esses pontos positivos que se espera desse setor podem vir a se fragilizar, no âmbito do financiamento público. Isto é, a insuficiência de recursos responsáveis pela cobertura dos gastos dos serviços de saúde ofertados pelo setor torna-se muito alarmante e pode prejudicar totalmente a ampliação do setor público no País, e como consequência, dificultar a ascensão econômica e social do Brasil (SANTOS, 2009).

Além da instabilidade financeira que existe adentro a este setor, Paim e Teixeira (2007) citam os problemas de gestão que são enfrentados pelas variadas áreas dos estabelecimentos de saúde, como hospitais e unidades básicas.

Assim, diante de todas as características que definem o setor público de saúde brasileiro, será traçado a seguir um perfil histórico sobre este setor, a fim de que se compreenda com mais afinco sua cultura, seu estado e sua potencialidade futura, principalmente no âmbito da atenção básica.

3.1 Sistema Único de Saúde

Em vistas mais abrangentes, o Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser conceituado como o maior movimento de inclusão social do Brasil, que representa a melhor prova de dedicação do Estado para com os direitos mais básicos da população (BRASIL, 2007).

Formado por um conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por organizações públicas de contextos municipais, estaduais e federais, mantidas excepcionalmente por meio de capital público, adquirido pelo Estado, o SUS é considerado uma grande conquista social, oficializada pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

Durante a Década de 1980, a população brasileira passava por grandes conflitos sociais, pautados pela desigualdade em diversos sentidos, alto índice de desemprego, bem como a escassez de acesso à assistência à saúde. Logo, essa situação fez com que houvesse um enorme descontentamento da população com o Estado, o que deu origem à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contava com uma

quantidade expressiva de civis e autoridades com poder concreto de mudanças (BRASIL, 1986).

Essa Conferência foi indicada no texto porque possui relevância e influência na construção do atual SUS, afinal, defendia temas relativos à necessidade de ampliação do conceito de saúde e a uma política de financiamento para o setor da saúde pública, assim como intensificou o processo de descentralização dos serviços de saúde, no qual fora estabelecido metas nos âmbitos Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 1988).

Em síntese, o SUS surgiu e foi devidamente implantado mediante alguns movimentos de grupos sociais que defendiam o acesso à saúde de qualidade como um direito de todo cidadão brasileiro e como um dever do Estado de fornecer esse acesso da maneira mais qualitativa possível (MACHADO, 2006).

De um modo geral, esses movimentos incentivados por diversos grupos sociais indicavam a necessidade emergencial de uma reforma no modelo existente de assistência à saúde, que até então, tinha como explícita característica a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, como também a ausência de integralidade desses serviços (ALVES, 2005).

Segundo Menicucci (2014), alguns parâmetros relativos à assistência em saúde pública nasceram na previdência social, que desenvolve a proteção dos direitos sociais da população trabalhadora. Todavia, para a autora, os recursos validados para a saúde eram pautados pelo desequilíbrio financeiro e social, pois a assistência à saúde não era comumente prestativa, e ao mesmo tempo, estava vinculada ao contrato de trabalho formal, em que a promoção de serviços de saúde não se configurava como um direito de cidadania, pois o acesso não era integral, mas sim seletivo apenas aos trabalhadores contribuintes.

Para Alves (2005), o SUS possui três principais princípios norteadores, que são: princípio da integralidade, princípio da universalidade e princípio da equidade. O princípio da integralidade prevê que os serviços de saúde devem alcançar todos os grupos de pessoas possíveis, mesmo que esses sejam considerados minoritários em relação ao total de uma população. Assim, é um princípio que leva em consideração as necessidades e particularidades específicas de cada pessoa ou comunidade. O princípio da universalidade expressa que o acesso à saúde e à qualidade de vida é um direito de todos, sem distinção, além de ser um dever do Poder Público

proporcionar esses serviços à população. E por último, dentro desses princípios, encontra-se o da equidade, que tem como base o equilíbrio, no que diz respeito ao acesso à saúde por todas as regiões do Brasil e diferentes grupos pertencentes a essas.

Dessa maneira, no âmbito do SUS, equidade significa promover o bem-estar e a qualidade de vida por meio da distribuição de serviços conforme o maior grau de necessidade, fazendo com que todos alcancem um nível estabilizado e satisfatório de qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Entretanto, não são apenas esses princípios que formam o SUS, pois de acordo com Carvalho (2013), a igualdade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica também são diretrizes relevantes desse sistema.

Segundo o autor, a igualdade prevê a não discriminação de prioridades de atenção como também tratamentos diferenciados para agravos iguais. A intersetorialidade busca enfatizar o fato de que saúde não está apenas restrito à consultas, exames, remédios e cura de doenças, mas que os serviços ofertados pelo SUS querem justamente prevenir qualquer tipo de doenças para que a cura seja cada vez menos requisitada, e que essa prevenção é possível se aspectos como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, educação, bem-estar, lazer e segurança forem levados em consideração.

A diretriz do direito à informação enfatiza que todas as pessoas assistidas pelo SUS possuem o direito de obter todas as informações possíveis sobre seu estado de saúde, logo, os profissionais não devem omitir nenhum fato e a verdade deve ser sempre absoluta, além do mais, o prontuário médico passa a ser propriedade exclusiva e direito do paciente (BRASIL, 1990a). A autonomia das pessoas está totalmente relacionada ao direito de acesso à informação que foi descrito, em que qualquer possível ação dos profissionais de saúde deve caminhar conforme a autorização dos pacientes, que possuem total liberdade de decisão e por isso considera-se tão importante que esses estejam bem informados sobre suas situações (CARVALHO, 2013).

Em Brasil (1990b), a resolutividade é a capacidade óbvia que os profissionais devem ter para resolver todos os tipos de problemas relacionados à assistência em saúde. Nesse caso, esse princípio busca a resolutividade acompanhada de

consciência e eficiência, para que os possíveis problemas encontrados sejam resolvidos da melhor maneira possível, com o menor custo e maior rapidez.

Por último, Carvalho (2013) afirma que a epidemiologia como base não é apenas um princípio ou uma diretriz do SUS, é mais que isso: é uma ciência da saúde que possui o intuito de conhecer as características e o que ocorre em tempo real com a sua população, como as condições ambientais em que vivem as pessoas dependentes dos cuidados, como também as doenças que podem ser evitadas ou tratadas. Para o autor, esse princípio é muito importante porque é um tipo de mapeamento que prepara antecipadamente os profissionais da saúde, quanto a medidas que podem ser realizadas para melhoria do estado de saúde da sua população.

Cabe destacar que o SUS possui um preceito que se configura como um fator positivo na formação desse sistema, que nesse caso, é a estreita relação entre o profissional e o usuário (população), em que ambos, por incentivo do sistema público de saúde, desenvolvem um vínculo amigável, que por sua vez, acaba consolidando as características do cuidado e da assistência integral que é estipulada pelo SUS (PORTO, 2006; SOUZA *et al.*, 2008; CONASS, 2009).

Ademais, de acordo com Carvalho (2013), os objetivos do SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080, Art.5, são decompostos em identificar e divulgar os fatores determinantes da saúde, instituir políticas de saúde que promovem a diminuição de agravos à saúde da população e executar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, por meio de ações assistenciais e preventivas.

A promoção da saúde, segundo Carvalho (2013), significa trabalhar em prol da cura e da prevenção de doenças através da participação completa da população como influenciadores do seu próprio cuidado, então, essa ação do SUS possui como meta capacitar a comunidade local no sentido em que essa possa contribuir para própria melhoria da sua qualidade de vida. Quanto à ação intitulada proteção, essa é considerada um campo que trabalha essencialmente com a prevenção do adoecimento da população, por meio de medidas extremamente preventivas como vacinas e exames, e por último, a recuperação da saúde, é considerada pelo autor como o processo mais reconhecido quando se fala de serviços de saúde, pois este se define como a ação que buscar cuidar da população que já se encontra doente, então, é essencialmente relativa à cura.

Com o intuito de fazer com que se conheça com mais afinco as características que formam o SUS, Carvalho (2013) articula sobre as quatro funções do sistema, que são distribuídos entre os processos de regular, fiscalizar, controlar e executar.

A função de regulamentação estabelece como devem funcionar os espaços que oferecem os serviços relacionados à saúde, como hospitais, unidades de saúde e consultórios; quais são os dados de prestação de contas que devem ser gerados pelos serviços; como serão tratadas as doenças com relação às dosagens dos medicamentos e vacinação, além de direcionar da melhor maneira o cidadão que deseja ser atendido pelo SUS. As funções de controlar e fiscalizar estão em concordância com a avaliação dos serviços, ou seja, consiste em observar os resultados dos serviços e comparar com as metas iniciais, a ponto de verificar se a prática está em concordância com a teoria aplicada. Por fim, a função executar, segundo o autor, é a base de todas as outras funções e princípios do SUS, pois é por meio da ação que o serviço será distribuído e compartilhado à população, então, executar significa colocar toda a teoria em prática e faz com que realmente o sistema aconteça e se desenvolva.

Menicucci (2014) explica que as características descritas para a definição do SUS se dividem por alguns fatos, como:

- (i) O acesso à saúde pública deve ser disposto a todos da sociedade, desde o seu nascimento até a sua morte;
- (ii) Os serviços de saúde não se restringem apenas à assistência médica de cura aos agravos, pois possui uma visão mais abrangente, na qual os serviços se caracterizaram por ofertas de qualidade de vida em diversos âmbitos sociais como políticas de saneamento, habitação, alimentação e outros fatores que asseguram a prevenção de possíveis danos à saúde do cidadão;
- (iii) Para um serviço de maior qualidade, o SUS investe em uma diretriz essencial para que os serviços de saúde realmente alcancem toda a população brasileira, que se intitula como a descentralização, ou seja, os serviços oferecidos foram divididos entre os níveis municipais, estaduais e federais.

Nesse contexto, cabe destacar o quanto o SUS é essencial para o desenvolvimento do País, pois é capaz de respaldar a todos, e propiciar qualidade de vida por meio de serviços públicos de qualidade, subsidiado pela própria população que paga seus impostos. Todavia, na prática ainda existem muitos entraves políticos,

gerenciais e culturais que necessitam ser modificados para o alcance de um serviço efetivo também na prática.

Segundo Temporão (2008), existem alguns tipos de obstáculos que impedem a eficácia desse sistema, como a própria questão de financiamento e de gestão. Nesse caso, torna-se necessário “[...] melhorar a qualidade do gasto e encontrar arranjos e estratégias institucionais, que permitam usar melhor os recursos existentes” (TEMPORÃO, 2008, p.2). A respeito da gestão do SUS, a falta de capacitação e profissionalização dos gestores, o clientelismo político e a interferência partidária nos serviços públicos de saúde que são oferecidos à população acabam dificultando totalmente a eficiência do SUS perante a população atendida (CONASS, 2006; PAIM; TEIXEIRA, 2007). Como continuidade, toma-se como importante contextualizar a Atenção Básica em Saúde, que é um nível inserido no SUS e que concomitantemente envolve as Unidades de Saúde da Família.

3.2 Atenção Básica em Saúde

Torna-se difícil falar a respeito do SUS sem relacionar o contexto da Atenção Básica em Saúde, tida como uma esfera ou nível imprescindível para o fortalecimento dos serviços e sistemas de saúde atual.

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é definida como um conjunto de ações que engloba a promoção e proteção da saúde, como também a prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de cada indivíduo da população (BRASIL, 2011b). É conceituada como um complexo de processos que levam em consideração a singularidade de cada comunidade presente na população que é assistida pelo SUS, com o objetivo maior de promover qualidade de vida às pessoas, por meio da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de sofrimentos físicos e espirituais que possam comprometer a possibilidade de viverem de maneira saudável (BRASIL, 2011b).

Os serviços relacionados à ABS similarmente são vistos como concepções filosóficas que compreendem o cuidado com a saúde um direito humano e que se caracteriza pela equidade social e pela responsabilidade do Estado e do Setor Público com a população (BRASIL, 2011b).

Entende-se por Atenção Básica em Saúde

[...] uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011, p.868).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados da Atenção Básica são importantes para facilitar a promoção da saúde, bem como a prevenção e a cura de doenças, que são os princípios básicos dessa esfera do SUS. Além disso, um aspecto diferencial da ABS é que a sua meta é dar prioridade a atenção às pessoas e não as doenças, afinal a mesma doença em diferentes pessoas pode não ter o mesmo tipo de tratamento e cuidado, assim como as formas de prevenção podem se divergir, ou seja, é importante levar em consideração as características individuais de cada um para propiciar um serviço efetivo a todos (OMS, 2008).

A consolidação da Rede de Atenção Básica em Saúde pode ser identificada por alguns movimentos sociais que contribuíram para os aspectos atuais da Atenção Básica, como o Serviço de Saúde Pública (SESP) que, de acordo com Fausto e Matta (2007), nos anos 1940 desenvolviam serviços de saúde que indicavam mudanças no modelo tradicional de assistência à saúde. Além desse movimento, em 1970, no movimento da Medicina Comunitária, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) também contribuiu para o fortalecimento da Atenção Básica, pois já utilizava tipos de tecnologias e agentes de saúde das comunidades assistidas, além de serem serviços que eram oferecidos à população mais pobre da região do Nordeste do País (AGUIAR, 2003).

Em Brasil (2012), a ABS possui como fundamentos e diretrizes: (i) Planejar o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais sobre as coletividades que constituem determinado território, tendo como base o princípio da equidade; (ii) Possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde de qualidade, mediante o acolhimento dos usuários, sempre respeitando suas necessidades de saúde. A função da atenção básica, nesse caso, é solucionar e/ou minimizar os problemas de saúde apresentados pela população; (iii) Estabelecer vínculos concretos entre os profissionais das unidades de saúde e a população, a fim de desenvolver uma bolha de confiança entre ambos os lados, o que impacta na qualidade dos serviços que é

oferecido aos usuários, uma vez que uma parte é dependente da outra; (iv) Buscar a integração de uma equipe multidisciplinar, que constantemente possam, em conjunto, trabalhar os principais aspectos de uma unidade de saúde, como redução de demanda reprimida, melhores ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, adaptação às novas tecnologias, e etc. Portanto, a junção de profissionais da saúde advindo e formados por diversas áreas torna-se essencial para o enriquecimento das competências técnicas e comportamentais da atenção básica; (v) Estimular a participação da população na construção do cuidado com a própria saúde, por meio do exercício de práticas voltadas a prevenção, que, aliás, é resultado do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que não são apenas funcionários da atenção básica, mas também são a representação dos usuários do SUS.

Além dessas diretrizes e princípios, a ABS possui algumas funções, que são importantes para o desenvolvimento e sobrevivência do SUS no âmbito das Unidades de Saúde da Família (Unidades Básicas de Saúde), dessa maneira, as funções são: (i) Ser base: oferecer serviços de saúde que promovam atenção e cuidado preventivo integral às pessoas, por meio da descentralização e capilaridade; (ii) Ser resolutiva: utilizar diferentes tecnologias para identificar riscos à saúde da população, necessidades e demandas de saúde, mediante a construção de um trabalho que leve em consideração o cuidado não somente individual, mas também coletivo; (iii) Coordenar o cuidado: criar, analisar e gerenciar planos terapêuticos singulares, como também estabelecer contato e comunicação integral com outras redes de saúde intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, através do compartilhamento de ações voltadas ao cuidado da saúde dos pacientes. Acredita-se que o estabelecimento dessa união pode naturalmente criar novos serviços resolutivos aos problemas enfrentados pelas unidades e melhorar ainda mais os serviços da atenção básica; (iv) Ordenar as redes: mapear as necessidades de saúde da população, a fim de que os planos de desenvolvimento dos serviços de saúde estejam em conformidade com as reais necessidades dos usuários.

Diante dessas contextualizações, o próximo tópico aborda os conceitos, a história, os princípios e as características das Unidades de Saúde da Família, que são os ambientes pesquisados e contemplados por essa pesquisa. Além disso, cabe destacar que fora importante abordar o contexto do SUS e da Atenção Básica, porque

a segunda tem a primeira como estratégia prioritária para a organização e desenvolvimento eficiente do SUS (BRASIL, 2006).

3.3 Unidades de Saúde da Família

As Unidades de Saúde da Família (USF) são organizações de saúde que estão inseridos no Programa Federal de Estratégia de Saúde da Família, que por BRASIL (2011b) pode ser definida como a principal estratégia de fortalecimento e organização da Atenção Básica no âmbito do SUS.

Essa relação de dependência entre as Unidades de Saúde da Família e a Rede de Atenção Básica em Saúde foi explícita no item 2 da Carta de Sergipe, que em uma reunião, os Secretários de Estado da Saúde entenderam a união da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica como

[...] a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. **A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos** para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais. Os Secretários consideram que a Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS (CONASS, 2003, sem paginação, grifo nosso).

As Unidades de Saúde da Família são organizações públicas que possuem o objetivo de alterar e potencializar o modelo assistencial de saúde existente, por meio de uma nova estrutura e plano de cuidado, com multiprofissionais que são responsáveis por estabelecer um vínculo íntimo com as famílias atendidas, promovendo serviços de saúde de qualidade, que previnem futuras doenças e que ao mesmo tempo são serviços capazes de recuperar os agravos já existentes pelos indivíduos da população (HARRIS; HAINES, 2010; BRASIL, 2011a).

Essas unidades visam à reorganização da Atenção Básica no Brasil, com âmbito nos preceitos do SUS e são tidas como uma estratégia de expansão e consolidação do acesso qualitativo de saúde no País, por meio de diretrizes voltadas ao cuidado permanente, restrito ao ato de prevenção, que propicia uma importante

relação custo-benefício, potencializando o contexto econômico e social da sociedade (BRASIL, 2012; CAPRA, 2012).

O Programa Saúde da Família surgiu, ainda com algumas lacunas, em 1993, por meio de uma proposta para reestruturar o sistema de saúde nacional, dando ênfase a Atenção Básica como maior estratégia de melhorias na qualidade de vida e saúde da população (BRASIL, 2010).

As lacunas existiam porque os recursos financeiros eram escassos, e não havia apoio e crença real de que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, pudesse realmente contribuir para a estratégia das Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2010). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atualmente são profissionais da saúde que fazem parte da equipe multiprofissional das Unidades de Saúde da Família, e podem ser considerados um dos principais personagens dessas organizações, pois são encarregados de fazer as visitas nas casas das famílias, buscando informações sobre o estado de saúde de cada indivíduo da população, estabelecendo um vínculo pessoal com essas famílias, conhecendo o contexto de vida dos pacientes e da população assistida pelas unidades, e por meio do seu trabalho, é capaz de contribuir para a eficácia das ações dos outros profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, pois os nutrem com informações imprescindíveis para o cuidado, além de incentivar a população no autocuidado com a própria saúde, assim como em buscar atendimento sempre que possível.

Nesse âmbito, o envolvimento direto da equipe de profissionais das Unidades de Saúde da Família com a comunidade (famílias) atendida pode ser vista como uma atividade essencial para o fortalecimento da Atenção Básica e do SUS (BRASIL, 2006), e por isso essas Unidades devem buscar:

- (i) Abordagem holística do processo saúde-doença; (ii) Integração interdisciplinar e intersetorial; (iii) Forte relação médico-paciente (Método clínico centrado no Paciente) produtora de autonomia; (iv) Uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas; (v) Ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças; (vi) Diagnóstico precoce de agravos e doenças; (vii) Atenção aos novos problemas de saúde; (viii) Cuidado continuado dos problemas crônicos; (ix) Prevenção oportuna (BRASIL, 2011b, p.56-57).

Nesse sentido, esses preceitos que devem ser realizados por essas unidades demonstram a importância dos Agentes Comunitários de Saúde, como base dos princípios do cuidado na Atenção Básica, que juntamente com os demais profissionais

são capazes de formar uma estratégia realmente inovadora e que fortalece, sem dúvidas, o SUS no Brasil (BRASIL, 2011b).

Segundo Bultzingslowen *et al.* (2006), a relação da população com a equipe das Unidades de Saúde da Família deve ser pautada pelo comprometimento dos profissionais da saúde com as famílias da comunidade, pelo respeito, pela coerência da prática clínica, pelo oferecimento facilitador de acessibilidade aos serviços de saúde e pela confiança entre unidade e comunidade.

No mínimo, a equipe multiprofissional dessas unidades é composta por: (i) médico generalista, ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade; (ii) enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; (iii) auxiliar ou técnico de enfermagem; (iv) agentes comunitários de saúde; (v) cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e (vi) auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Além disso, para um melhor entendimento sobre as Unidades de Saúde da Família, e para conscientização de sua verdadeira importância na melhoria da saúde pública no País, cabe explicar seus objetivos, que são:

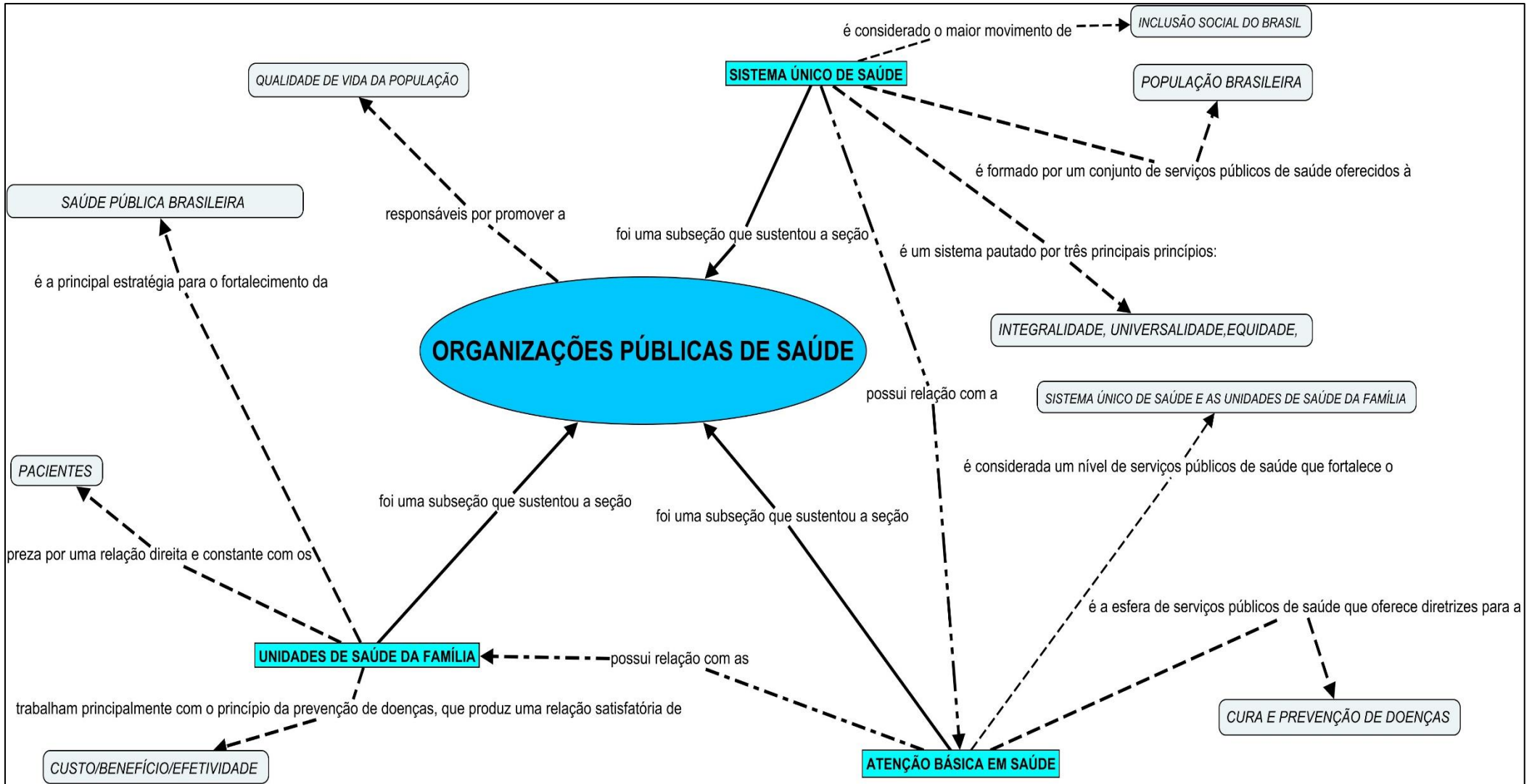
- (i). Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- (ii). Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- (iii). Elegar a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- (iv). Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- (v). Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- (vi). Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- (vii). Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997, p.10).

Diante dessas contextualizações relativas às Unidades de Saúde da Família, torna-se evidente o quanto essas unidades são núcleos importantes no desenvolvimento político, social e econômico do País, afinal, seus objetivos são inovadores e procuram contemplar toda a população brasileira, reorganizando a maneira de oferecer serviços públicos de saúde com qualidade, sem nenhum tipo de restrição ou preconceito.

No geral, segundo Costa Neto (2000), as Unidades de Saúde da Família não devem ser apenas um local de triagem e encaminhamento dos pacientes a outros serviços especializados em hospitais, mas devem sim ser um tipo de organização abrangente, capaz de solucionar os problemas comuns de uma população e concomitantemente promover estratégias que evitem esses problemas.

Dessa maneira, por meio de tantas tarefas básicas e ao mesmo tempo complexas e essenciais para o estabelecimento da qualidade de vida do cidadão, torna-se notório que nessas Unidades existe uma variedade de culturas que necessitam ser administradas, além do mais, são essas culturas que geram a grande quantidade de informação que perpassa o dia a dia de trabalho nessas organizações, e que acima de tudo, se bem gerenciadas, são informações que podem gerar conhecimento e assim, fazer com que essas Unidades resultem em mais aspectos positivos para a população, afinal, informação e conhecimento são insumos imprescindíveis para tomadas de decisão, e essas unidades se desenvolvem mediante tomadas de decisão.

Figura 6 – Mapa Conceitual da Seção: Organizações Públicas de Saúde



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4 GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE

Pode-se afirmar que praticamente todo cidadão, usuário dos serviços públicos de saúde, já passou por momentos indesejáveis em organizações (unidades) de saúde, causados pela incoerência dos funcionários quanto à execução dos seus serviços. Mesmo que empiricamente, em representação popular, ousa-se afirmar que essas incoerências estão quase sempre voltadas à falta de organização de protocolos, de preparo e capacitação profissional, de informação útil e gerenciada, falta de competências e habilidades em informação por parte dos profissionais e por problemas e lacunas no fluxo de informação dessas unidades.

Tal situação se torna visível quando problemas como o atendente orientar o paciente de maneira errada, perda de documentos por falta de gerenciamento no prontuário, dar uma informação equivocada ao paciente, entre outros, acontecem. É notório que a maioria dos problemas desse cunho está voltada ao recurso informação, visto que este se encontra presente em abundância nos hospitais, unidades básicas de saúde e outras organizações pertencentes ao setor público de saúde.

Por isso, atesta-se que o gerenciamento da informação é um processo importante de ser desenvolvido nesses contextos, afinal, como Araújo e Pinto Neto (2015, p.75) afirmam: "[...] a gestão da informação atua como um elemento estratégico para a execução de projetos que possuem como elemento central e essencial a informação". Como esse tipo de organização lida com a informação o tempo todo e a tem como um dos insumos mais presentes e utilizados no dia a dia, a mesma pode ser configurada como um dos objetos da saúde pública, e por isso merece um tratamento gerencial.

Um dos erros mais comuns que ocorre em uma organização de saúde está relacionado à falta de eficiência na produção e organização tanto das informações presentes no prontuário do paciente como na falta de gerenciamento do arquivo e do documento em si. Como foi dito anteriormente, a falta de gestão nos prontuários pode acarretar em perdas de documentos importantes, como também de informações que seriam úteis para as tomadas de decisões dos profissionais que atuam nesses locais, além da precarização na orientação informativa que os funcionários dão para os pacientes.

Segundo Vasconcellos *et al.* (2008), o prontuário é um documento passível de registro de informações relativas aos pacientes de qualquer unidade de saúde, tido

como uma fonte de informação e de apoio às atividades que são desenvolvidas pelos profissionais da área. Considera-se relevante abordar o prontuário do paciente como um sistema de informação que necessita de gerenciamento, tanto informacional como documental, porque a própria gestão da informação, como afirma Ponjuán Dante (2007), possui aspectos que envolvem os processos da gestão documental.

Outro motivo para o protagonismo desse sistema de informação ser gerenciado é o fato de que grande parte da informação exposta no contexto organizacional de saúde pública encontra-se no fluxo de informação regida pelos prontuários. À vista disso, Botao e Biochini (2015) afirmam que o âmbito de documentação na área da saúde necessita de protocolos e políticas mais preocupadas com a eficácia da gestão documental.

Nas organizações de saúde, assim como em qualquer outro ambiente organizacional, cada funcionário possui variados tipos de necessidades informacionais, e isso, de fato, demonstra como é importante trabalhar pontos que estejam voltados à inserção da informação e ao cuidado dessa, por meio da gestão, a fim de disponibilizar a esses funcionários informações que possuam valor e qualidade. Ponjuán Dante (2017) acredita que os ambientes organizacionais, como um todo, possuem características muito dinâmicas, pautadas pelos fatores sociais, cognitivos e informacionais dos funcionários, e que isso faz com que esses ambientes sejam muito variáveis, e que, portanto, a utilização da informação por parte dos funcionários também se difere.

Por intermédio desse pensamento de Ponjuán Dante (2017), a gestão da informação passa a ganhar ainda mais destaque, assim como a gestão documental, que está adentro da gestão da informação, porque o gerenciamento da informação configurado por interferências que levam em consideração as diversas características sociais, cognitivas e informacionais dos funcionários, faz com que o uso da informação se torne padronizado em prol de um ou mais objetivos de uma pessoa ou grupo. Ademais, esse mesmo gerenciamento vai trabalhar com o intuito de disponibilizar e tornar o acesso à diferentes tipos de informações de maneira muito mais eficiente, conseguindo suprir as muitas e diferentes necessidades informacionais que a autora afirma ter os funcionários de uma organização.

Pensando no contexto de hospitais e unidades de saúde, a gestão da informação é relevante para articular melhorias na comunicação, no uso e acesso aos

sistemas de informação, no reparo e desenvolvimento de fluxos de informação entre os profissionais da saúde, além de muitos outros benefícios. Enquanto que a gestão documental está diretamente direcionada ao cuidado com o prontuário do paciente, seja ele eletrônico ou físico, pronunciando aos médicos, enfermeiros, atendentes, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, entre outros profissionais, maneiras de se produzir informação de forma organizada e objetiva, além de recuperar a informação no momento desejado para uma efetiva tomada de decisão.

Segundo Bahia (2016), nas unidades de saúde, a gestão documental se atenta especialmente ao prontuário do paciente, como um dos principais sistemas de informação desses ambientes, que se intitula também como um documento pessoal do paciente. Para a autora, esse tipo de gestão garante a preservação, o acesso e a recuperação das informações de forma ágil e eficaz, mediante ações voltadas à guarda, conservação da informação internalizada nesses documentos, como também voltadas à prevenção da degradação do papel ou do arquivo digital (prontuário eletrônico).

Como é possível notar, o prontuário do paciente é um elemento muito importante para as unidades de saúde, de imensa utilização pelos funcionários para a realização das suas atividades diárias de trabalho e de atendimento ao público, portanto, é muito difícil trabalhar gestão da informação no setor público de saúde, sem utilizar aportes da gestão documental.

Além do mais, na área da saúde pública, a informação representa um elemento não somente relevante para apoio nos processos decisórios, mas também para a articulação de planos de ações que visam, em longo prazo, obter bons resultados às organizações de saúde (MORAES *et al.*, 2013), por meio de planejamentos que objetivam otimizar os serviços públicos de saúde que são ofertados à população.

No setor público de saúde, no qual estão inseridos hospitais, unidades de saúde e outras instituições voltadas a esses serviços, existem adversidades gerenciais que são decorrentes de problemas informacionais. Pode-se afirmar que essas adversidades sempre existiram, no entanto, na sociedade atual, que se pauta pela expansão e importância da informação como recurso funcional e estratégico, essas adversidades tornaram-se ainda mais evidentes e passíveis de gerenciamento.

A gestão da informação é um processo pouco desenvolvido no gerenciamento interno do SUS e essa ausência prejudica totalmente a eficácia das atividades, do

planejamento e dos serviços oferecidos por esse setor (LIMA, 2006; CARVALHO, 2009; BORGES, 2014).

Lima (2006) sugere que alguns desses problemas gerenciais existem devido à falta de gerenciamento informacional, como: (i) a falta de um planejamento gerencial sobre as atividades necessárias em uma unidade de saúde, por meio da ausência de fontes de informação sobre o perfil dos funcionários, sobre os pontos fracos e pontos fortes da organização, sobre a caracterização de cada serviço que é oferecido, entre outros; (ii) ausência de informações organizadas que subsidiem a compreensão dos funcionários sobre suas prioridades dentro da organização, suas metas, formas de alcançá-las, logo, isso se dá pela falta de um grande suporte informacional que torne visível a todos os fluxos de informações existentes no ambiente organizacional; e (iii) dependência integral dos gestores dos hospitais e unidades de saúde pública pelo poder político municipal, estadual e federal, que impede o desenvolvimento eficiente da gestão da informação, como um plano estratégico contemporâneo e ainda não visto como importante por muitos gestores que possuem essa dependência, ou seja, essa adversidade se dá pela falta de conscientização e autonomia gerencial.

Esses são alguns dos principais problemas enfrentados pelas organizações do SUS, no âmbito do cuidado informacional, porém, é evidente que não se devem ignorar questões como a falta de equipamentos para realização de exames, a falta de médicos e outros profissionais da saúde, ambulâncias, leitos e outros sérios problemas que são decorrentes do descaso do poder político. Todavia, se esse descaso possui poucas perspectivas de mudança diante da realidade política que o País vive atualmente, pode-se afirmar que o gerenciamento interno pautado pelo cuidado com a informação como um recurso estratégico, é uma solução para a melhoria dos serviços do setor público de saúde, que pode, através da gestão da informação auxiliar as organizações quanto a trabalharem de maneira efetiva mesmo com poucos recursos. Portanto, afirma-se com veemência que a informação é um recurso precioso e imprescindível para a melhoria dos resultados do setor público de saúde.

Por isso, considera-se o processo da gestão da informação uma ferramenta necessária e desejada pelo setor público de saúde, no entanto ainda pouco utilizada.

No âmbito do setor público de saúde, a gestão da informação é definida como um conjunto de processos que engloba o desenvolvimento e a utilização de sistemas

de controle de informações e de sistematização da comunicação (BORGES, 2014). Segundo o autor, esses sistemas oferecem autonomia aos funcionários com base na facilidade de acesso e uso de informações sistematizadas, o que contribui diretamente para o aperfeiçoamento de um ambiente sistêmico.

Ainda de acordo com Borges (2014), a gestão da informação na área da saúde é uma ferramenta relevante para a criação de estratégias e desenvolvimento das atividades corriqueiras de um hospital ou de uma unidade básica de saúde, por exemplo. Para o autor, a gestão da informação em saúde é principalmente caracterizada pela capacidade que possui de gerar eficiência nos resultados do ambiente organizacional, mediante os aportes estratégicos e tecnológicos da informação. Pode-se afirmar que os aportes estratégicos representam o cuidado com a informação informal e tácita, enquanto que os tecnológicos representam a informação formal e explícita, que por meio da ascensão do universo digital, segue presente nas plataformas tecnológicas. As referências para esses tipos de informações podem ser encontradas nos conceitos de conhecimento tácito e explícito, descritos por Nonaka e Takeuchi (1997), em que o primeiro é ligado às experiências pessoais, e que pode ser compartilhado e transmitido por meio das relações humanas, e o segundo um tipo de conhecimento registrado e compartilhado por meio da linguagem formal, geralmente encontrado em documentos e sistemas de informação.

De forma geral, Chaves (2013) conceitua a gestão da informação baseado em alguns componentes capazes de desenvolver a ordem e o agrupamento de informações; de armazená-las em locais seguros e que sejam fáceis de identificar, a fim de otimizar o tempo no processo de recuperação da informação. Na área da saúde, Carvalho (2004) define a gestão da informação como um instrumento de apoio ao processo decisório dos ambientes de saúde, responsável por mapear informações sobre a realidade sanitária, epidemiológica, gerencial, demográfica, burocrática e até orçamentária, de forma que possa auxiliar as ações do governo e suas políticas públicas, com o objetivo de melhorar os resultados gerais dos serviços oferecidos pelo setor público.

De acordo com Borges (2014), o SUS possui muitas lacunas no processo de gestão da informação, o que propicia espaço para a fragilidade do uso eficaz da informação nos ambientes organizacionais. Alguns estudos descrevem essas lacunas de maneira abrangente, como por exemplo: Vidor *et al.* (2011) afirmam que

principalmente no contexto municipal, as unidades de saúde costumam utilizar a informação apenas com o propósito de abastecer os sistemas de informação que são indicados pelo governo, portanto, para os autores, quanto mais informações são passadas ao governo e ao gerenciamento externo, menos utilizadas são internamente, para a melhoria dos processos locais.

A ausência de treinamento aos funcionários, voltado às habilidades quanto ao uso da informação nas atividades e tomadas de decisões também pode ser vista como uma barreira para implantação e efetivação da gestão da informação no setor público de saúde (COHN *et al.*, 2005). Essa ausência pode explicar o fato de que os profissionais das unidades de saúde apenas visualizam as informações como elementos que devem ser introduzidos em sistemas de informação, mas sem compreender o verdadeiro objetivo e vantagem estratégica que possui esse tipo de sistema, ou seja, sem contestar para que e como esse sistema pode ser útil no contexto organizacional.

Santos (2011) complementa e corrobora com a ideia de Cohn *et al.* (2005) ao afirmar que o manuseio dos sistemas de informação presentes na área da saúde está voltado apenas ao registro de dados e informações que detalham as atividades dos profissionais de saúde, mas que não existe análise e estudo qualitativo sobre esse montante de informação registrada, logo, essas informações não são aproveitadas como recursos valiosos para a tomada de decisão. Sendo assim, fica evidente que os profissionais estão enraizados em uma cultura informacional fragilizada, principalmente com relação a esse contexto, o que se percebe é que os profissionais não são capacitados ao uso das tecnologias de informação e comunicação e não são conscientizados sobre sua importância e benefícios que essas trazem para qualquer contexto organizacional. Além do mais, torna-se perceptível que a informação não é vista como um elemento estratégico, mas sim como um material que necessita ser introduzido em um sistema com o intuito apenas de cumprir metas, o que se assemelha ao comportamento dos funcionários da era clássica da administração, e talvez esse seja um dos motivos para que exista tanta resistência ao conceito que define essa sociedade como a sociedade da informação e do conhecimento.

Para Moraes e Vasconcellos (2006), a consistência da gestão da informação na área da saúde não depende somente de tecnologias de informação e comunicação e sistemas de informação, mas sim de práticas básicas relativas ao compartilhamento

e uso das informações por parte dos profissionais, à valorização da informação como recurso eficaz e responsável pelo sucesso profissional como também à conscientização de que a informação é um recurso como valor estratégico para o desenvolvimento de programas e políticas públicas em saúde.

Enfim, os autores reiteram que para o setor de saúde avançar em qualidade, é preciso trabalhar ações de capacitação profissional que se encaixe nos processos de fluxos, estruturas, serviços, tecnologias e atividades de informação, assim como de comunicação. Com isso, entende-se o quanto a gestão da informação, em especial, no setor público de saúde, possui um campo vasto para sua conceituação, afinal, além dos recursos humanos, ela se associa aos sistemas de informação (principalmente os prontuários físico e eletrônico), à gestão documental, as tecnologias de informação e comunicação, que são as variáveis produtoras e dependentes da informação em massa presente no ambiente organizacional dessa área e às competências e habilidades dos profissionais da saúde, a fim de estejam preparados para desenvolverem, de modo consciente, todos os processos e características envolvidos com a gestão da informação na área da saúde.

4.1 Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

Segundo Perez (2010), a criação de computadores eletrônicos, de seus programas e de novas indústrias são frutos de uma economia pós-guerra, decorrente da revolução industrial que acontecia nos Estados Unidos, o que culminou no surgimento das chamadas tecnologias de informação e comunicação.

Essas tecnologias são definidas por Laudon e Laudon (2004) como um conjunto de artefatos constituídos por *hardware* e *software* para fins de coleta, armazenamento, processamento e disseminação de informação coerente e articulada para ser utilizada em processos decisórios.

Sabbag (2007) levanta um panorama representativo da tecnologia de informação e comunicação ao afirmar que o termo basicamente substituiu o de informática. Concomitantemente, o autor reitera que o objetivo desse tipo de tecnologia não se restringe mais ao gerenciamento da informação, mas que passou a envolver também a gestão do conhecimento. De certo modo, pode-se afirmar que esse cenário configura-se em um grande passo para o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação enquanto ferramentas gerenciais presentes nas organizações, afinal, os seres humanos lidam com essas tecnologias, e o

conhecimento é oriundo do processo cognitivo das pessoas, logo, talvez o que o autor queira deixar explícito é que o uso das tecnologias auxilia na construção do conhecimento humano e que essas tecnologias servem como suporte gerencial desse conhecimento.

A definição de Santos *et al.* (2017) se assemelha a anterior, pois afirmam que as tecnologias de informação e comunicação não estão restritas apenas aos conceitos de *hardware* e *software*, mas que estão coerentes aos acontecimentos que demonstram determinadas necessidades da população, como também prevê a importância dos recursos tecnológicos serem pensados para disseminação de informação com caráter de usabilidade.

De maneira geral, Wilches Flórez e Wilches Flórez (2017) definem as tecnologias de informação e comunicação como um conjunto de recursos tecnológicos utilizados para gerenciamento e comunicação da informação entre pessoas e que possuem funcionalidades básicas que vão do armazenamento ao acesso à informação, passando pelo processamento e organização da informação. De acordo com as autoras, essas tecnologias devem ser importantes para o desenvolvimento efetivo da comunicação, do acesso à informação e ao conhecimento baseado no contexto de aprendizagem de cada pessoa que as utiliza, ou seja, as tecnologias de informação e comunicação precisam estar adaptadas ao ser humano, de modo que o seu uso seja realmente proveitoso.

De acordo com Almeida (2012), as tecnologias de informação e comunicação possuem como principal função executar atividades humanas de forma mais agregada e com o objetivo de somar potencialidades humanas e tecnológicas às atividades rotineiras dentro de uma organização. Esse aspecto vai ao encontro à ideia de que essas tecnologias são importantes para a rapidez dos processos que antes eram executados com maior lentidão, além de organizar e tornar ativas ao contexto tecnológico simples atividades que podem passar por despercebidas, mas que possuem grandes funcionalidades e representatividade nos objetivos maiores (WILCHES FLÓREZ, I.; WILCHES FLÓREZ, A., 2017).

Na área da saúde, principalmente na atenção básica, dentre os benefícios das tecnologias de informação e comunicação têm-se a agilidade e qualidade dos registros, assim como a possibilidade de compartilhar informações e experiências de alguns de casos com outros profissionais e outras instituições em um tempo muito

otimizado, devido às funcionalidades de partilha de documentos, fotos, vídeos e até mesmo registros em prontuários (PINTO; ROCHA, 2016).

Segundo Price *et al.* (2013), a qualidade de interface, usabilidade, funcionalidade e integração com outros sistemas são preceitos de qualidade básicos para se ter uma boa tecnologia de informação e comunicação em mãos. Ademais, para os autores, essas tecnologias proporcionam eficácia na comunicação e maior eficiência no gerenciamento dos cuidados com pacientes na prática clínica, além de garantir resultados positivos em relação aos gastos com investimentos.

Na ABS, de modo geral, as tecnologias de informação e comunicação são visualizadas como ferramentas capazes de melhorar o desempenho profissional, porque, com base na pesquisa de Mitchell e Sullivan (2001), foi constatado que a utilização desse tipo de tecnologia trouxe dois aspectos positivos ao ambiente organizacional: um deles foi a redução de custos e o outro a redução de testes desnecessários solicitados pelos médicos e realizados pelos pacientes.

Todavia, mesmo diante da importância e dos benefícios que as tecnologias de informação e comunicação propiciam à área da saúde, as barreiras e os pontos negativos analisados diante da sua utilização e implantação também devem ser levados em consideração. Mediante Black *et al.* (2011), existem, na literatura, poucos estudos que, de fato, revelam os impactos positivos dessas tecnologias na melhoria do cuidado aos pacientes, além da ausência de resultados que demonstrem a relação de custo e benefício da implantação dessas tecnologias.

No setor público de saúde, especialmente na atenção básica, as tecnologias de informação e comunicação se revelam nos prontuários eletrônicos do paciente, nos sistemas de informação que são utilizados pelos profissionais com o intuito de registro de informações relativas às atividades executadas em prol do cuidado e nas redes sociais como veículos intracomunicacional (grupos de *Whatsapp*, *Facebook*, *e-mail*, etc.).

Especificadamente, essas tecnologias são mais conhecidas pelos nomes: e-SUS AB, SIA-SUS, SCNES, SISCAN, SISPRENATAL, BPA, CROSS, entre outros, que são os sistemas de informação em saúde mais utilizados pelas unidades pertencentes à atenção básica no Brasil. O e-SUS AB, sistema de informação em saúde mais utilizado pelos profissionais, é o prontuário eletrônico do paciente, que possui um caráter integrador com quase todos os outros sistemas citados, porém,

segundo Mitchell e Sullivan (2001), nos Estados Unidos, essa tecnologia enfrentou algumas barreiras no que diz respeito ao conhecimento sobre a importância dessa tecnologia e dos relatórios oriundos dela para aporte do profissional, além do fato de que a falta de equilíbrio entre o funcionamento do prontuário eletrônico e dos fluxos clínicos reais era exaltada. Pode-se afirmar que esse cenário é enfrentado também no Brasil, em que os profissionais sofrem com a adaptação desse sistema e também depende de recursos tecnológicos eficazes como bons computadores para todos os profissionais envolvidos, impressoras, ambiente adequado, *internet* de qualidade, etc, além disso, possuem certa resistência com a dificuldade de editar os dados e as informações já cadastradas nesse sistema (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

De acordo com Brasil (2013a), a maior dificuldade encontrada para implantação dessa tecnologia está na falta de estrutura que as unidades de saúde enfrentam, pois mesmo que tenham computadores, na maioria das vezes, não possuem acesso à *internet* de qualidade.

Mesmo diante de alguns pontos negativos, a implantação e aplicação das tecnologias de informação e comunicação são importantes para melhorar os resultados dos programas no que diz respeito à promoção e prevenção de saúde (HALUZA; JUNGWIRTH, 2015). Contudo, segundo Wilches Flórez e Wilches Flórez (2017), para que essa proposta de melhoria de fato aconteça, é necessário que a implantação das tecnologias de informação e comunicação venha acompanhada de garantias voltadas ao acesso e ao uso da informação por parte dos funcionários.

Diante disso, é possível afirmar que as TIC são ferramentas cruciais para o processo de gestão da informação na área da saúde. Para Castells (2003), essas tecnologias são processos aliados da gestão da informação e do conhecimento que necessitam mais do que serem simplesmente implantadas, precisam ser desenvolvidas, e em concordância Turban, Rainer e Potter (2005) dizem que essas tecnologias são ferramentas básicas para construir dentro de um ambiente organizacional o uso estratégico da informação para vantagem competitiva.

Nos ambientes de saúde, a aplicação das TIC tem sido um aspecto prioritário na gestão do trabalho do SUS, e são responsáveis por articular os sistemas de informação em saúde, que incluem os prontuários do paciente (físico e eletrônico), que são ferramentas relevantes para a organização e gerenciamento da informação nas atividades e nos processos decisórios dos profissionais da área, portanto, torna-

se importante conhecer o contexto desses sistemas de informação no âmbito do setor público de saúde.

4.2 Sistemas de Informação em Saúde e o Prontuário do Paciente

Os sistemas de informação em saúde estão ambientados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que dispõem de artefatos gerenciais e mantenedores de toda a gama de sistemas existentes em todos os níveis de atenção à saúde (FRANCO, 2012). O DATASUS possui as seguintes competências:

- (i) fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e o desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério; (ii) desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde; (iii) manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional; (iv) assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério; (v) definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia de informática em saúde, sob a coordenação do Secretário-Executivo; e (vi) apoiar estados, municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS (DATASUS, 2011).

O Departamento de Informática do SUS possui como objetivo e responsabilidade a coleta, processamento e disseminação das informações em saúde, pois, está sob sua incumbência gerar relatórios sistematizados com informações demográficas, epidemiológicas, financeiras e operacionais, tanto em nível municipal como estadual (BRASIL, 2011a).

Como pode ser notado, o DATASUS fornece subsídios para a manutenção dos sistemas de informação em saúde, porém nenhuma dessas competências será considerada efetiva se os profissionais da saúde não dispuserem de uma cultura voltada à informação e a compreensão de que o gerenciamento desses sistemas é crucial para o tratamento das informações. Em outras palavras, as funcionalidades do DATASUS não se inserem e não podem ser verdadeiramente viabilizadas se o gestor e funcionários das unidades de saúde não estiverem conscientes da importância desses sistemas no gerenciamento do trabalho.

Inicialmente, no Brasil, os sistemas de informação na área da saúde eram voltados ao controle financeiro e administrativo e não propriamente operacional, de

modo que não envolviam atividades relacionadas ao cuidado com o paciente (PEREZ, 2006). Porém, de acordo com Guimarães e Évora (2004), na Década de 1990 foram implementados sistemas de informação em saúde que de fato voltavam sua atenção para a instrumentalização dos serviços oferecidos aos pacientes, com o objetivo de dar suporte e tratamento a informações que fossem fundamentais para a utilização dos gestores e demais profissionais nos momentos assistenciais.

De forma geral, um sistema de informação é baseado em três elementos: dado, informação e conhecimento (SIQUEIRA, 2005), que também são considerados por Semidão (2014) alicerces para o estudo da área da CI. Segundo Siqueira (2005), em um sistema de informação, o dado é tudo aquilo que é registrado no sistema, a informação é um conjunto de dados que sofreram atribuição de significados por alguém e o conhecimento é o resultado de toda informação internalizada e utilizada para alguma decisão ou execução de atividade, que automaticamente se transforma em experiências acumuladas pelo processo cognitivo. Por isso, é possível afirmar que um sistema de informação é uma ferramenta de apoio à organização, gerenciamento, acesso e uso da informação, além de ser viabilizador da construção do conhecimento.

De acordo com Santos *et al.* (2014), um sistema de informação em saúde pode ser definido como um meio de obter informações sobre os serviços diários de saúde, a fim de desenvolver estratégias que vão possibilitar o uso mais efetivo de informações com relação às atividades que buscam melhorar a oferta de serviços à população. Em consonância, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) define sistema de informação como um recurso de coleta, processamento, análise e compartilhamento da informação coerente com o planejamento, avaliação e operacionalização dos serviços de saúde.

O sistema de informação, de maneira mais específica, é visto como uma plataforma abastecida de dados e informações que são processados e organizados com o intuito de atender as necessidades dos seus usuários, nesse caso, dos profissionais da saúde (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004; PEREZ, 2006).

Em concordância, Marin (2010, p.21) corrobora que os sistemas de informação em saúde podem ser definidos como

[...] um conjunto de componentes inter-relacionados que **coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão** e auxiliar no controle das organizações de saúde. [...] os sistemas de informação em saúde **congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento**

utilizados na área da saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010, p.21, grifo nosso).

Diante disso, considera-se o uso dos sistemas de informação em saúde importante, porque traz benefícios voltados ao processo de tomada de decisão, pois, são ferramentas que possuem a finalidade de organizar, gerenciar e analisar informações necessárias ao cuidado da saúde da população (FRANCO, 2012). Mais especificadamente, para o autor, os sistemas de informação são capazes de propiciar um ambiente de obtenção, seleção, transformação, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados e informações. No entanto, mesmo mediante esses benefícios, é possível salientar que a gestão da informação faz parte do foco e escopo dos sistemas de informação e eleva a consciência de que todas essas funcionalidades podem ser feitas com a informação registrada, formal ou informal, que não necessariamente encontra-se inserida em suporte tecnológico.

À vista disso, o prontuário do paciente, seja na plataforma física ou digital, deve ser denominado como um sistema de informação em saúde, porque possui funcionalidades semelhantes às que Marin (2010) expõem, como de coleta, processamento, armazenamento e distribuição da informação para tomada de decisões e como subsídio a criação de planejamento estratégico.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1.638/2002, Art.1º, o prontuário do paciente é definido como um

[...] documento único construído de um conjunto de informações, de sinais e de 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 membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestado ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Por meio dessa definição, pode-se afirmar que o prontuário do paciente possui muitas funcionalidades fora as tradicionais já citadas aqui, como de aporte às tomadas de decisões dos profissionais da área da saúde. Além disso, propicia a comunicação entre os profissionais, mediante a informação registrada que formará a memória da instituição de saúde, contribui para a desenvolvimento do atendimento prestado ao paciente, possui caráter legal, ou seja, é um documento de prova e pessoal do

paciente para uso de livre escolha e também se configura como sigiloso, e dispõe de caráter científico para que pesquisas voltadas à área da informação e da saúde sejam efetivamente realizadas por intermédio do uso e consulta dos prontuários.

Para Dean *et al.* (2009), o prontuário pode ser considerado uma rica fonte de informações para pesquisas e ensino, visto o frequente acesso por estudantes, profissionais e pesquisadores da área da Saúde. De acordo com Almeida *et al.* (2016), o prontuário do paciente é uma ferramenta que pode ser definida como um aglomerado de registros padronizados e organizados de toda informação que é depositada e relativa ao histórico do atendimento ao paciente. Todavia, com base nessa ideia dos autores, é possível inferir que esse tipo de sistema de informação passou a ser muito acessado por profissionais e pesquisadores da Ciência da Informação, entre eles, gestores, bibliotecários, arquivistas, entre outros.

Além do mais, o prontuário do paciente é uma espécie de memória física e registrada dos profissionais que atuam na área da Saúde, mediante os registros diários das suas ações referentes ao cuidado que é prestado à população. Além disso, propicia demais subsídios para identificação coletiva sobre o estado de saúde e os aspectos socioeconômicos da população que recebe cobertura das instituições de saúde, importante para o estabelecimento de planos estratégicos com vistas a melhoria da saúde dos brasileiros.

O prontuário do paciente é estabelecido entre duas estruturas: física (papel) e eletrônica. O físico é o clássico veículo informacional, utilizado antes da existência do computador, a fim de registrar e organizar os dados e as informações extraídas dos atendimentos. Enquanto que o eletrônico é o veículo informatizado do físico, com características pautadas pelo universo tecnológico, com o objetivo de sistematizar e otimizar a informação advinda dos atendimentos médicos (SANTOS; DAMIAN, 2017a).

O prontuário eletrônico é definido como:

[...] um documento caracterizado, de um lado, pela sua unicidade – é único para cada paciente, e de outro, pela pluralidade de autores que produzem seus textos e também pela veracidade de tipos de informações nele registradas, sendo também polifônico por sua própria natureza, escrito por vários autores – médicos, auxiliares, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, bioquímicos, entre outros. É um documento constituído de informações objetivas – identificação do paciente, prescrições, cuidados, etc., e informações subjetivas –

compreensão dos sintomas, das doenças, queixas dos pacientes e interpretação dos exames (PINTO, 2006, p.45).

Mediante esse conceito, o prontuário eletrônico se define como um objeto que acompanha o universo tecnológico enraizado atualmente na sociedade, com praticamente as mesmas funcionalidades e objetivo geral do prontuário físico, todavia, de modo mais sistematizado, com uma estrutura eletrônica e mais detalhada que exige maiores níveis de capacitação e usuários dotados de competências e habilidades no uso de ferramentas informatizadas.

O prontuário eletrônico apresenta algumas vantagens se comparado ao prontuário físico, tais quais: mais facilidade no acesso, maior segurança e oferta de novos recursos, maior apoio a tomada de decisões mediante a geração de distintos relatórios, bem como a oportunidade de comunicação com outras unidades de saúde, por meio da troca eletrônica de dados, que se configura livre no uso do prontuário eletrônico (COSTA, 2001). Todavia, esse tipo de prontuário apresenta algumas desvantagens se comparada ao prontuário físico. Dessa maneira, para expor com mais detalhes as vantagens e desvantagens existentes quanto ao uso do prontuário eletrônico e por consequência compreender melhor, por meio das desvantagens deste, as vantagens do prontuário físico, desenvolveu-se o Quadro 5.

Quadro 5 – Vantagens e Desvantagens do Prontuário Eletrônico do Paciente

VANTAGENS	DESvantagens
→ Agilidade no acesso à informação.	→ Custo elevado na implantação relacionada à compra e manutenção de equipamentos e treinamentos. → Possibilidade do sistema ficar inoperante (fora do ar). → Resistência da equipe, quanto à adaptação.
→ Facilidade no intercâmbio de informações.	
→ Economia de espaço de memória.	
→ Redução de consumo com impressos.	
→ Informações gerenciais rápidas e precisas.	
→ Aumento de tempo para os profissionais se dedicarem aos pacientes.	

Fonte: Lima e Martins (2014, p.62).

Mediante análise do Quadro 5, é possível ressaltar que, do ponto de vista de Lima e Martins (2014), o prontuário eletrônico carrega consigo mais vantagens do que desvantagens. No entanto, mesmo o número de desvantagens sendo menor, pode-se afirmar que são decisivas para o êxito da implantação, ou seja, é válido que os gestores das unidades de saúde estejam preparados para realizar manutenções e compras de equipamentos tecnológicos de qualidade para o bom funcionamento desse sistema. Além disso, devem analisar o ambiente organizacional e possíveis

falhas que podem contribuir para a inoperabilidade do sistema, bem como analisar os próprios profissionais e usuários desse tipo de prontuário, no que tange a oferecer capacitações e treinamentos que intrinsecamente consigam quebrar resistências quanto a adaptação dos profissionais no uso desse prontuário. Concomitantemente, não se deve descartar o uso do prontuário físico, uma vez que esse é dotado de informações relevantes, que fazem parte da vida dos pacientes e por isso deve ser gerenciado e preservado para usos funcionais da própria unidade, devido a possível instabilidade do prontuário eletrônico, como para usos de caráter legal e científico que está internalizado no prontuário físico do paciente.

Nesse cenário, Tareco e Fernandes (2016) enfatizam a relevância dos sistemas de informação em saúde, afirmando que são ferramentas capacitadoras nos serviços operacionais de cuidado e também na gestão dos recursos existentes no ambiente organizacional. Os autores ainda enfatizam que o nível de qualidade dos serviços de saúde depende da qualidade da informação que é extraída do sistema, conforme a maneira com que os dados foram inseridos inicialmente. Esse tipo de sistema também pode ser utilizado, por meio do acesso e recuperação das informações, como um instrumento de controle e avaliação, tanto qualitativa quanto quantitativa, de todos os serviços que são oferecidos e executados pelo setor público de saúde brasileiro (SANTOS *et al.*, 2014).

De acordo com Medeiros *et al.* (2005), os sistemas de informação em saúde, em todos os âmbitos, sejam operacionais, assistenciais ou epidemiológicos, devem ter como principal foco a usabilidade no momento exato do cuidado, tanto para o diagnóstico como para a intervenção, dependendo do quadro e das necessidades do paciente. Detalhadamente, é utilizado em prol da gestão nas consultas, coleta de dados, armazenamento e processamento das informações relativas ao estado de saúde e condições básicas dos pacientes, auxiliando os profissionais da saúde no diagnóstico, prescrição de medicamentos e demais prescrições terapêuticas adaptadas a cada caso (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas que apoiam a filosofia da melhoria contínua nas unidades de saúde, mediante a eficiência das atividades diárias e a eficácia dos resultados no atendimento, pois, fica evidente que facilitam a utilização da informação nos processos decisórios como auxilia o processo de comunicação entre os profissionais e entre profissionais e os pacientes. Portanto,

podem ser considerados meios de oferta da sinergia informacional e comunicacional nos ambientes de saúde.

Mesmo com tantos pontos positivos e benefícios que os sistemas de informação em saúde trazem para o contexto das organizações, algumas barreiras são encontradas e impedem que suas funcionalidades sejam efetivadas. Por exemplo, segundo Figueiredo *et al.* (2010), o ambiente interno das unidades de saúde não valoriza a informação gerenciada por esses sistemas, o que, conseqüentemente, acaba contribuindo para a ineficácia dos setores da unidade.

Além do mais, os autores afirmam que, especialmente na ABS, representada pelas USF, os profissionais utilizam os sistemas de informação mais como um procedimento técnico e obrigatório, conforme a orientação do Governo Federal, Estadual e Municipal, do que como sistemas gerenciais que podem contribuir com as atividades operacionais e com os processos decisórios voltados ao cuidado com a saúde do paciente.

Em uma pesquisa avaliativa sobre os sistemas de informação na atenção primária em saúde, Ritter *et al.* (2013) explanam que a maneira como funcionam determinados sistemas de informação pode atrapalhar o processo de interesse dos profissionais ao utilizar esses sistemas como instrumentos auxiliares das atividades, ou seja, a ausência de capacitação e incentivo ao ato de conhecer quais as finalidades e os benefícios dos sistemas, fazem com que os usuários se desinteressem por essa ferramenta.

Santos *et al.* (2014) corroboram que um dos maiores problemas no funcionamento eficiente dos sistemas de informação está na falta de diretrizes que incentive e capacite os profissionais a registrarem corretamente os dados, pois, se a entrada de dados não for realizada da maneira correta, o processamento tampouco será e, então, as informações, como produto final, não terão validade.

A falta de integração entre os sistemas da área da saúde também é vista como uma barreira, pois não evita o retrabalho e a existência de dados e informações duplicadas e sem fidedignidade (MARTINS, 2009). Todavia, de acordo com Conceição (2012), sistemas mais modernos possuem base de dados mais integrada, o que caracteriza no aumento da eficácia das informações oriundas dessas ferramentas. Em consonância, o e-SUS (Prontuário Eletrônico) é considerado um desses sistemas que possui maior integração com os demais sistemas utilizados pela

Atenção Básica, na qual, conforme Marin (2010), a resolução de problemas, com base na informação, encontra-se presente no Prontuário Eletrônico do Paciente.

Um problema importante, ainda em relação às barreiras que os sistemas de informação encontram para seu devido funcionamento, refere-se à falta de ajuda dos profissionais da informação no manuseio desses sistemas, pois, segundo Guimarães e Évora (2004) e Bansler e Havn (2010), os profissionais da saúde não são capacitados a identificarem necessidades de informação, ou a buscarem e acessarem a informação necessária nas bases de dados (sistemas de informação) corretas e coerentes com a sua necessidade, afinal, deparam-se com um volume alto de informação e não são habilitados a relacionar determinado tipo de informação com as atividades que executam.

Com isso, pode-se afirmar que os sistemas de informação não estão ligados apenas ao universo tecnológico, porque também estão relacionados aos seres humanos, que são seus usuários e ao mesmo tempo as entidades que tornam sua existência realmente necessária e com propósito.

Por isso, trabalhar os aspectos como a competência em informação nessa área torna-se tão importante, afinal, a competência em informação é um conjunto de virtudes oriundas das pessoas, que necessitam de competências e habilidades para fazerem o uso dos sistemas de informação da maneira mais eficiente possível.

Apesar disso, não se pode esquecer que no campo da saúde, principalmente na atenção básica, que configura o universo dessa pesquisa, todo dado e toda informação inseridos nos sistemas também se encontram presentes no documento físico, pois, mesmo com a atuação do prontuário eletrônico, o prontuário em papel ainda segue sendo utilizado em paralelo, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e USFs (SANTI, 2014). À vista disso, considera-se significativo abordar os panoramas da gestão documental na área da saúde.

4.3 Gestão da Informação e Gestão Documental na Área da Saúde

Em um contexto organizacional, Oliveira (2010) esclarece que a GI é um conjunto de processos amplos que buscam atender os três níveis da pirâmide organizacional: operacional, tático e estratégico. Isso porque, para o autor, a informação perpassa por todos os níveis organizacionais.

Para a realização desses processos é necessário ter o domínio dos diferentes tipos de informações que estão disponíveis no ambiente organizacional, dos fluxos

informativas, ou seja, do movimento e da função de cada tipo de informação para cada tipo de atividade que é executada, do ciclo de vida de cada informação, ou melhor, da informação válida para ser utilizada no momento certo e, por fim, do conhecimento das pessoas sobre o poder do gerenciamento das informações (PONJUÁN DANTE, 2007).

No entanto, para conhecer o tipo de informação que é válida e eficaz, se faz necessário saber quais as principais fontes de informação que se encontram inseridas em um ambiente organizacional, e para isso, a autora revela algumas fontes divididas entre: documentais, pessoais e institucionais, como demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6 – Algumas fontes de informação típicas de organizações

Documentais	Pessoais	Institucionais
Planos de trabalho	Especialistas	Bibliotecas
Informes financeiros	Consultores	Arquivos
Faturas	Pesquisadores	Meios de imprensa
Livros	Bibliotecários	Instituições financeiras
Documentos oficiais	Analistas	Associações profissionais

Fonte: Ponjuán Dante (2007, p.24).

Como pode ser observado no Quadro 6, Ponjuán Dante (2007) destaca diversas fontes de informação que podem ser utilizadas pelos funcionários de uma organização. Além das fontes representadas no Quadro 6, a GI atua também nas fontes tecnológicas, representadas pelos sistemas de informação.

Pelo fato da gestão estar envolvida com a informação que é registrada, em sua maior parte nos sistemas de informação, muitos acabam acreditando que a GI está apenas relacionada com tecnologia, porém, Davenport, Marchand e Dickson (2004) confrontam essa ideia, afirmando que a tecnologia é muito importante, mas que não basta para melhorar o desempenho da empresa quanto à gestão e uso da informação.

Os autores ainda afirmam que de nada vale uma eficiente Tecnologia de Informação (TI) sem pessoas que saibam manuseá-la e compartilhar a informação que é oriunda dela, e que isso está completamente ligado à cultura das organizações. Então, ao defrontar-se com o conceito de GI é relevante entender que este não está apenas associado à informação registrada em sistemas, mas também em plataformas informais.

Por esta linha de raciocínio, Marchand (1990) afirma que das etapas da GI, a última se entrelaça com a GC, quase como em uma transição, pois a etapa se dirige

à tomada de decisões, que se integra diretamente às ações humanas relacionadas ao uso da informação. Pode-se afirmar até que a GI talvez seja uma maneira de capacitação e de aprendizagem para a GC, que pode ser considerada informações materializadas como sabedorias contínuas, que não se perdem com o tempo.

Todavia, ao falar sobre GI, torna-se difícil não abordar o valor das tecnologias neste processo. Valentim (2008) afirma que, devido ao volume crescente de informações no interior das organizações, a busca por sistemas de informação habilitados ao armazenamento e a recuperação da informação para o uso dos funcionários cresceu substancialmente. Corroborando com o exposto acima, Beal (2012) ressalta que diante do avanço tecnológico e da necessidade das empresas se abastecerem de informações fidedignas, a GI incorporou o desenvolvimento e a utilização de sistemas que gerenciem as informações para otimizar a distribuição, preservação, utilização e segurança nos ambientes organizacionais.

A GI também se preocupa com a informação registrada nos acervos físicos, que são alimentados pelos documentos gerados tanto pelo ambiente interno como externo das organizações. Esses acervos também devem ser gerenciados para que a informação contida nos documentos seja preservada e disponibilizada para o uso. Para Assis (2008), é uma maneira de gerenciar e proporcionar facilidade na recuperação rápida e eficiente da informação, em qualquer momento e necessidade de alguém, mas que ao mesmo tempo esses acervos estão cada vez mais fáceis de serem gerenciados, pois a digitalização e o recebimento de documentos eletrônicos estão diminuindo expressivamente o acervo físico formal (ASSIS, 2008). Porém, essa situação passa a ser mais um desafio para o processo do desenvolvimento da GI, que também deve se preocupar com técnicas e práticas de gestão em ambientes digitais e então com a gestão documental.

Para Sá (2014, p.270), a GD

(...) proporciona ganhos significativos às organizações no que tange à rastreabilidade, manutenção e guarda de documentos necessários, bem como à tomada de decisão, redução do tempo na recuperação das informações para atendimento às partes interessadas (clientes, acionistas, colaboradores), [...] preservação da memória organizacional, suporte à transparência das atividades e controle do fluxo de documentos (SÁ, 2014, p.270).

Logo, é visível o quanto à GD atrelada e inserida na GI oferece ganhos à organização e consistência ao processo e conceito de GI. De modo geral, a autora

confirma que a GD é tão íntima da GI, que em seu processo inclui etapas semelhantes à última, como o mapeamento dos processos organizacionais, a organização de documentos físicos e digitais, os aspectos de guarda, a gestão de conteúdos informacionais, entre outros.

Cruz Mundet (2008) é autor de um modelo de gestão documental responsável por apresentar algumas ferramentas funcionais para gestão de documentos. Essas ferramentas são mais direcionadas a gestão documental realizada nas organizações privadas, em que a gestão acontece de maneira mais eficiente, desse modo, o intuito é utilizar esse modelo como base para formulação, coleta e análise dos dados dessa pesquisa e transferir a eficiência desse modelo para as organizações públicas, nesse caso, para as Unidades de Saúde da Família.

Quadro 7 – Modelo de Gestão Documental de Cruz Mundet

Processos/ferramentas funcionais	Descrição
Controle Documental	É um sistema para gerenciar, distribuir e registrar os documentos criados por uma organização. O aspecto mais importante de toda atividade de controle documental é a meticulosa criação e mantimento de documentos excelentes, porque a maioria das organizações são vulneráveis em seus procedimentos de controle documental tanto como em seu sistema de arquivo.
Classificação e Ordenação	São ferramentas fundamentais para a exploração da informação ao serviço da gestão e da tomada de decisões.
Descrição	Em um sistema de gestão documental bem estruturado, o arquivo deverá estabelecer um plano de descrição adaptado pelas características dos documentos e as necessidades dos usuários.
Instalação e Depósito	A instalação é uma tarefa que, como seu próprio nome indica, consiste na localização física dos documentos nas estantes [...] a instalação persiste depositar os documentos em condições tais que sejam acessíveis em todo momento e circunstância.
Valorização, Seleção e Eliminação	A valorização consiste em um estudo das séries documentais [...]. Com a seleção se determina o destino dos documentos a partir do seu valor e os prazos de conservação [...]. A eliminação é o ato por quais os documentos determinados são destruídos.
Transferência de Fundos	É o conjunto de procedimentos mediante a qual a documentação é levada de uma etapa para outra do arquivo, seguindo o ciclo de vida dos documentos.
Programa de Documentos Vitais e de Prevenção de Riscos	Tendo a possibilidade de que aconteça uma situação de emergência, ou seja, uma situação negativa que acontece de forma

<p>repentina e inesperada e, que exige uma ação imediata [...] é importante identificar os documentos que contem direitos legais e financeiros, tanto da organização como das pessoas diretamente afetadas pelas ações da organização. Por esses motivos é preciso de um plano de emergência para desastres.</p>
--

Fonte: Cruz Mundet (2008, p.78-84, tradução nossa).

O modelo de gestão documental de Cruz Mundet (2008) também visa conscientizar as organizações a realizarem a GD, por meio do estabelecimento dos conceitos de cada processo da gestão documental. Todavia, para a adequada aplicação das ferramentas funcionais expostas no Quadro 7, torna-se necessário a instrumentalização do modelo, mediante capacitações internas e externas que devem ser oriundas dos gestores das organizações.

Sá (2014) trabalha com a GD associada aos processos organizacionais, realizando atividades como mapeamento dos fluxos de informação, mapeamento e análise dos documentos relativos às atividades diárias da empresa, utilização de ferramentas para preservação e gestão dos documentos como plano de classificação, tabela de temporalidade, taxonomia e etc; bem como a implantação e utilização de TI aplicada a todas as atividades anteriores.

Nessa situação, pode-se considerar que a GI é método que cuida da informação registrada, não registrada, formal e informal, em documentos digitais e físicos, utilizando aportes da GD para organizar, coletar, colecionar, armazenar, recuperar, interpretar, transmitir, compartilhar, utilizar e preservar a informação, sempre com o intuito de disponibilizá-la para tomada de decisões nas organizações contemporâneas.

Outro parâmetro importante a ser levado em consideração pela GI é que, com o crescimento do mercado e da competição acirrada entre as empresas, o conhecimento sobre as características do ambiente externo passou a ser muito valorizado, então, Assis (2008) enfatiza que para executar uma GI eficaz no ambiente organizacional é necessário visualizar a informação como um recurso indispensável e valioso, mas não somente as informações internas como também as externas, relativa aos acontecimentos do mercado, clientes e sociedade no geral.

Desse modo, segundo o autor, a GI nas organizações é definida como um procedimento crucial que leva em consideração a missão, visão e valores da organização, identifica as necessidades informacionais dos funcionários, os custos

dessas informações necessárias, estuda como transformar essas informações em recursos valiosos, como compartilhar e preservar para usos futuros.

Segundo Ponjuán Dante (2011), a GI é importante porque influencia também nos ganhos econômicos de uma organização, pois é considerada um tipo de gestão dos recursos tangíveis que se inserem nas empresas. Esse tipo de gestão das informações, segundo a autora, também é feito para a manutenção eficaz dos recursos de informação que diariamente evitam a duplicidade de informações e ao mesmo tempo a falta da informação correta, no momento e maneira exatos para o uso.

Concomitantemente, para que as organizações adotem essa atitude e pensamento sobre a relevância da GI no ambiente organizacional, deve-se trabalhar em prol de uma cultura organizacional voltada ao valor da informação, pois, de acordo com Hoffmann (2015), seja público ou privado, cada modelo organizacional lida e trata de modo distinto a informação no ambiente de trabalho. No entanto, a autora acredita que algumas variáveis são fundamentais para o embasamento e implantação aprofundada de uma cultura organizacional voltada à informação, como: tamanho da organização, tarefas, organograma, processos, regras institucionais, sistemas de informação, liderança, gestão estratégica, competências, capital intelectual, motivação, concorrência e etc. Ou seja, esses são os principais fatores que devem ser levados em consideração para um bom planejamento e uma implantação efetiva de GI em qualquer tipo de ambiente organizacional (ASSIS, 2008).

Outro fator interessante de ser mencionado é que Hoffmann (2015) utiliza a matriz 'SWOT', que busca analisar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, como uma maneira estratégica para implantação da GI, isso porque, segundo, a autora cada organização apresenta uma realidade diferente da outra, e mesmo que o padrão organizacional seja semelhante "(...) é fundamental identificar a doença para aplicar o tratamento (HOFFMANN, 2015, p.74)".

Nesse sentido, para facilitar a reflexão sobre o que uma organização deve fazer para ter uma GI efetiva em seu ambiente e o porquê isso é importante, foi selecionado panoramas de alguns autores, aqui concatenado no Quadro 8, que apresenta variáveis sobre necessidades e deveres relativos à GI.

Quadro 8 – Necessidades e Deveres da Gestão da Informação

Necessidades	Deveres
A GI é necessária porque:	Para implantação da GI deve:
Existe uma quantidade enorme de informações que envolvem a organização, que não se tem o tempo para sua análise ou falta objetividade.	Estar alinhada com a missão e os objetivos estratégicos.
Os gestores não recebem as informações validadas, sintetizadas e no tempo certo para poder tomar decisões corretas e de maneira rápida.	Desenvolver um plano de gestão da informação voltado, preferencialmente, para a perspectiva do negócio.
Os gestores recebem informações, mas não são capazes de interpretá-las, não sendo usadas para a tomada de decisão.	Preocupar-se sempre com a máxima: a informação para as pessoas certas, no local correto, no tempo certo, no formato adequado e, se possível, com custo zero.
As informações fluem com muita dificuldade e são prestadas com atraso, principalmente nos diversos níveis organizacionais, muitas vezes não chegando aos níveis inferiores, mesmo aquelas informações importantes de caráter puramente rotineiro, e o retorno não é canalizado aos níveis superiores.	Ter sempre a visão de que a informação deve ser utilizada no seu potencial máximo.
A identificação de fontes de informação adequadas ao foco organizacional.	Priorizar a qualidade, a disponibilidade, o uso e o valor da informação.
O acompanhamento do desempenho e resultados organizacionais, identificando os verdadeiros esforços individuais e coletivos no trato com a informação e o conhecimento.	O gestor da informação deve estar ligado diretamente à alta administração.
A existência de competências essenciais para se trabalhar com a informação.	Mapear regularmente as necessidades de informação.
A incorporação de uma cultura informacional e que fortaleça o processo de aprendizagem.	Considerar a qualidade das fontes de informação e sua disponibilidade.
O uso inadequado de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), bem como de métodos, sistemas e instrumentos de apoio a GI, entre outros.	Permanentemente, analisar o custo x benefício das fontes de informação adquiridas, bem como contextualizar e compartilhar a informação de interesse.

Fonte: Hoffmann (2015, p. 82-83); Assis (2008, p.141-142).

Como pode ser notado, existem muitas variáveis que exprimem a necessidade de se fazer a gestão das informações nos ambientes organizacionais, como também atividades e panoramas que devem ser realizados para que a GI seja implantada com eficácia. Mas, à vista disso, torna-se próprio salientar que essa gestão ganha cada vez mais destaque porque a informação é vista e considerada um recurso de valor para as organizações.

Segundo Barbosa (2008) a informação se transformou, mediante a complexidade adquirida pelas organizações, em um mecanismo que proporciona a análise efetiva de tendências, capacidade de se adaptar, bem como de aprender e inovar, e isso tudo, não somente nas organizações privadas, mas também nas organizações públicas, que segundo Hoffmann (2015) buscam novas medidas de atuação diante da relação que possui com a sociedade.

Fauvel e Valentim (2008) explanam que a GI ganhou força porque o aumento do valor agregado à informação propicia a redução dos riscos e aumenta a qualidade das tomadas de decisão no dia a dia organizacional.

De uma maneira geral, esse processo de gestão é importante, pois sem informação de qualidade uma organização não avança, não compreende as características do seu mercado, suas forças, fraquezas, competências, oportunidades e ameaças (PONJUÁN DANTE, 2011).

Voltando-se aos aspectos da GD, como processo da GI, pode-se dizer que são vários os motivos para existir um processo de gerenciamento dos documentos presentes em uma organização, e o principal deles, segundo Cunha *et al.* (2015) é o fato de que toda a documentação produzida e recebida não pode ser armazenada por tempo infinito nos arquivos institucionais, por vários aspectos, como custos com a manutenção e espaço físico de guarda, falta de pessoas competentes em gerenciar esses documentos e também porque documentos não são apenas gerenciados para o uso operacional e administrativo, sua função também está alicerçada em sua utilização histórica, social, cultural e científica. Assim, uma das premissas que comprovam a importância da gestão documental é compreender que documentos podem possuir, além do valor primário, valores secundários.

Segundo Cunha *et al.* (2015), outro motivo pode ser compreendido pela circunstância que comprova que além de estar atrelada aos documentos físicos, a GD também está associada às tecnologias de informação e comunicação. Por isso, afirma-se que essa gestão se relaciona com os demais sistemas de informação inseridos nos ambientes de saúde e que dependem dos processos de GI, no sentido de que essa última também é responsável por abarcar a GD.

Esses são alguns dos motivos e premissas cruciais para o entendimento da relevância da GD estar inserida na área da saúde, todavia, saber e internalizar a lógica de que a informação é um recurso primordial, que subsidia a tomada de decisão na área da saúde (LEITE; SOUSA, 2015) torna-se o motivo mais importante dentre todos. Sobretudo, para esses autores, na área da saúde, os tipos de informações mais importantes são aqueles que estão registrados nos prontuários dos pacientes, que se configuram um sistema de informação de muito valor, tanto porque apresentam o histórico de presença dos pacientes como também porque pode ser utilizado como documento de prova em âmbito jurídico.

Ribeiro (2010) é mais expansivo e afirma que o prontuário do paciente é um documento individual, carregado de informações que se refere a todos os aspectos que moldam o tratamento de saúde de uma pessoa, especificadamente, o autor explana que nele é registrado detalhadamente todo o cuidado assistencial dispensado ao paciente ao longo da sua dependência médica, e por fim, acredita que esse documento gera como resultado um fluxo de informação e comunicação entre toda a equipe de profissionais da saúde.

Pode-se afirmar que a GD, na área da saúde, faz parte do trabalho arquivístico que ocorre nas instituições públicas, que por sua vez, surgiu no Século XX justamente devido a grande massa documental acumulada no interior das organizações (CUNHA *et al.*, 2015). Por isso, o trabalho arquivístico representado pela GD buscava organizar e tratar da melhor maneira os documentos a fim de propiciar acesso e recuperação das informações pertinentes e importantes para as tomadas de decisões.

No entanto, segundo Indolfo (2013), no Brasil, foi somente por intermédio da Lei de Arquivos, nº 8.159, de 9 de janeiro de 1991, que todos os processos da GD, advindo da teoria arquivística passaram a ser substancialmente valorizados e embasados pela legislação brasileira. E por meio disso, alguns acontecimentos como a Lei de Acesso à Informação (LAI) nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que promove o direito de acesso às informações públicas, passou a auxiliar e incentivar o aprimoramento de programas voltados a GD.

Diante dessa breve contextualização, reitera-se que essa subseção possui a intenção de abordar como a GD é um processo importante de ser mantido no ambiente organizacional das unidades de saúde, principalmente na atenção básica, em que o prontuário físico ainda é muito utilizado em paralelo com o eletrônico, além do mais, parte-se do pressuposto de que a GD possui funcionalidades que auxiliam a gestão da informação no contexto dos sistemas de informação em saúde que são informatizados.

A gestão documental pode ser definida como um conjunto de ações norteadas à produção, andamento, uso, avaliação e arquivamento de documentos durante sua fase corrente e intermediária, com o intuito de eliminar ou recuperar para guarda permanente (BRASIL, 1991).

No contexto dessa pesquisa, Cunha (2014) afirma que a GD busca organizar e tratar principalmente a informação orgânica em saúde, com intuito de potencializar a

aprendizagem e a inovação perante as atividades executadas nesse universo. A informação orgânica é a informação produzida pela própria organização, ou seja, é oriunda dos procedimentos e práticas internas que se materializam pela ação dos funcionários (ROUSSEAU; COUTURE, 1998).

Mediante Ponjuán Dante (2004) e Bahia (2016), a GD é um processo que se divide entre etapas de análise, organização e controle da informação que é registrada e utilizada no contexto organizacional com o intuito de preservar tanto o suporte informacional como a informação contida nele e, como consequência, propiciar ao usuário a recuperação ágil e eficaz das informações necessárias.

Bernardes e Delatorre (2008) afirmam que a GD é primordial para a ascensão da gestão da informação em si, além do mais, conceituam a GD como normas técnicas que buscam principalmente definir os prazos de guarda e a destinação final dos documentos. Conarq (2011) vai além e complementa que mais do que apenas gerenciar visando a destinação final, a GD deve trabalhar aspectos que alavanquem a qualidade do ato de produzir a informação que é registrada em um documento, e que a etapa de produção é o início de todo o processo de gestão documental.

Detalhadamente, a GD é uma ferramenta da teoria arquivística que se preocupa com a produção, avaliação, aquisição, preservação, classificação, descrição, difusão, acesso, ciclo de vida dos documentos, e etc. Por isso, os benefícios da GD na área da saúde são diversos, como por exemplo, para Moreno (2007), esse tipo de gestão é um processo que torna efetivo o uso das informações pela gestão administrativa que, por sua vez, articula práticas de melhorias aos serviços da organização; para Moraes (2014), a GD aliada aos sistemas de informação em saúde proporciona efetividade e inovação aos serviços de atenção à saúde; voltando a GD ao sistema de informação protagonista, representado pelo prontuário do paciente, Cunha *et al.* (2015) acredita que essa gestão, diante das atividades de controle, temporalidade, preservação, revisão e guarda, pode ser substancial para a preservação da memória e concomitante para a disseminação do conhecimento sobre a promoção dos serviços de saúde; para Leite e Sousa (2015), a GD é imprescindível para o mantimento do acervo documental de uma unidade de saúde; para Meyer e Gonik (2016), traz benefícios financeiros e comportamentais, pois, se economiza dinheiro mediante a racionalização de produção de documentos e também proporciona bem estar aos profissionais que lidam com a documentação,

porque o ambiente fica limpo de acúmulo indevido de documentos e informações sem qualidade e assim, como consequência, as tomadas de decisões acontecem de maneira muito mais rápida e coerentes (BRASIL, 2013b), além do mais, Indolfo (2007) argumenta que a GD deve embasar desde a fase de produção até a destinação final dos documentos, o que proporcionará mais integração sinérgica entre os setores da organização.

Em qualquer setor organizacional, a prática da gestão documental pode

[...] agilizar o acesso aos arquivos e às informações; promover a transparência das ações administrativas; garantir economia, eficiência e eficácia na administração pública ou privada; agilizar o processo decisório; incentivar o trabalho multidisciplinar e em equipe; controlar o fluxo de documentos e a organização dos arquivos; racionalizar a produção de documentos; normalizar os procedimentos para avaliação, transparência, recolhimento, guarda e eliminação de documentos; preservar o patrimônio documental considerado de guarda permanente (BERNARDES; DELATORRE, 2008, p.8).

Diante dessas contextualizações, é evidente que a GD possui um papel muito importante em qualquer organização que lida com documentos no seu dia a dia, então, voltando-se ao contexto da área da saúde, algumas barreiras ainda podem frear o desenvolvimento e aplicação desse tipo de gestão no âmbito gerencial, como por exemplo, a falta de atuação e utilização de comissões governamentais efetivas no processo de tratamento e gerenciamento de documentos nas unidades de saúde, como a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) e a Comissão de Revisão de Prontuários de Pacientes (CRPP), instituída pelo Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) (CUNHA, *et al.*,2015).

Mais que isso, Botao e Biolchini (2015) esclarecem que o âmbito de documentação em saúde necessita de políticas e uma cultura que utilize aportes da GD, sempre com o intuito de conscientizar tanto os gestores como os profissionais da saúde (usuários) sobre a importância dos documentos, principalmente, dos prontuários no dia a dia organizacional.

Enfim, quando o intuito é abordar a GI no contexto do setor público e especialmente na atenção básica, torna-se difícil não falar de GD nos sistemas de informação em saúde, pois, no contexto da unidade de saúde, o prontuário físico, o prontuário eletrônico e os demais sistemas de informação caminham juntos e a GD se insere na GI e faz com que essa última seja ainda mais rica em termos de eficiência, pois estará sendo adaptada ao contexto real das Unidades de Saúde da Família.

Contudo, mesmo que a GI esteja relacionada à informação registrada, ela também requer interferência humana, logo, os profissionais da saúde necessitam, além de compreender a teoria, saber trabalhar aspectos da GI na prática. Portanto, o processo de competência em informação deve caminhar juntamente com o processo de GI, pois é o que vai viabilizar o sucesso dos resultados no gerenciamento da informação das unidades.

4.4 Competências e Habilidades em Informação dos profissionais da Saúde

Assim como a GI, é válido afirmar que a Competência em Informação (ColInfo) ganhou destaque diante de uma sociedade pautada pelo amplo crescimento das tecnologias e pela expansão, em grandes quantidades, de informação emergida e mantida em todos os ambientes da sociedade. De maneira mais direta, Meneses Placeres (2008, p.3, tradução nossa) explana que a ColInfo surgiu

[...] na década dos anos 1970 na infosfera como uma das práticas profissionais que respondem diretamente às demandas dos cenários socioculturais das sociedades complexas, caracterizadas pela articulação de múltiplos discursos sobre a informação e sua relação com o funcionamento destas sociedades, o crescimento econômico, a mudança social, e todo ele estritamente vinculado com a expansão das tecnologias de informação e comunicação, entre outros fatores (MENESES PLACERES, 2009, p,3, tradução nossa).

Assim, com o avanço dos estudos da CI no âmbito das organizações, as empresas começaram a atentar-se para o desenvolvimento de uma gestão capaz de organizar, selecionar e criar informação para uso como vantagem competitiva para a empresa, seja ela pública ou privada. A informação tratada e utilizada pela organização traz garantia de boas práticas, elevando sua qualidade de desempenho (CALAZANS, 2006).

No entanto, muitas empresas ainda não compreenderam a relevância da informação e do conhecimento no ambiente de trabalho, gerando desse modo, um atraso na *performance* de seu desempenho.

Nesse contexto, empregar mecanismos estratégicos e significativos que sirvam como base inovadora para a introdução e transformação de uma cultura informacional eficiente como a ColInfo, é dispor de uma ferramenta interna de GI. Neste aspecto, Yafushi (2015) corrobora:

[...] a competência em informação está relacionada ao “saber”, como acessar, diagnosticar, usar, recuperar, tratar, reter, descartar, interpretar e gerenciar as informações, não só por meio de bases de

dados disponibilizados na internet, mas também das bases humanas, compartilhando e trocando conhecimento entre os usuários/colaboradores; essa é a técnica atrelada à prática, resultando em tomada de decisões assertivas e mais crítica (YAFUSHI, 2015, p. 205-206).

A ColInfo é uma ferramenta no processo de ensino, estratégia e diferencial competitivo, pois valoriza a informação desde sua percepção até o uso competente, identificando a necessidade do usuário e sua aplicabilidade. Potencializa a GI, auxiliando em todo o processo organizacional por meio da estruturação, consolidação de informações e criação de conhecimento gerador de transformações contínuas e permanentes entre os membros organizacionais.

A ColInfo é um conjunto de competências e habilidades que uma pessoa deve portar para conseguir lidar com todas as ferramentas de informação existentes (BELLUZZO; SANTOS; ALMEIDA JÚNIOR, 2014). Todavia, para que um indivíduo se torne competente em informação deve ser despertado e desenvolvido o querer pelo saber, seja na identificação das necessidades informacionais, no acesso e no uso da informação, no intuito de transformar, socializar e compartilhar novas informações que, por sua vez, resultará em novos conhecimentos.

Dudziak (2003) considera a ColInfo como um processo de profunda internalização dos conceitos e habilidades relativos ao universo informacional. Para a autora, essa internalização deve proporcionar competências para lidar com a informação nos ambientes nos quais os indivíduos se inserem, e que essas competências e habilidades devem se tornar conhecimento por meio do aprendizado ao longo da vida.

A ColInfo é vista como um recurso de aprendizado que capacita o indivíduo a buscar, avaliar, usar e criar a informação de maneira eficiente e que contribua para sua vida pessoal, social e profissional (IFLA, 2005).

No intuito de contribuir para uma noção mais aprofundada sobre o que é a ColInfo e como ela pode ser vista e praticada pela sociedade, o Quadro 9 apresenta algumas concepções desse conceito sobre quadro dimensões sociais da ColInfo: 'Dimensão técnica', 'Dimensão estética', 'Dimensão ética' e 'Dimensão política', de acordo com Vitorino e Piantola (2011).

Quadro 9 – Resumo das dimensões sociais da Colnfo

Dimensão técnica	Dimensão estética	Dimensão ética	Dimensão política
Meio de ação no contexto da informação.	Criatividade sensível.	Uso responsável da informação.	Exercício da cidadania.
Consiste nas habilidades adquiridas para encontrar, avaliar e usar a informação de que precisamos.	Capacidade de compreender, relacionar, ordenar, configurar e ressignificar a informação.	Visa à realização do bem comum.	Participação dos indivíduos nas decisões e nas transformações referentes à vida social.
Ligada à ideia de que o indivíduo competente em informação é aquele capaz de acessar com sucesso e dominar as novas tecnologias.	Experiência interior, individual e única do sujeito ao lidar com os conteúdos de informação e sua maneira de expressá-la e agir sobre ela no âmbito coletivo.	Relaciona-se a questões de apropriação e uso da informação, tais como propriedade intelectual, direitos autorais acesso à informação e preservação da memória do mundo.	Considera que a informação é produzida a partir de (e em) um contexto específico.

Fonte: Vitorino e Piantola (2011, p.109).

O Quadro 9 demonstra de modo evidente como a Colnfo pode ser considerada um processo importante de ser desenvolvido no âmbito da sociedade, principalmente quando o assunto é sobre GI, fica explícito que é muito improvável qualquer organização conseguir implantar uma GI efetiva no seu ambiente de trabalho sem antes trabalhar a Colnfo nos seus funcionários. Além disso, o Quadro 9 também é capaz de motivar qualquer ambiente organizacional no sentido de implantar a Colnfo o quanto antes, porque traz características que são capazes de formar o profissional da Era da Informação e do Conhecimento.

Ademais, de acordo com a ‘Dimensão ética’ e ‘Dimensão política’ pode-se afirmar que o benefício de se desenvolver a Colnfo não está apenas voltado à capacitação para o ambiente organizacional, mas também em formar cidadãos conscientes e seres humanos ativos na construção de um mundo melhor e mais justo.

Com relação às dimensões, a ‘Dimensão técnica’ diz respeito às habilidades e formas que um indivíduo deve se portar para buscar, acessar, avaliar e usar a informação no contexto em que está inserido, de certa maneira, está ligada a praticidade (VITORINO; PIANTOLA, 2011).

A ‘Dimensão estética’ volta-se para a personalidade artística que toda pessoa carrega consigo, é a maneira única e interiorizada que alguém possui ao lidar com a informação, seja em qual ambiente for. É como um aprender natural de produzir,

acessar e utilizar a informação e que no decorrer do tempo contribui para o aprender coletivo e não mais apenas individual (VITORINO; PIANTOLA, 2011).

Entende-se a 'Dimensão ética' como aquela em que o indivíduo competente em informação se torna capaz de lidar com a informação portando-se de princípios que jamais irá prejudicar algo ou alguém, é dotado de um comportamento informacional que busca o bem comum (VITORINO; PIANTOLA, 2011).

A 'Dimensão política' abrange o uso da informação de maneira crítica e consciente, com o intuito de utilizarem a informação para tomadas de decisões coerentes com o desenvolvimento social do País (VITORINO; PIANTOLA, 2011).

As dimensões retratadas aqui trouxeram uma ampla visão sobre a importância da ColInfo na sociedade e nas organizações e agora é importante entender como é possível implantar a ColInfo e analisar, de fato, se a implantação está ocorrendo de modo efetivo. Para isso, o Quadro 10 exhibe padrões básicos e indicadores de ColInfo da autora Belluzzo (2007), elaborados com base em alguns parâmetros e documentos nacionais e internacionais acerca do tema.

Quadro 10 – Padrões básicos e/ou indicadores de competência em informação

Padrão 1 – A pessoa competente em informação determina a natureza e extensão da necessidade de informação
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de desempenho
1.1. Define e reconhece a necessidade de informação.
1.2. Identifica uma variedade de tipos e formatos de fontes de informação potenciais.
1.3. Considera os custos e benefícios da aquisição da informação necessária.
Padrão 2 – A pessoa competente em informação acessa a informação necessária com efetividade
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de desempenho
2.1. Seleciona os métodos mais apropriados de busca e/ou sistemas de recuperação da informação para acessar a informação necessária.
2.2. Constrói e implementa estratégias de busca delineadas com efetividade.
2.3 Busca a informação via eletrônica ou com pessoas utilizando uma variedade de métodos.
2.4 A pessoa competente em informação retrabalha e melhora a estratégia de busca quando necessário.
2.5 A pessoa competente em informação extrai, registra e gerencia a informação e suas fontes.
Padrão 3 – A pessoa competente em informação avalia criticamente a informação e as suas fontes
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de desempenho
3.1. Demonstra conhecimento da maior parte das ideias da informação obtida.
3.2. Articula e aplica critérios de avaliação para a informação e as fontes.
3.3. Compara o novo conhecimento com o conhecimento anterior para determinar o valor agregado, contradições ou outra característica da informação.
Padrão 4 – A pessoa competente em informação, individualmente ou como membro de um grupo, usa a informação com efetividade para alcançar um objetivo/obter um resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de desempenho
4.1. É capaz de sintetizar a informação para desenvolver ou completar um projeto.
4.2. Comunica os resultados do projeto com efetividade.
Padrão 5 – A pessoa competente em informação compreende as questões econômicas, legais e sociais da ambiência do uso da informação e acessa e usa a informação ética e legalmente
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de desempenho
5.1. Demonstra compreensão sobre as questões legais, éticas e socioeconômicas que envolvem a informação e a tecnologia.
5.2. Cumpre as leis, regulamentos, políticas institucionais e normas relacionadas ao acesso e uso às fontes de informação.
5.3. Indica as fontes de informação nas comunicações do produto ou resultados.

Fonte: Adaptado de Belluzzo (2007, p.95-103).

O Quadro 10 proporciona parâmetros extensivos sobre como uma pessoa competente em informação deve se comportar nos mais distintos contextos, tanto profissional, social, acadêmico, econômico, entre outros. Belluzzo (2007) traz inúmeros indicadores que são baseados em padrões reais para quem deseja desenvolver habilidades e competências informacionais. Nas entrelinhas, esses padrões indicadores também podem ser considerados estratégias voltadas ao gerenciamento da informação e construção do conhecimento.

Portanto, ao considerar as dimensões e padrões indicadores da ColInfo, define-se que ColInfo é um conjunto de estratégias informacionais que são desenvolvidas

pelos seres humanos, no intuito de produzir, buscar, acessar, avaliar e utilizar a informação de modo eficaz nos ambientes organizacionais, como também é responsável por desenvolver um sentimento genuíno sobre a informação, tornando o ser humano capaz de compreender a informação como recurso indispensável para viver e atuar como protagonista na sociedade.

Mais que isso, se pôde refletir que a ColInfo é um processo aliado à GI, no sentido de que todas as etapas da GI são dependentes do sucesso da ColInfo, nesse sentido, ambas podem ser consideradas como conjuntos estratégicos irmãos.

Santos e Damian (2017b) acreditam que para o processo de GI ocorrer com eficácia e realmente auxiliar as organizações a lidarem com a informação que é produzida nos ambientes organizacionais, torna-se necessário que a ColInfo seja implantada no perfil profissional de cada indivíduo. Para as autoras, mesmo que existam sistemas e alta tecnologia no ambiente organizacional, sem profissionais competentes em informação não é possível fazer GI.

Como já citado, a ColInfo é uma espécie de qualidade oriunda de pessoas que conseguem utilizar de maneira correta todas as ferramentas de informação existentes na sua atuação local (BELLUZZO; SANTOS; ALMEIDA JÚNIOR, 2014). De certa maneira, com o advento das Tecnologias de informação e de comunicação (TIC), a ColInfo foi sendo considerada um meio eficiente para o aprendizado do uso dessas tecnologias e, especialmente na área da saúde, esse uso está restrito aos sistemas de informação, que por sua vez, oferecem todas as informações necessárias para as tomadas de decisões, desde que os usuários desses sistemas possuam habilidades e competências voltadas aos panoramas informacionais do contexto em que se está inserido.

Acredita-se tanto no poder da ColInfo nas unidades de ABS que se afirma não ser possível adotar práticas eficazes da gestão da informação sem o acompanhamento paralelo da ColInfo. Mediante Cavalcante *et al.* (2012), na área da saúde, o desenvolvimento desse tipo de competência é muito importante, pois, a falta de habilidade e agilidade na busca de uma informação para solução de um problema, por exemplo, pode ser crucial e significar a vida de um ser humano.

Segundo Dudziak (2003), o termo competência em informação foi citado pela primeira vez por um bibliotecário norte-americano chamado Paul Zurkowski, em 1974, em um relatório intitulado *The information service environment relationships and*

priorities. Neste relatório, Paul comparava a informação a um recurso que deveria ser utilizado nas práticas de trabalho, porém, se viabilizadas pelas habilidades e competências na utilização das ferramentas de acesso à informação.

A ColInfo está enraizada no campo da CI, comumente direcionada ao cenário dos profissionais da informação (bibliotecários, arquivistas, museólogos e cientistas da informação), e talvez seja por isso que tantos trabalhos abordam a temática da ColInfo atrelada ao bibliotecário como profissional atuante em ambientes de saúde (CIOL; BERAQUET, 2003; EVANGELISTA *et al.*, 2008; COSTA; PIRES, 2009; MENDONÇA, 2015).

Segundo Ciol e Beraquet (2003), a ColInfo é desenvolvida na área da saúde por intermédio de profissionais especializados na área da informação e/ou também por cursos externos. O bibliotecário é considerado um profissional necessário para o contexto da área da saúde, pois consegue lidar com o grande volume de informação que é produzido e que necessita ser utilizado pelos demais profissionais da saúde (BERAQUET; CIOL, 2010).

De acordo com Liston e Santos (2008), o profissional bibliotecário é especificadamente responsável por promover a aprendizagem dos profissionais da saúde com relação à ColInfo, em atividades como (i) definir as próprias necessidades de informação; (ii) saber como e onde buscar e acessar a informação necessária; (iii) saber analisar se a informação acessada é relevante ou não; (iv) conseguir sintetizá-la para uso; (v) saber utilizar no momento certo e (vi) transformar a informação anteriormente necessária em conhecimento.

Segundo Cavalcante *et al.* (2012), nos Estados Unidos, a ColInfo se desenvolve na área da saúde através da parceria entre as bibliotecas universitárias e os hospitais. No Brasil, Mendonça e Leta (2015) enfatizam que existem poucos hospitais universitários com bibliotecas e bibliotecários em sua estrutura. A partir disso, é possível inferir que se em âmbito de atenção média e alta complexidade a presença de profissionais da informação, especialmente do bibliotecário já é escassa, imagine na atenção básica, que tampouco possui essa referência interna de um profissional da informação que auxilie no desenvolvimento da ColInfo dos demais profissionais da saúde, visto que também é um ambiente repleto de sistemas de informação e tecnologias de informação e comunicação.

A realidade das unidades pertencentes à ABS, como as próprias Unidades de Saúde da Família é bem deficiente em termos de ter acompanhamento de um profissional da informação para o desenvolvimento da ColInfo no ambiente organizacional.

De acordo com a *Medical Library Association* (MLA, 2003), a competência em informação na área da saúde é definida como um conjunto de habilidades necessárias aos profissionais, que se dividem em:

- (i) reconhecer a necessidade de informação em saúde; (ii) identificar fontes de informação apropriadas para a recuperação da informação necessária; (iii) saber utilizar as fontes e base de dados de informações em saúde; e (iv) analisar e verificar a qualidade e aplicabilidade da informação nas tomadas de decisões (MLA, 2003, sem paginação, tradução nossa).

Nesse contexto, April e Beaudoin (2006) falam sobre a necessidade de os profissionais da saúde obter desde a sua formação profissional na universidade aportes da ColInfo que torne esses profissionais aptos em:

- (i) evidenciar problemas e localizar informação que solucione esse problema de uma maneira eficaz; (ii) avaliar a qualidade e fidedignidade das informações acessadas bem como suas fontes e base de dados; (iii) utilizar a informação para a eficácia das atividades do trabalho; (iv) saber desenvolver conhecimentos com base na informação acessada e utilizada; e (v) reconhecer a importância de se desenvolver habilidades e competências com o acesso e uso da informação (APRIL, BEAUDOIN, 2006, p.175-176).

Todavia, é possível afirmar que essa formação antecipada aos profissionais da saúde dificilmente é realizada nas universidades e nas Ciências da Saúde, e, portanto, conscientemente, esta pesquisa atua justamente para sanar essas lacunas possivelmente experimentadas pela ABS, mediante o oferecimento de diretrizes formadoras para o desenvolvimento adequado da gestão da informação baseada em aspectos da competência em informação.

Para Cavalcante *et al.* (2012) e Vincent *et al.* (2014), o estabelecimento de vínculos entre outras áreas do conhecimento e a Ciência da Informação para o efetivo desenvolvimento da competência em informação é extremamente necessário, no sentido de que a CI possa intervir de maneira positiva em qualquer área do conhecimento e/ou tipo de ambiente organizacional.

Em uma pesquisa realizada com o intuito de verificar a competência em informação dos profissionais de uma unidade básica de saúde, mediante a transição

do prontuário físico para o eletrônico, Santos e Damian (2017a) verificaram que, principalmente na ABS, os profissionais não avaliam a veracidade da informação recuperada, possuem dificuldades para se adaptar ao uso dos sistemas de informação, não costumam gerenciar o prontuário físico e que, por esse motivo, a perda de informações é constante, e que consideram a *Google* como a melhor ferramenta para busca de informação.

Em outra pesquisa realizada por Santos e Damian (2017c), em que o objetivo era verificar se existia, em uma determinada Unidade de Saúde da Família, uma cultura informacional voltada à competência em informação, foi constatado que o uso de competências e habilidades em informação para a construção do conhecimento não era devidamente explorado, porque os profissionais da unidade não costumavam sintetizar as informações recuperadas mediante a identificação das suas necessidades de informação, ou seja, a conversão do conhecimento tácito para o explícito não era trabalhado, e isso contribuía diretamente para a falta de otimização do tempo no processo de busca, e assim, a própria equipe de profissionais era prejudicada, uma vez que uma informação necessária para um profissional hoje, pode ser a mesma de outro profissional amanhã.

Esses são alguns dos resultados que demonstram a falta de competências e habilidades em informação dos profissionais da atenção básica, além disso, pode-se afirmar que a falta da GD e da GI colabora com esse cenário de ausências de competências e habilidades em informação por parte dos profissionais, e por isso, considera-se a GI, ColInfo e GD uma tríplice interdependente entre si, e que unidas são capazes de incentivar uma cultura informacional efetiva das unidades pertencentes à ABS.

Pode-se afirmar que o acolhimento de excelência e o melhor atendimento à população somente pode ser viabilizado se os profissionais da saúde forem supridos de competências que os tornem capazes de acessar e utilizar a informação de maneira eficaz (SANTOS; DAMIAN, 2017c).

Dessa maneira, mais do que estar consciente sobre a importância da informação no ambiente organizacional, esses profissionais precisam de habilidades no ato de lidar com a informação, desde o processo de produção até ao processo do uso da informação.

Figura 7– Mapa Conceitual da Seção: Gestão da Informação no Setor Público de Saúde



Fonte: Elaborada pela autora(2018).

5 METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza qualitativa, caracterizada como Descritiva e Exploratória. Possui como universo de pesquisa as Unidades de Saúde da Família voltada à gestão da informação nas práticas de trabalho e nos processos decisórios diários das Unidades.

A pesquisa qualitativa foi escolhida devido ao fato de ter como objeto um fenômeno social. Quanto ao caráter descritivo-exploratório, foi escolhido, por ser um tipo de pesquisa que descreve fatos de uma realidade e objetiva conseguir novas percepções sobre o objeto estudado; além de possibilitar a utilização de diferentes instrumentos para coleta de informações.

A pesquisa se constituiu em três etapas. Para tal, a primeira etapa correspondeu à revisão bibliográfica acerca das temáticas que sustentam a discussão teórica da pesquisa. Pode-se afirmar que essa etapa auxiliou na compreensão do objeto e dos fenômenos investigados na pesquisa, além de ter fornecido assistência para a construção dos instrumentos de coleta de dados.

A segunda etapa se constituiu na elaboração dos instrumentos para coleta de dados, bem como na aplicação dos instrumentos nas Unidades de Saúde da Família selecionadas.

A análise dos dados e a apresentação e discussão dos resultados caracterizaram a terceira etapa da pesquisa.

5.1 Revisão Bibliográfica

Toda pesquisa, seja teórica ou prática, busca realizar um levantamento bibliográfico como forma de embasar e oferecer rumo ao pesquisador que procura atingir os objetivos da pesquisa e responder a sua problemática inicial. De acordo com Gil (2009), a revisão bibliográfica é implementada mediante a busca e a análise de inúmeros materiais bibliográficos que se relacionam com o tema da pesquisa, como artigos científicos e livros, e que vão auxiliar o pesquisador a atingir com eficácia sua proposta inicial.

Nesse estudo, a revisão bibliográfica foi formada por meio da construção de um referencial teórico sobre gestão da informação, competência em informação, gestão documental e tecnologias de informação e comunicação (sistemas de informação em saúde), setor público de saúde, atenção básica de saúde e unidades de saúde da

família, de modo que pudesse dar embasamento a parte prática da pesquisa, bem como auxílio para o desenvolvimento de diretrizes para gestão da informação na atenção básica de saúde.

Dessa maneira, a etapa da revisão bibliográfica teve como objetivo propiciar melhor compreensão sobre como a gestão da informação é um processo necessário de ser aplicado no contexto organizacional público, principalmente na saúde, no qual a informação está presente em abundância e configura-se em um objeto importante para a efetividade das tomadas de decisão. O resultado do referencial teórico (revisão bibliográfica) dessa dissertação encontra-se presente nas Seções 2,3 e 4.

5.2 Pesquisa Descritiva e Pesquisa Exploratória

Neste estudo, a pesquisa descritiva teve o intuito de oferecer equilíbrio entre as partes: pesquisa e pesquisador. Visto que, nesse tipo de pesquisa, a análise e interpretação dos fatos são realizadas sem a interferência do pesquisador (BARROS; LEHFELD, 2007).

Pode-se afirmar que a pesquisa descritiva subsidiou o sucesso da técnica de observação que foi empregada na pesquisa. Pois, para os autores, a finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar o ambiente pesquisado sem nenhum efeito de proximidade pessoal do pesquisador com o objeto de pesquisa.

Optou-se pela pesquisa exploratória, pelo fato de ser um tipo de pesquisa que visa à elucidação e explicação de fenômenos que ainda não foram descobertos e compreendidos (MARCONI; LAKATOS, 2010). No campo da Ciência da Informação, como também no campo da Saúde Pública, concentrar-se em novas descobertas ou perspectivas, pode ser um importante caminho de contribuição do pesquisador para com a sua pesquisa e sociedade em que vive.

Por mais, Cervo, Bervian e Silva (2006) corroboram que a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas que auxiliam no enriquecimento do objeto da pesquisa, como também na formulação de hipóteses e pressupostos.

5.3 Definição e Caracterização do Universo de Pesquisa

A presente pesquisa tem como universo quatro Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes à Região de Marília, interior do Estado de São Paulo: Unidades de Saúde da Família dos municípios de Gália/SP, Cândido Mota/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP. A escolha dessas unidades contou com o auxílio do Departamento Regional

de Saúde (DRS-IX) de Marília, responsável por promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil na área da saúde.

Para eleger essas unidades, o DRS-IX indicou uma plataforma criada pelo Governo Federal que possui a finalidade de subsidiar equipes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde com relatórios diversos que constam informações e indicadores relativos às condições de saúde e dos serviços oferecidos à população. A plataforma atende pelo nome de TABNET (Informações de Saúde) e foi indicado pelo DRS-IX com o intuito de serem gerados relatórios baseados no Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica, a fim de auxiliar a pesquisadora na escolha das Unidades de Saúde da Família da região de Marília/SP, no interior do Estado de São Paulo, que foram trabalhadas.

O objetivo foi escolher duas unidades que apresentassem, no geral, os resultados mais satisfatórios de serviços prestados à população, de acordo com o Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica, como também duas unidades que tivessem os resultados mais insatisfatórios. Esse critério foi baseado no intuito de poder comparar essas organizações de maneira diversificada e com maior riqueza de variáveis, principalmente com o objetivo de, ao final do trabalho, propor diretrizes que abarcassem necessidades diversas das Unidades de Saúde da Família como um todo.

A Unidade de Saúde da Família está agregada ao Programa Estratégico de Saúde da Família, que foi criado pelo Governo Federal com a finalidade de potencializar a atenção primária da saúde pública no Brasil. No geral, são unidades que possuem o objetivo de contribuir para a reorientação da atenção básica, em sintonia com os princípios do SUS, voltando-se para uma nova dinâmica, que tem como foco o eixo da prevenção em saúde e não apenas tratamento (BRASIL, 2012).

Essas unidades possuem uma recomendação única para composição de equipes, que, segundo Brasil (2012), deve ser composta no mínimo, por: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

A seguir, se apresenta, no Quadro 11, os resultados qualitativos dos serviços de saúde das Unidades de Saúde da Família dos municípios de Gália/SP, Cândido

Mota/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP, de acordo com os indicadores de avaliação da Atenção Básica presentes na plataforma TABNET.

Quadro 11 - Qualidade dos serviços das Unidades de Saúde da Família com base no Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica

Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica	Gália/SP	Cândido Mota/SP	Garça/SP	Vera Cruz/SP
Taxa de Mortalidade Infantil.	4,91	29,70	29,85	11,36
Coeficiente de mortalidade por neoplasia do colo do útero.	4,19	6,34	0,00	0,00
Taxa de mortalidade por Doenças Isquêmicas do coração - 30 a 59 anos.	-	-	-	-
Percentual de óbitos por Doenças Isquêmicas do Coração - 30 a 59 anos.	-	-	-	-
Taxa de mortalidade por AVC - 30 a 59 anos.	-	-	-	-
Percentual de óbitos por AVC - 30 a 59 anos.	-	-	-	-
Percentual de nascidos vivos com peso < 2,5 kg.	0,00	0,00	0,00	0,00
Incidência de sífilis congênita.	-	-	-	-
Percentual de população coberta pela saúde suplementar.	-	-	-	-
Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal.	0,00	0,00	0,00	0,00
Razão de exames citopatológicos do colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos.	0,69	0,45	0,46	0,81
Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (Normal e Urgência).	-	-	-	-
Média de consultas básicas em UBS, Centro e Posto de Saúde (Normal/Urgência/Total).	-	-	-	-
Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.	0,46	0,60	0,32	0,34
Somatória dos resultados	7,95	34,89	29,07	10,21

Fonte: TABNET (2016).

A somatória dos resultados foi obtida da seguinte maneira: somou-se os resultados negativos, representados pelos indicadores “Taxa de Mortalidade Infantil”, “Coeficiente de mortalidade por neoplasia do colo do útero”, “Percentual de nascidos vivos com peso < 2,5 kg” e “Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultadas

de pré-natal” e logo depois subtraiu-se o resultado pelos valores dos indicadores positivos “Razão de exames citopatológicos do colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos” e “Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos”.

Os demais indicadores que não foram levados em consideração na somatória foram representados pelo símbolo de um ‘traço’, porque o próprio TABNET não retornou nenhum valor.

Por fim, perante o critério baseado na comparação das unidades, divididas entre as duas que apresentassem os resultados mais satisfatórios e duas que apresentassem os mais insatisfatórios, têm-se que as duas primeiras foram as de Gália/SP e Vera Cruz/SP, e as outras duas últimas as de Cândido Mota/SP e Garça/SP. Todavia, levando-se em consideração a interferência do índice populacional que afeta esses resultados, é possível afirmar que, em uma quantidade de até 10.000 mil habitantes, na qual encontram-se Gália/SP e Vera Cruz/SP e em uma quantidade de mais de 10.000 mil habitantes, na qual estão presentes Cândido Mota/SP e Garça/SP, as duas Unidades de Saúde da Família que apresentaram os melhores índices de serviços de saúde de acordo com os indicadores e com a aproximação quantitativa populacional foram as de Gália/SP e Garça/SP e as outras duas que apresentaram índices inferiores foram as de Vera Cruz/SP e Cândido Mota/SP.

5.4 Sujeitos de Pesquisa

Os sujeitos de pesquisa foram selecionados levando-se em consideração que, devido às circunstâncias dos universos de pesquisa, nem sempre é possível “[...] pesquisar todos os indivíduos do grupo ou da comunidade que se deseja estudar, devido à escassez de recursos ou à premência do tempo [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.147). Nesse caso, se considerou o método da amostragem, que deve ser consideravelmente significativa.

Diante disso, o instrumento para coleta de dados, caracterizado como roteiro de entrevista semiestruturada, foi aplicado aos gestores das unidades e aos profissionais que lidam com os Sistemas de Informação e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) das organizações pesquisadas.

Nesse contexto, foram eleitos os seguintes sujeitos para participar das entrevistas:

- i) Secretário e/ou Diretor Municipal de Saúde;

- ii) Profissional Gestor das Unidades;
- iii) Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e atendentes de saúde.

5.5 Procedimentos de Coleta de Dados

De acordo com Marconi e Lakatos (2013), as pesquisas que empregam procedimentos específicos para a coleta de dados são geralmente exploratórias, que utilizam, por exemplo, um procedimento exclusivo como a análise de conteúdo, para extrair generalizações com a finalidade de produzir categorias conceituais que possam servir para algum estudo futuro.

Dessa maneira, os estudos exploratórios proporcionam incentivos ao método de análise de conteúdo.

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas: 1) entrevista com os gestores das organizações que constituem o universo de pesquisa; 2) entrevista com o secretário e/ou diretor municipal de saúde; 3) entrevista com os funcionários das organizações e; 4) observação das práticas de trabalho, realizada por meio de um roteiro de observação baseado nas perguntas contidas nas entrevistas.

O instrumento para coleta de dados junto aos sujeitos de pesquisa foi desenvolvido em formato de roteiro de entrevista semiestruturada, com base nos modelos e atividades base da gestão da informação presentes na literatura, principalmente no modelo de Choo (2003) e de Valentim (2004), no modelo de gestão documental de Cruz Mundet (2008), e nos padrões indicadores da ColInfo de Belluzzo (2007).

Também foi empregada a técnica da observação sistemática¹, com base em um modelo de observação que foi construído mediante as perguntas contidas nas entrevistas, tanto com os gestores, como com os funcionários.

De acordo com May (2004), a entrevista semiestruturada possibilita, por meio de um roteiro, que o entrevistador estruture questões básicas, relacionadas ao que se deseja pesquisar. Além de propiciar que o objetivo e o foco do entrevistador sejam

¹ “A observação sistemática é frequentemente utilizada em pesquisas que tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. Nas pesquisas deste tipo, o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de observação” (GIL, 1999, p.114).

mantidos, sem impedir que o entrevistado se expresse de maneira livre. Para o autor, a expressão do entrevistador permite novas visões e aprimoramentos para a pesquisa.

Marconi e Lakatos (2013) abordam os pontos positivos da técnica de entrevista, conforme descritas no Quadro 12.

Quadro 12 – Vantagens da Entrevista

Pode ser utilizada com todos os segmentos da população: analfabetos ou alfabetizados.
Fornecer uma amostragem muito melhor da população geral: o entrevistado não precisa saber ler ou escrever.
Há maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente; especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido.
Oferece maior oportunidade para avaliar as atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz: registro de reações, gestos e etc.
Dá oportunidade para a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos.
Há possibilidade de conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias.
Permite que os dados sejam quantificados e submetidos a tratamento estatístico.

Fonte: Adaptado de Marconi e Lakatos (2013, p.83).

Quanto ao roteiro de observação, Marconi e Lakatos (1999, p.90) afirmam ser uma técnica que “[...] utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Consiste em ver, ouvir e examinar fatos ou fenômenos”.

Dessa maneira, a entrevista e a observação se relacionam, visto que são técnicas interativas, em que a entrevista conduz o pesquisador para a observação, que por sua vez, pode sugerir os aprofundamentos necessários para as entrevistas (TJORA, 2006).

5.6 Roteiros de Entrevista

A pesquisa utilizou a técnica da entrevista como um dos instrumentos para coleta de dados. Escolheu-se desenvolver dois roteiros de entrevista do tipo semiestruturada, um denominado como ‘Roteiro de Entrevista F’, destinado a ser aplicado aos funcionários das Unidades de Saúde pesquisadas e o outro denominado como ‘Roteiro de Entrevista G’, voltado aos gestores dessas unidades e aos secretários/diretores municipais de saúde. A entrevista semiestruturada valoriza novas ideias (questões) que possam surgir durante uma entrevista de acordo com as respostas das questões pré-estabelecidas (TRIVIÑOS, 1987). Segundo o autor, esse tipo de entrevista “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas

também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p.152). Em complemento, Barros e Lehfeld (2004) afirmam que essa técnica possibilita que outros questionamentos sejam realizados, mesmo que não estivessem presentes no roteiro anteriormente estruturado com as questões.

Cabe enfatizar que o Roteiro de Entrevista F (Apêndice A) foi construído levando-se em consideração três aspectos que possivelmente afetam a gestão da informação em Unidades de Saúde, que são: ‘Gestão do Fluxo de Informação Explícita’, ‘Tecnologias de Informação e Comunicação’ (Sistemas de Informação em Saúde) e ‘Gestão Documental’. Esse roteiro conta com 40 questões que se basearam nos modelos de GI, principalmente no modelo de Choo (2003), nas atividades base da gestão da informação de Valentim (2004) e no modelo de gestão documental de Cruz Mundet (2008).

Os objetivos desse roteiro de entrevista foram: (i) verificar a existência de práticas voltadas às etapas do processo de gestão da informação, no quesito de objeto explícito; (ii) verificar como os funcionários lidam com as TIC e com a gestão e uso dos Sistemas de Informação em Saúde, inclusive com o prontuário eletrônico e (iii) analisar como se dá as práticas de gestão documental nos prontuários físicos e outros documentos pertencentes à USF.

O Roteiro de Entrevista G (Apêndice B) foi construído com base em McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Davenport (2002), Choo (2003), Valentim (2004), Cruz Mundet (2008) e nos padrões de competência em informação de Belluzzo (2007), porém com um perfil mais avaliativo sobre o conhecimento dos gestores e diretores municipais de saúde acerca dos processos de gestão da informação. Este roteiro de entrevista possui 25 questões e teve o objetivo de avaliar sucintamente se os gestores e diretores de saúde possuem competência em informação e reconhecem a importância e os processos de gestão da informação, pois, acredita-se que são esses profissionais os principais responsáveis por aplicar, intensificar e melhorar as práticas de gestão da informação nas USF, além de implantar etapas que trabalham a competência em informação nos funcionários.

5.6.1 Roteiro de Observação

Como outro instrumento para coleta de dados, a pesquisa também contou com um Roteiro de Observação (Apêndice C) baseado nas questões do Roteiro de Entrevista F. Essa técnica foi utilizada após a aplicação das entrevistas, com o objetivo

de comparar se as respostas dadas pelos entrevistados condiziam com a realidade observada. Portanto, os parâmetros e o *checklist* desse roteiro também foram baseados nos aspectos de gestão do fluxo de informação explícita, tecnologias de informação e comunicação (Sistemas de Informação em Saúde) e de gestão documental.

Cabe enfatizar que a pesquisadora observou as práticas realizadas por todas as áreas e funcionários das quatro Unidades envolvidas nessa pesquisa, a fim de verificar a veracidade das respostas anteriormente coletadas de cada funcionário.

De acordo com Bechker (1972), a observação pode ser considerada uma técnica que visa estudar fenômenos complexos, principalmente quando se realiza pesquisas descritivas e exploratórias. Ademais, para Tjora (2004), as técnicas de entrevista e de observação são totalmente complementares, porque a primeira auxilia na construção da segunda, e a segunda pode ser importante para propor reparos e aprofundamentos necessários para a primeira.

5.7 Procedimentos de Análise de Dados

A partir das informações obtidas com a aplicação da técnica de entrevista e de observação, foi realizada a análise dessas respostas, utilizando-se o método de 'Análise de Conteúdo' de Bardin (2011), que consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p.44).

Além disso, dentro desse método de análise, escolheu-se realizar a análise dos dados coletados, mediante a aplicação da técnica 'Análise Categórica', com as categorias estabelecidas *a posteriori*. Visto que, para a autora, a técnica de análise categórica “[...] funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos” (BARDIN, 2011, p.199).

Dessa maneira, categorias determinadas *a posteriori* proporcionam ao pesquisador maior liberdade, aprofundamento e aproveitamento dos dados e informações que foram coletados.

Cabe ressaltar que as categorias foram elaboradas com base nos dados e informações coletados e na revisão bibliográfica da pesquisa, voltada à gestão da informação e demais conceitos relacionados.

5.7.1 Análise de Conteúdo

Segundo Bardin (1977), a Análise de Conteúdo (AC) é considerada um método de organização e análise de dados que possui essencialmente características qualitativas, ou seja, seu foco é compreender as percepções de um sujeito sobre determinado fenômeno ou objetivo pesquisados. Todavia, a autora enfatiza que esse método também conta com uma perspectiva quantitativa, com visões matemáticas sobre as análises. Portanto, é um método com certo grau de complexidade, mas também de potencialidade, pois, por possuir esses dois vieses (qualitativo e quantitativo), acaba suprimindo as expectativas e necessidades de muitas áreas.

Para elucidar essa ideia, Bardin (2011) esclarece que a AC é constituída por um aglomerado de técnicas que buscam descrever e interpretar o conteúdo advindo de um processo comunicacional, seja verbal ou não verbal. E para realizar essa interpretação, o método possui alguns procedimentos sistemáticos que induzem a criação de indicadores (quantitativos ou qualitativos) que propicia a realização de inferências que resultará em conhecimento através dos dados coletados.

Segundo Oliveira (2008, p.570), a AC proporciona:

[...] **o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não**, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; **análise das representações sociais sobre determinado objeto**; inconsciente coletivo em determinado tema; **repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional**; **análise da comunicação cotidiana seja ela verbal ou escrita**, entre outros (OLIVEIRA, 2008, p.570, grifo nosso).

Com esse conceito de Oliveira (2008), é possível inferir que a AC, enquanto método de análise de dados, pode se relacionar diretamente com o roteiro de observação, enquanto uma técnica de coleta de dados, justamente porque busca adquirir conteúdos explícitos ou tácitos, além de possivelmente ser apta a registrar detalhes de um ambiente que dificilmente apenas a entrevista ou o questionário seriam capazes de conseguir captar.

Todavia, mesmo sendo um método relevante, a AC possui algumas limitações, sendo a principal delas o fato de que possui como característica a subjetividade do

sujeito que está analisando, que de certa maneira está dotado de alguns pré-conceitos naturais do ser humano e isso pode refletir no resultado final da pesquisa. Outra limitação é que se configura em um método que exige uma carga enorme de criatividade e profundidade por parte do pesquisador, que deve ser competente e ter consciência de que sua análise necessita buscar saberes e concepções que estão por trás e nas entrelinhas do material coletado (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Em contrapartida, segundo Minayo (2007), a AC constitui em um dos métodos de análise mais utilizados pelas Ciências Sociais Aplicadas, porque tem o poder de destacar processos sociais de diferentes tipos de organizações. Além do mais, por meio desse método, é possível criar novas abordagens e conceitos oriundos das categorias criadas diante de um material que foi coletado anteriormente.

Essa pesquisa contou com a análise categorial, e, portanto, mesmo com a possibilidade de criar categorias '*a priori*', ou seja, antes de ir coletar dados, existe também a possibilidade de criar categorias para inferências '*a posteriori*', depois de ter em mãos todo material coletado.

De acordo com Bardin (2011), ambas as maneiras possuem seus pontos positivos e negativos. Definir as categorias '*a priori*' é interessante, pois o pesquisador vai para a fase da coleta de dados destinado ao que ele necessita analisar, no entanto, ao chegar ao local de análise ele pode desvendar muitas outras coisas que não estavam definidas nas categorias anteriormente criadas. Enquanto isso, segundo a autora, definir as categorias '*a posteriori*' pode ser uma estratégia interessante, pois há a possibilidade de ter mais subsídios para definir as categorias, por meio do material anteriormente coletado, no entanto, também se corre o risco de não conseguir coletar todos os dados necessários, pois tal coleta não estará sendo direcionada por nenhuma categoria.

Entretanto, nessa pesquisa, optou-se por escolher a análise categorial '*a posteriori*' porque o roteiro de entrevista semiestruturada já fará o papel de norteador da pesquisadora, e as categorias poderão ser melhores estruturadas a partir da etapa da pré-análise dos dados coletados.

Por fim, para objetivar como esse método de análise é utilizado na prática, torna-se relevante expor suas etapas de execução, que se dividem em (i) pré-análise; (ii) exploração do material; e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), a etapa da pré-análise corresponde ao ato de mergulhar nos dados coletados, depois de tê-los organizados e sintetizados a fim de criar hipóteses e objetivos para elaboração futura de indicadores que serão fundamentais para a etapa de interpretação final. Pode-se afirmar que essa etapa é o momento de reconhecer o corpo do resultado da pesquisa ganhando forma e para isso é necessário que o pesquisador cuide desse corpo e esteja atento a cada detalhe. A etapa (ii) é a continuação natural da etapa (i), e corresponde ao momento em que as categorias, que são como fatores críticos e/ou representativos do material que se têm coletado, são criadas, pois, são essas categorias que servirão de apoio à etapa (iii) sobre tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essa última etapa também depende dos aspectos da etapa anterior, porque necessita das categorias, como um processo de agrupamento e classificações dos elementos da coleta de dados, para poder gerar inferências, que podem ser vistas como subcategorias, porém com um grau muito mais objetivo para se extrair conclusões mais aprofundadas e reais dos dados. Bardin (1977) acredita que as inferências, construídas após as categorias, baseada em uma exploração mais aprofundada dos dados, são os recursos mais importantes da AC e afirma que:

A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não), e que então, “[...] o interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados [...]” (BARDIN, 1977, p.38).

Dessa maneira, compreende-se que a AC é um método eficaz para interpretação de conteúdos explícitos ou não explícitos, para construir conhecimento e criar possibilidades de novos panoramas sociais que muitas vezes se tornam invisíveis, justamente pela desvalorização do olhar subjetivo. Reitera-se que o olhar subjetivo significa somar inferências e, portanto, construir muito mais conhecimento, em meio de análises simbólicas e concomitantemente sólidas que a análise de conteúdo proporciona.

6 ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a coleta de dados foram utilizados dois tipos de instrumentos: o roteiro de entrevista e o roteiro de observação (Apêndices A, B e C), sendo o primeiro desmembrado em dois tipos com distintos objetivos:

(i) um roteiro de entrevista voltado ao (s) gestor (es) /diretor (es) das unidades pesquisadas com o intuito de investigar se esses profissionais possuíam competência em informação, se reconheciam a importância e os processos da gestão da informação e, principalmente, como se dava esses processos nas respectivas unidades que atuam, e

(ii) um roteiro de entrevista direcionado aos funcionários com o objetivo de verificar a existência de práticas voltadas às etapas do processo de gestão da informação, no que tange à informação explícita; verificar como os funcionários lidavam com as TIC e com a gestão e uso dos Sistemas de Informação em Saúde, inclusive com o prontuário eletrônico e analisar como se dava as práticas de gestão documental nos prontuários físicos e outros documentos pertencentes à USF.

O roteiro de observação, segundo tipo de instrumento para coleta de dados, foi aplicado após a realização das entrevistas com o intuito de inferir e comparar se as respostas coletadas com os entrevistados estavam de acordo com a realidade observada.

Cabe enfatizar que todos esses instrumentos foram aplicados em quatro Unidades de Saúde da Família pertencentes à Região de Marília, interior do Estado de São Paulo, dos respectivos municípios de Gália/SP, Cândido Mota/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP. A partir dessa seção, para transcrição da análise, essas unidades serão representadas da seguinte maneira: USF de Gália/SP: **USF A**; USF de Cândido Mota/SP: **USF B**; USF Garça/SP: **USF X**; USF Vera Cruz/SP: **USF Y**.

A coleta de dados, como um todo, visou identificar e investigar abordagens relacionadas à GI nas USF em questão, divididas em: (i) como se estabelecem os aspectos relativos à Gestão do Fluxo de Informação Explícita; (i) como se estabelecem os aspectos relativos às Tecnologias de Informação e Comunicação (Sistemas de Informação em Saúde); (iii) como se estabelecem os aspectos relativos à Gestão Documental; e (iv) de que forma a competência em informação é contextualizada pelos gestores, responsáveis e/ou diretores de saúde.

Foram criadas 8 categorias e suas respectivas inferências voltadas à análise dos dados coletados por meio das entrevistas do tipo “G”, conforme demonstrado no Quadro 13 e 8 categorias e suas inferências destinadas a análise dos dados coletados por meio das entrevistas do tipo “F”, demonstradas no Quadro 15, totalizando em 16 categorias para análise dos dados coletados por meio das entrevistas.

As análises levaram em consideração as formas com que os gestores e funcionários lidavam com a GI, baseando-se nos modelos de Choo (2003), Cruz Mundet (2008) e principalmente nas atividades base da gestão da informação de Valentim (2004). Também foram considerados os aspectos relacionados à competência em informação dos gestores, por meio dos padrões de competência em informação de Belluzzo (2007).

Todos esses critérios foram utilizados como aportes para a construção das inferências de cada categoria, além dos tópicos de comunicação, que são representados pelos fatores: emissor, receptor e mensagem que, segundo Bardin (2011), auxiliam diretamente na construção das inferências, já que o emissor é representado pelos entrevistados, que é quem produz a mensagem; o receptor é o próprio pesquisador, vulgo o método escolhido por ele para análise, visto que é quem recebe a mensagem e avalia suas intenções e sobre o que se destina; e a mensagem, que é o próprio material da análise, em que se estudam as características do conteúdo e seus significados.

Todas essas etapas de análise citadas estão expostas e detalhadas nas próximas seções, que apresentam os resultados finais e as diretrizes para gestão da informação na ABS.

6.1 Apresentação das Categorias e Análise dos Dados Coletados com o Roteiro de Entrevista G

As categorias e inferências para análise dos dados coletados por meio das Entrevistas do tipo “G” (Apêndice B), destinadas aos gestores das USF A, B, X, Y e diretores/responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dos municípios, foram definidas *a posteriori* e elaboradas com base nos dados coletados por meio das entrevistas, nos modelos de McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Davenport (2002) e Choo (2003), nas atividades base da gestão da informação de Valentim (2004), no modelo de gestão documental de Cruz Mundet (2008) e nos

aspectos relacionados à competência em informação, mediante os padrões de competência de informação de Belluzzo (2007). Nesse caso, foram analisadas as 8 (oito) categorias demonstradas no Quadro 13:

Quadro 13 – Categorias e Inferências para Análise dos Dados (Roteiro de Entrevista G)

1ª Categoria
‘Identificação das informações em saúde necessárias’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre gestão da informação na USF; - Mapeamento da informação necessária.
2ª Categoria
‘Compartilhamento da informação em saúde’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - O que se considera acerca da comunicação existente na USF; - Incentivo da comunicação na USF.
3ª Categoria
‘Tecnologias de Informação e Comunicação (Sistemas de Informação em Saúde)’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre a funcionalidade dos Sistemas de Informação em Saúde; - Tratamento, Organização, Análise, Armazenamento da informação por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação.
4ª Categoria
‘Processos de Gerenciamento da informação em saúde’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Utilização dos Sistemas de Informação em Saúde; - Reconhecimento e realização dos processos de Prospecção, Monitoramento, Coleta, Seleção, Análise e Armazenamento da informação.
5ª Categoria
‘Produção de Serviços de informação em saúde’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre os Serviços de informação em saúde; - Normas para Elaboração dos Serviços de informação.
6ª Categoria
‘Sistematização da informação em saúde’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - O que se considera acerca da Sistematização da informação na USF; - Estabelecimento de normas para Sistematização da informação na USF.
7ª Categoria
‘Capacitação e Educação Continuada para o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Distinções sobre o Prontuário Físico e o Prontuário Eletrônico do Paciente; - Disponibilização de Capacitação atualizada quanto ao uso e gestão dos Sistemas de informação em saúde.
8ª Categoria
‘Gestão Documental e o Prontuário Físico do Paciente’
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre Gestão Documental na USF;

- Classificação, Organização, Eliminação e Preservação do Prontuário Físico do Paciente.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com relação à categoria **'Identificação das Informações necessárias em Saúde'**, se identificou que não existia um entendimento padrão sobre que é gestão da informação e suas implicações no ambiente das unidades. A maioria dos gestores considerava a implantação do prontuário eletrônico, bem como a produção e transmissão das informações nesse prontuário, uma maneira de realizar a gestão da informação. Em destaque, a gestora da SMS da USF B considerava o processo de gestão da informação um aglomerado de ações que envolve a produção das informações sobre o atendimento do paciente e a recuperação de relatórios que oferecem um norte de como a unidade deve funcionar e, ao mesmo tempo, um panorama geral do fluxo de informação e sua qualidade, e, para Ponjuán Dante (2007), uma GI eficiente depende da identificação dos fluxos informacionais, assim como da identificação dos tipos de informações necessárias que perpassam por esses fluxos. A resposta da gestora da unidade, representada pela enfermeira, estava em consonância com a da gestora da SMS, visto que considerava a coleta e utilização das informações produzidas uma maneira de avaliar a quantidade de procedimentos realizados, comparar com a qualidade que esses procedimentos eram desenvolvidos e que todo esse processo se configura em gestão da informação.

De forma geral, se pode afirmar que os gestores entendiam a GI como um processo de produção e recuperação de informações para traçar estratégias e tomar decisões. Além disso, as respostas dos gestores representados pelo (a) s diretores (a) s/responsáveis da SMS e dos gestores das USF representados pelo (a) s enfermeiros (a) s estavam em concordância em relação ao entendimento sobre o processo de GI nas unidades, o que demonstra sinergia entre eles nesse aspecto. Todavia, a compreensão geral de que a GI estava totalmente atrelada aos sistemas de informação e ao prontuário eletrônico, como explicitaram os gestores, não se aplicava na prática de que as informações eram recuperadas para tomadas de decisões ou planejamento de estratégias para qualificação dos serviços, já que o mapeamento e o acesso às informações que se taxavam como necessárias era geralmente realizado no prontuário físico e demais documentos em papel, o que não exclui a lógica de que as informações produzidas em documentos físicos também servem para apoio nesses quesitos de execução de atividades, no entanto, o que surpreende é que o prontuário

físico do paciente é uma ferramenta que não foi citada, porém muito utilizada ainda para tais atividades.

A explicação para isso foi identificada e está relacionada a muitas variáveis, como ao período de adaptação ao uso do prontuário eletrônico do paciente (PEP), a falta de capacitação no uso desse prontuário e por isso, a dificuldade de lançar e recuperar informações, questões estruturais como a falta de computadores e equipe de profissionais reduzida e a falta de reconhecimento sobre o valor da informação e da sua gestão. Todavia, os gestores conseguiram identificar quais informações necessitavam no dia a dia, porém possuíam dificuldades em acessá-las bem como prepará-las, mesmo porque, entendiam a gestão da informação muito mais como um processo de produção das informações relativas aos atendimentos que deviam ser transmitidas ao Ministério da Saúde (MS), do que como um processo que auxilia no desenvolvimento de estratégias internas e no acesso efetivo das informações necessárias. Com isso, os gestores possuíam habilidades e competências em determinar as informações necessárias para suas funções, todavia não acessavam essas informações com eficácia.

Todo ambiente organizacional pautado pelo exercício do compartilhamento da informação possui um nível abrangente de socialização entre os funcionários que se dá pela comunicação. De acordo com a categoria '**Compartilhamento da Informação em Saúde**', se notou que os gestores entendiam a importância do processo de comunicação em uma USF, uma vez que esse processo representava uma maneira de articular várias ideias para sanar determinadas lacunas. Para o ambiente de uma USF, a comunicação entre a equipe e a opinião de cada um são relevantes para o planejamento de ações que envolvem a todos.

No entanto, se percebeu que os gestores possuíam dificuldades em desenvolver práticas para o incentivo do compartilhamento de informações entre os funcionários e as divergências das respostas entre os gestores da SMS e gestores da Unidade de cada USF ficaram evidentes. A título de exemplo, a gestora da SMS da USF X afirmou que incentivava o compartilhamento da informação mediante o uso frequente de sistemas de informações entre os funcionários; no entanto, a gestora da unidade da USF X declarou que o compartilhamento era incentivado pelas reuniões de equipe que aconteciam toda semana, em que todos trabalhavam em conjunto para

a solução de um problema ou para o atingimento de uma meta estabelecida na semana, e que incentivava a comunicação informal no ambiente de trabalho.

Se acredita que a diferença nas respostas demonstra que o que a gestora da SMS estava aplicando como incentivo não estava chegando efetivamente a gestora da unidade. Ademais, esses equívocos nas respostas foram identificados em todas as unidades pesquisadas. Alguns gestores afirmaram possuir dificuldades em estruturar práticas para o incentivo ao compartilhamento de informações e, de maneira geral, destacaram as reuniões de equipe (tarefa imposta pelo MS e obrigatória no Programa de Saúde da Família (PSF)) como o maior momento de compartilhamento e socialização de informações.

Com maior ou menor frequência, toda USF fazia uso de Tecnologias de Informação e Comunicação, como os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), implantados pelo MS ou pelos próprios gestores das unidades. É fato que se torna interessante analisar como acontece o uso desses sistemas no âmbito da gestão da informação pelos gestores da USF, no entanto, deve-se considerar que mesmo que as tecnologias de informação e comunicação auxiliem no processo da gestão da informação, seu uso em demasia pode provocar barreiras comunicacionais e informacionais como afirmam McGee e Prusak (1994). Dessa maneira, no que diz respeito a categoria '**Tecnologias de Informação e Comunicação (Sistemas de Informação em Saúde)**', se percebeu que os gestores de duas USF entendiam as TIC e os SIS como ferramentas que possibilitavam a produção e envio das informações sobre os atendimentos ao MS; os gestores da USF B estiveram em concordância em suas respostas e consideravam os SIS como ferramentas tecnológicas que otimizam e organizam as informações, o que possibilitava o planejamento de ações com mais precisão e qualidade. Um fator curioso de divergência entre as respostas dos gestores foi que a gestora da SMS da USF X assimilava os SIS como ferramentas que subsidiavam a prestação de cuidado, por meio das informações que estavam depositadas nesses sistemas, enquanto que a gestora da unidade declarou que esses sistemas convinham essencialmente para produção e lançamento de informações ao MS. Divergência semelhante aconteceu entre os gestores da USF Y.

Quanto a funcionalidade desses SIS no quesito de tratamento, organização, análise e armazenamento da informação, praticamente todos os gestores citaram o

PEP e demais sistemas padrão de todas USF, como SISPRENATAL, SISCAN, SIPNI, como responsáveis pelos processos de gerenciamento da informação. No entanto, a maioria desses gestores caiu em contradição, pois, como já constatado, julgavam a gestão da informação como a produção de informações a serem enviadas como obrigatoriedade ao MS, e em nenhum momento citaram ou demonstraram possuir conhecimento sobre esses processos e como, de fato, manusear os sistemas de informação para esses fins. Apenas a gestora da SMS da USF X revelou que os sistemas de informação e as tecnologias pertencentes a unidade não possuíam funcionalidades ou que não eram utilizadas para tratar, organizar, analisar e armazenar as informações em saúde com a devida qualidade.

Como processos representados pelas atividades base da gestão da informação de Valentim (2004), se buscou analisar o entendimento dos gestores em relação aos processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, análise e armazenamento da informação e se os SIS eram, de certa forma, utilizados para essa finalidade. Logo, mediante a categoria '**Processos de Gerenciamento da Informação em Saúde**', se identificou, em generalidade, que os gestores desconheciam a funcionalidade desses processos e tampouco os relacionavam com os sistemas de informação. Mesmo tendo desconhecimento desses processos, as gestoras da USF A e USF X explanaram que esses processos eram realizados pelos funcionários de maneira inconsciente, já que acreditavam que os processos estavam intrinsicamente inseridos nos Sistemas de Informação em Saúde, principalmente no prontuário eletrônico. Logo, se entende que os funcionários dificilmente conseguiam gerar esses processos, uma vez que os próprios não possuíam propriedade em sistematizá-los e propor a execução pelas unidades, o que consequentemente confirma que raramente as informações eram utilizadas com efetividade no alcance de um objetivo, tanto pelos gestores como pelos funcionários.

O desenvolvimento de produtos e serviços de informação são atividades presentes em alguns modelos de GI, como pôde ser visto nos modelos de Choo (2003) e Valentim (2004). No que tange às USF, se considerou relevante analisar o grau de compreensão dos gestores pelo conceito de serviços de informação e se esses estipulavam normas para elaboração desses serviços. Assim, com relação a categoria '**Produção de Serviços de Informação em Saúde**', se constatou que grande parte dos gestores não conseguiam expressar uma definição sobre o conceito de serviços

de informação em saúde e por isso, expressaram as atividades realizadas que acreditavam estar dentro desse conceito. Então, citaram como esse tipo de serviço o oferecimento de campanhas de vacina, as visitas de agentes comunitários de saúde às casas, a disposição de cartazes informativos sobre doenças e tratamentos nas unidades, ligações para avisos sobre datas e horários de consultas e exames agendados, apresentação do cronograma de atendimento das unidades, busca ativa de gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos e etc., como também a comunicação de campanhas para prevenção de doenças por meio da imunização.

Como exceção as demais unidades, as gestoras da USF X conseguiram expressar uma definição, em concordância, do que entendiam por serviços de informações. Para elas, serviços de informação em saúde são orientações relativas ao cuidado representado pelo contexto de relacionamento comunicativo que se estabelece com os pacientes por meio de ferramentas audiovisuais, pessoais e tecnológicas. Contudo, se tornou evidente que os gestores não estabeleciam normas gerenciais para elaboração dos serviços de informação, consequência do entendimento micro sobre eles e a falta de padronização e sistematização com o intuito de promover uma cultura eficiente de desenvolvimento desses serviços. Logo, se compreende que os gestores não estavam conscientes da relevância dos serviços de informação como parte de um processo eficaz de GI.

A fixação de normas e padrões de sistematização das informações é uma das atividades base envolvidas no processo de GI que Valentim (2004) elaborou. À vista disso, no que diz respeito a categoria '**Sistematização da Informação em Saúde**', se notou que as normas para sistematização das informações eram desenvolvidas apenas para algumas poucas tarefas dentro das unidades, como a maneira com que os comunicados internos (ofícios e memorandos) e os relatórios sobre dispensação de medicamentos deviam ser produzidos. Se percebe que padrões para sistematização das informações não eram envolvidos em todas as tarefas pertinentes às informações, visto que todos os gestores declararam que o PEP e demais SIS já disponibilizavam fichas com níveis satisfatórios de sistematização. Todavia, ao considerar a variação cultural que cada ambiente organizacional apresenta, se estipula que cada USF deveria portar padrões específicos de sistematização da informação que estivessem de acordo com suas reais necessidades informacionais e características estruturais, em razão de que a falta de sistematização das informações

recuperadas a partir da identificação das necessidades informacionais contribui diretamente para a falta de otimização do tempo no processo de busca da informação, como afirmam Santos e Damian (2017c).

Como a GI trabalha essencialmente com os fluxos formais, em que o conhecimento explícito se encontra presente (VALENTIM, 2004), se estipulou importante aprofundar sobre a relação que os gestores estabeleciam entre o PEP e o prontuário físico do paciente, por isso, primeiro se analisou o grau de competência em oferecer capacitação ao uso do PEP, posto que, na área da saúde, a falta de habilidade e agilidade na busca de uma informação para solução de um problema exige êxito no processo da ColInfo e pode até comprometer a vida de um paciente, como explica Cavalcante *et al.* (2012), e depois descobrir se a GD é aplicada ao prontuário físico, já que os gestores explanaram que o uso deste último ainda é frequente. Portanto, por meio da categoria de análise '**Capacitação e Educação Continuada para o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente**', se pôde compreender que a maioria dos gestores oferecia capacitação e educação continuada para o uso do PEP, mediante terceiros, como empresas responsáveis pelo desenvolvimento dos sistemas e por meio do oferecimento de tutoriais ofertados pelo MS. Além do mais, os gestores declararam que estavam abertos a qualquer dúvida relacionada aos sistemas, principalmente ao PEP. Houveram divergências nas respostas das gestoras da USF B, visto que a gestora da SMS declarou que quanto ao uso do PEP, foi oferecido um treinamento inicial e que sempre que surgia alguma atualização no sistema, o treinamento e a capacitação eram repassados. Todavia, a gestora da unidade dessa USF afirmou que sentia dificuldades no uso do PEP, justamente porque não havia capacitação contínua para o uso e que o sistema ainda era muito falho, uma vez que não havia estrutura funcional e tecnológica na unidade. Com base nesses problemas, se constatou que o uso do prontuário físico ainda era muito presente, mesmo nas unidades que declararam receber capacitações e treinamentos efetivos para o uso do PEP.

Para grande parte dos gestores das unidades, o prontuário físico do paciente era utilizado por precaução caso existisse algum empecilho no uso do PEP, causado por problemas técnicos, *internet* e energia elétrica. Se observou que, de uma maneira geral, os gestores não consideravam o prontuário físico como um objeto de informação ou ferramenta para traçar estratégias porque o consideravam

desorganizado. Por assim, mediante essas respostas, a falta de padrões para sistematização das informações se configura ainda mais evidente e concomitantemente demonstra como seria importante atrelar a organização e a sistematização das informações produzidas no prontuário físico, a fim de obter um nível uniforme de gerenciamento da informação em vários contextos de sistemas, independentemente de físico ou eletrônico; visto que o que mais importa é a qualidade da informação e o modo e finalidade que essa será recuperada.

Segundo Ponjuán Dante (2007), a GI está atrelada a GD e como o conhecimento explícito se encontra presente também nos prontuários físicos, que ainda eram utilizados pelos funcionários, segundo a afirmação dos gestores das unidades, se infere a relevância em saber o que os gestores entendiam por gestão documental e compreender de que maneira esses gestores lidavam com os processos de classificação, organização e eliminação dos prontuários físicos do paciente e demais documentos. Isto posto, de acordo com a categoria '**Gestão Documental e o Prontuário Físico do Paciente**', se identificou que os gestores não conseguiam expressar com clareza o que percebiam por gestão documental, principalmente voltado ao contexto da própria unidade. As gestoras da USF B não souberam responder, o que esclarece porque os processos de classificação, organização e eliminação não eram realizados. As demais respostas dos gestores das outras unidades demonstraram um consenso em considerar que gestão documental na USF significa organizar o 'arquivo morto' em ordem alfabética, desenvolver o registro de ata das reuniões, organizar protocolos de encaminhamento dos pacientes a demais especialidades, produzir informação e registrá-la com efetividade, a fim de recuperá-la em futuras necessidades.

Entretanto, mesmo entre os gestores que explanaram seu entendimento acerca de gestão documental, se pode afirmar que as USFs não realizavam GD por não existir respaldo e orientação para tal. As gestoras da USF A afirmaram que faziam GD, pois os registros das informações no prontuário eram organizados. Também cabe enfatizar que houveram outras contradições entre os gestores da USF X e da USF Y, porque a gestora da SMS da primeira unidade declarou que os funcionários produziam, guardavam, acessavam e avaliavam informações a todo o momento, o que para ela já se configura GD. Todavia, a gestora da unidade afirmou que os funcionários não estavam preparados para realizar tais atividades. O gestor da SMS

da segunda unidade citada explanou que não haviam práticas de GD na unidade, enquanto que a gestora dessa confessou que o levantamento da produção, impressão de documentos e armazenamento das informações nos prontuários físicos eram realizados e que essas atividades eram consideradas maneiras de fazer GD.

Com isso, se tornou explícito a confusão que os gestores possuíam sobre o que venha ser gestão documental. Com relação aos processos de classificação e organização dos prontuários e demais documentos, os gestores não costumavam avaliar se estavam sendo realizados nas unidades e, de modo geral, esses documentos eram organizados por ordem alfabética, e os prontuários por área, micro área, endereço, família e ordem alfabética. Como diferencial, a gestora da SMS da USF X declarou que todo mês era realizado uma auditoria interna com o intuito de avaliar como os funcionários classificavam e organizavam a informação no prontuário físico; no entanto, como a gestora da unidade da USF X alertou que a GD não era realizada por falta de respaldo, se entende que há uma falha nesse processo de auditoria.

Quanto ao processo de eliminação do prontuário físico do paciente, todos os gestores demonstraram não compreender as leis e as regras para o descarte correto desses documentos, com exceção a USF X, em que a gestora da SMS explanou que não conhecia com precisão tais regras, mas que o município dispunha de um profissional da área de Arquivologia que realizava tais orientações para eliminação dos documentos. Porém, pela fala da gestora da unidade dessa mesma USF, pouco se estabelece um relacionamento com esse profissional da Arquivologia, e as mesmas constatações foram mapeadas com relação ao processo de preservação dos prontuários e demais documentos inseridos nas unidades. Esses resultados são poucos estimulantes quanto a comparação da efetividade da gestão da informação nas unidades, visto que, para Ponjuán Dante (2007), uma GI eficiente se sustenta por uma GD bem aplicada.

Com base na análise dos dados coletados com os gestores das USF A, B, X e Y, realizada a partir das categorias e inferências estabelecidas mediante o uso da técnica de análise de conteúdo, foi possível criar um diagnóstico pertinente aos processos da GI com o intuito de demonstrar se os gestores utilizavam e aplicavam a GI nas práticas de trabalho das unidades, constituído no Quadro 14. Além disso, se

considera esse diagnóstico interessante para a produção das diretrizes para GI na USF.

Quadro 14 – Diagnóstico das práticas de Gestão da Informação realizadas pelos gestores das USF A, B, X e Y.

Processos/Atividades da Gestão da Informação			
Identificação de demandas e necessidades de informação.			
<i>Gestores da USF A</i> <input checked="" type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> <input checked="" type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> <input checked="" type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> <input checked="" type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções
Mapeamento e Reconhecimento dos Fluxos Formais.			
<i>Gestores da USF A</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções
Desenvolvimento da Cultura Organizacional positiva em relação ao compartilhamento/socialização da informação.			
<i>Gestores da USF A</i> <input checked="" type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input checked="" type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input checked="" type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input checked="" type="checkbox"/> não realizam com exceções
Promoção da comunicação informacional de forma eficiente, utilizando tecnologias de informação e comunicação.			
<i>Gestores da USF A</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções
Prospecção e Monitoramento das informações.			
<i>Gestores da USF A</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> <input type="checkbox"/> realizam <input checked="" type="checkbox"/> não realizam <input type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções
Coleta, Seleção e Filtragem das informações.			
<i>Gestores da USF A</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input checked="" type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input checked="" type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input checked="" type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> <input type="checkbox"/> realizam <input type="checkbox"/> não realizam <input checked="" type="checkbox"/> realizam com exceções <input type="checkbox"/> não realizam com exceções

Tratamento, Análise, Organização e Armazenamento das informações, utilizando tecnologias de informação e comunicação (Sistemas de Informação em Saúde).			
<i>Gestores da USF A</i> [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções
Elaboração de serviços informacionais.			
<i>Gestores da USF A</i> [] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> [] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> [] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> [] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções
Fixação de normas e padrões de sistematização da informação.			
<i>Gestores da USF A</i> [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF B</i> [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF X</i> [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	<i>Gestores da USF Y</i> [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O diagnóstico foi realizado a partir das atividades base da GI de Valentim (2004) e na análise das entrevistas realizadas com os gestores, utilizando as variáveis de medida: 'realizam', 'não realizam', 'realizam com exceções' e 'não realização com exceções', com o intuito de demonstrar de um modo objetivo e conciso de que maneira os processos de GI eram articulados pelos gestores.

Se baseando nas constatações e informações do Quadro 14, é possível afirmar que os gestores possuíam dificuldades em estipular o desenvolvimento dos processos e gestão da informação às USF, pois pouco entendiam de tais processos/atividades.

6.2 Apresentação das Categorias e Análise dos Dados Coletados com o Roteiro de Entrevista F

As categorias e inferências para análise dos dados coletados com as Entrevistas F, destinadas aos funcionários das USF A, B, X, Y, foram definidas *a posteriori* e elaboradas com base nos dados coletados nas entrevistas, nos modelos de McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Davenport (2002), Choo (2003), nas atividades base da gestão da informação de Valentim (2004), e no modelo de gestão documental de Cruz Mundet (2008), levando em consideração os aspectos que pressupõe afetar a GI nas USF, que são: Fluxo de Informação Explícita,

Tecnologias de Informação e Comunicação (Sistemas de Informação em Saúde) e Gestão Documental. Nesse caso, foram analisadas mais 8 (oito) categorias, encontradas no Quadro 15:

Quadro 15 – Categorias e Inferências para Análise dos Dados (Roteiro de Entrevista F)

1ª Categoria
Identificação das informações em saúde necessárias
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Maneiras de acessar a informação necessária; - Tipos de informações existentes na USF; - Conversão do conhecimento tácito para o explícito (registro das informações já acessadas).
2ª Categoria
Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre fluxo formal de informação; - Tipos de fluxos de informação formais na USF.
3ª Categoria
Compartilhamento da informação
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Nível de socialização/comunicação entre os funcionários; - Nível de socialização/comunicação dos funcionários com o/a gestor (a); - Utilização de ferramenta tecnológica para comunicação entre os funcionários; - Nível de acesso a informação entre os setores da USF.
4ª Categoria
Produção de serviços de informação em Saúde
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre os serviços de informação da USF; - Tipos de atividades/serviços realizados na USF e oferecidos à população.
5ª Categoria
Processos de gerenciamento da informação em Saúde
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre os processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação; - Realização dos processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação.
6ª Categoria
Sistemas de Informação em Saúde para gestão e uso da informação
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Entendimento sobre sistema de informação em saúde; - A realidade prática no uso dos sistemas de informação em saúde com base nas necessidades de informação; - Tipos e funcionalidades dos sistemas de informação em saúde.
7ª Categoria
Capacitação e educação continuada para o uso do prontuário eletrônico do paciente
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Normas para produção e armazenamento da informação nos sistemas de informação em saúde; - Disponibilização de capacitação atualizada quanto ao uso e gestão dos sistemas de informação em saúde.

8ª Categoria
Gestão documental na USF
Inferências
<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de documentos presentes na USF; - Utilização do prontuário físico do paciente; - Organização do prontuário físico e demais documentos da USF; - Normas para produção, ordenação, eliminação, armazenamento e preservação do prontuário físico e demais documentos.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

A atividade de identificação das informações necessárias para o dia a dia de trabalho deve ser considerada essencialmente importante, porque é a partir desse tipo de identificação que todas as outras etapas, como de busca, acesso, avaliação, entre outras, conseguem ser realizadas com coerência. Por isso, a categoria '**Identificação das informações em saúde necessárias**' traz consigo um conjunto de análises baseadas em inferências que se voltam as maneiras com que os funcionários acessam a informação necessária e aos tipos de informações existentes nas unidades, a fim de compreender se estão conseguindo identificar seus desejos e necessidades de informação, e então, investigar se as informações acessadas que sanam as necessidades diárias são registradas para evitar o retrabalho quanto ao acesso. Para McGee e Prusak (1994), a identificação das necessidades de informação exige que os funcionários conheçam primeiramente as fontes de informação existentes no universo em que está inserido, suas tarefas, para depois identificar os tipos de informações necessárias no dia a dia, e nas USF pesquisadas esse processo foi percebido.

Se evidenciou que os funcionários conseguiram identificar de modo consciente as informações tidas como necessárias por eles, e que existiam várias maneiras para acesso e preenchimento dessas lacunas informacionais. A maioria costumava buscar informações com os próprios colegas da unidade, ou seja, a base de dados mais utilizada nesse caso foi a humana, porém também citaram o uso do *google*, do PEP e do prontuário físico, o que demonstrou que os demais sistemas de informação presentes na unidade, que pertencem ao MS, estavam sendo apenas utilizado para comprovação de produção e não como ferramenta estratégica para consultas e tomadas de decisões. Por essa categoria, também foi possível perceber a importância do profissional ACS na composição da equipe de uma USF, uma vez que praticamente todos os funcionários, principalmente médicos, dentistas e enfermeiras citaram buscar informações com esses profissionais, que para eles, são fontes confiáveis e que lidam

diretamente com o universo e tipos de informações mais recorrentemente necessárias nas unidades. Quanto a esses tipos de informações, os mais habituais e pontos em comum entre todos os funcionários são os relacionados às doenças e novos sintomas que são apresentados, entretanto, os tipos de informação variavam entre: calendário de vacina, aspectos sociais e pessoais que afetam a saúde do paciente, seu histórico e antecedentes patológicos (hipertensão, diabetes, etc.), e tipos de dosagens de medicamento que utilizam. Os funcionários entrevistados também demonstraram que ao sanar determinada necessidade por meio do acesso à informação, dificilmente costumavam registrá-las para usos futuros, mediante a necessidade própria novamente ou de outros, portanto, não são realizadas práticas de conversão do conhecimento tácito para o explícito.

A segunda categoria '**Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação**' diz respeito a importantes práticas no incentivo a melhor conscientização das informações necessárias dos funcionários, ao acesso pelas bases de dados mais apropriadas e condizentes com as necessidades, bem como no registro e construção da memória individual e coletiva das unidades, frente as informações já utilizadas e que podem ser necessárias em outras ocasiões. Isso porque o mapeamento e o reconhecimento do fluxo de informação são atividades que transmitem ao funcionário uma visão holística e sinérgica de tudo o que ocorre na unidade, ou seja, todas as relações estabelecidas que juntas propiciam o alcance do objetivo geral de uma USF, que é prestar atendimento de prevenção e cuidado a população.

Assim, diante dessa categoria, notou-se que os funcionários das USF tiveram dificuldades em explicar seus entendimentos sobre o conceito de fluxo formal de informação, visto que a maioria alegou lidar muito mais com a informação informal no dia a dia do que propriamente com a formal. De maneira geral, percebeu-se que as unidades pesquisadas não costumam mapear e compreender a relação formal baseada nas informações estabelecidas nas atividades e nos setores do ambiente da organização, todavia, os funcionários da USF X e da USF A expuseram de modo mais evidente que entendem fluxo formal de informação como um conjunto de atividades baseadas pelas informações já documentadas ou que em algum momento se produzirá em documento formal. Assim, citaram como exemplos de fluxos de informação formal: memorando, anotações em papel para recados, registros em cadernos, baseados em percepções pessoais sobre os casos dos pacientes,

protocolos externos para atendimento, prontuário físico e prontuário eletrônico do paciente. Todavia, por essas respostas, entende-se que os funcionários não possuíam consciência e entendimento sobre o conceito de fluxo formal de informação pois, nesse caso, mencionaram documentos e ações, que, na verdade, são produtos e serviços oriundos desse tipo de fluxo de informação, mas não conseguiram propriamente explicitar o conceito de fluxo formal de informação e de que maneira surgem esses produtos e ações. A falta de entendimento, reconhecimento e mapeamento dos fluxos formais de informação que percorrem a unidade podem ser considerados um dos pontos mais negativos no processo de gestão da informação, pois é a partir do mapeamento desse fluxo que funções relativas ao acesso, recuperação, tratamento, monitoramento, armazenamento, compartilhamento, uso e etc, são devidamente realizados, e a GI está totalmente atrelada com os fluxos de dados, uma vez que são insumos para a geração e integridade da informação como indicam Terra e Gordon (2002).

Com relação a categoria '**Compartilhamento da informação**', pôde-se perceber que as unidades possuem bons níveis de socialização entre os funcionários, e que as relações entre esses e os gestores são saudáveis e pautadas por uma comunicação efetiva. Além disso, dificilmente os funcionários se comunicavam utilizando TIC, uma vez que acusaram que o ambiente incentivava a comunicação informal, e que pelas USF possuem estrutura física e pessoal pequena, o uso de ferramentas tecnológicas para compartilharem informações uns com os outros não era necessário. Contudo, também foi possível identificar que o nível de acesso a informação entre os setores da USF era relativamente baixo em todas as unidades pesquisadas, o que enfraqueceu a confirmação dos gestores de que os níveis de socialização e compartilhamento da informação eram satisfatórios. Além do mais, alegaram não se comunicar mediante o uso de nenhum sistema de informação, mas mediram o nível de acesso as informações entre os setores baseando-se no PEP, que essencialmente é a representação das informações formais que são produzidas por cada setor. Para os funcionários, principalmente os ACS, o PEP restringe o acesso completo às informações contidas no prontuário, mediante o perfil de cada funcionário e que nesse caso, não sentiam a existência de sinergia entre todos os setores. De fato, pela análise dessa categoria, pôde-se analisar que dentro dos fluxos informais de informação, os níveis de comunicação, socialização e compartilhamento da

informação eram altos e satisfatórios. Todavia, com relação aos fluxos formais, esses níveis eram baixos e insatisfatórios, o que causa desequilíbrio na atividade de compartilhamento da informação que pertence ao processo da GI, por isso, infere-se ser necessário que exista uma alteração formal na estrutura dos sistemas de informação e do PEP, a fim de que o acesso às informações entre os setores seja livre e a prática de compartilhamento de informação efetivamente inserida no dia a dia dessas unidades, já que a GI depende do compartilhamento, transmissão, uso e reuso da informação, como explana Marchiori (2014).

Acredita-se que uma das maneiras mais eficazes de desenvolver uma cultura organizacional de prática da gestão da informação é disseminar aos funcionários os conceitos de produtos e serviços de informação, ou seja, conscientizá-los sobre o que venha ser tais produtos e serviços, qual a importância desses e como o processo de GI auxilia diretamente no alcance e realização desses serviços com base na boa qualidade. Baseando-se nessa ideia, por intermédio da categoria '**Produção de serviços de informação em saúde**', identificou-se que de um modo geral os funcionários das USF entendiam como serviços de informação as atividades relacionadas a comunicação de campanhas de vacina, data e horário de consultas e exames agendados, orientação sobre prevenção da dengue e demais doenças, assim como a disposição de cartilhas e cartazes no interior das unidades. Logo, para a maioria dos funcionários, serviços de informação são orientações voltadas as campanhas de saúde, prevenção de doenças, bem como a disponibilização de orientações medicamentosas, e agendamentos de consultas internas ou externas, originárias da própria da unidade.

Ademais, para esses funcionários, são os ACS os responsáveis pela realização desses serviços de informação que são produzidos e ofertados pela USF. Como exceções, alguns funcionários da USF X declararam que não consideram que a unidade produza serviços de informação, e que esses serviços não são da competência das USF, no entanto, outros funcionários da mesma unidade afirmaram que o desenvolvimento de serviços de informação era a principal função de uma USF, visto que que trabalha essencialmente com prevenção e que essa é feita somente pela maneira como a informação é disponibilizada aos pacientes. Logo, acredita-se que essa divergência de respostas demonstra ineficiência dos gestores dessa unidade em atribuir práticas para elaboração dos serviços de informação, que por sua vez, é

uma atividade do processo de gestão da informação, já que essa atividade não era claramente entendida por todos os funcionários. Além das demais atividades citadas, os funcionários da USB B mencionaram as reuniões de equipe, os eventos de educação em saúde que eram feitos nas escolas, as visitas domiciliares e a abordagem inicial dos funcionários da recepção como tipos de serviços de informação que eram realizados pelos funcionários das unidades, o que demonstra um nível maior de conscientização dessa unidade, no quesito 'Produção de serviços de informação em saúde'. Enfim, de um modo abrangente, pode-se afirmar que as unidades desenvolvem serviços de informação sem consciência do que são e sua importância e, portanto, sem esse tipo de consciência e conhecimento para tal, os serviços ofertados aos pacientes dotam de níveis inferiores de qualidade.

Algumas funções, que pertencem ao processo da GI, como prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação, são consideradas mais técnicas e que dificilmente são realizadas sem o apoio e consultoria de um profissional da informação. Como essas são funções que pertencem aos modelos de GI, principalmente no de Valentim (2004), buscou-se compreender o que os funcionários entendiam por essas atividades, se eram realizadas por eles e se conseguiam estabelecer uma relação com os sistemas e tecnologias de informação que eram utilizados. Dessa maneira, por meio da categoria **'Processos de gerenciamento da informação em saúde'**, identificou-se ausências de compreensões sobre a função dessas atividades da GI, ou seja, os funcionários não conseguiram expressar com propriedade o que entendiam por essas atividades, no entanto, esse contexto pode ser considerado aceitável, visto que as atividades pertencentes aos processos de gerenciamento da informação, tais quais: prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, tratamento, análise, organização e armazenamento das informações exigem um conhecimento muito mais técnico do funcionário no ato de gerenciar uma informação (VALENTIM, 2004). Para os funcionários, o PEP, bem como os demais sistemas de informação em saúde naturalmente já eram programados para fazerem essas funções. Sendo assim, constatações acerca da análise dessa categoria foram feitas. A falta de competências e habilidades em informação dos gestores acarretam na falta de competências e habilidades em informação dos funcionários, pois os funcionários podem utilizar informação não fidedigna em alguma tomada de decisão pela falta de monitoramento,

filtragem e análise da informação; os funcionários não compreendem a complexidade e a função do PEP e demais sistemas de informação em saúde, e os utilizam pensando principalmente em apenas inserir dados para cumprir com as especificações do MS; a falta e ineficiência da execução destas atividades demonstrou que o acesso as informações necessárias não estavam sendo realizadas de modo efetivo e que logo, essas necessidades não estavam sendo sanadas como deveriam. Todavia, mesmo com a exceção de um funcionário, pertencente a USF A, que afirmou ao menos monitorar a informação acessada por meio da avaliação da fonte e do tipo de profissional que lhe cedeu a informação necessária, pode-se afirmar que esse resultado foi esperado, uma vez que os gestores dessas unidades também mostraram dificuldades e ausências quanto a realização dessas tarefas no dia a dia de trabalho.

Nesse contexto, torna-se relevante avaliar a relação desses funcionários com o SIS, já que todas as informações relacionadas ao atendimento eram produzidas e armazenadas nessas plataformas, logo, entender como esses funcionários lidam e as gerenciam, torna-se essencial. Portanto, com base na categoria '**Sistemas de informação em saúde para Gestão e Uso da informação**', notou-se que a maioria dos funcionários das USF definiram SIS como uma ferramenta que estimula a melhoria da qualidade do serviço oferecido ao paciente, por dotar de informações sistematizadas que podem ser utilizadas para planejamento de estratégias, como também facilitar o acesso de maneira rápida e abrangente, corroborando com a ideia de Siqueira (2005) de que um sistema de informação é uma ferramenta de apoio à organização, gerenciamento, acesso e uso da informação, além de viabilizador da construção do conhecimento. No entanto, mesmo com esse entendimento sobre SIS, acredita-se que faltou competência e habilidades para o seu uso e gerenciamento, pois pelo menos metade dos funcionários de cada unidade ainda preferem o prontuário físico, e a maioria alegou por este ser mais seguro, não há riscos de perda de informação e inoperabilidade, todavia, há alguns outros motivos por essa preferência, como: (i) dificuldades em manusear o PEP e (ii) falta de campos para observações específicas de atendimento que muitas vezes não são encontradas no PEP. Quanto a preferência do eletrônico em detrimento do físico da outra metade dos funcionários das USF foram justificadas pelo fato de considerarem desorganizadas as informações produzidas no prontuário físico e demais documentos inseridos nele e

porque o eletrônico já possui campos sistematizados de informação que facilitam a geração de relatórios mais organizados. Mediante essa divisão e distinções de preferências entre os SIS, a preferência dos funcionários por acesso a base de dados humana foi compreendida, pois, os colegas de trabalho e demais base de dados externas, como o próprio *google*, passaram a serem opções válidas, em virtude que os funcionários não se sentiam seguros em utilizar os Sistemas de Informação em Saúde.

Os sistemas de informação presentes nas USF são: SISCAN, SISPRENATAL, SIPNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações), Sistema online do Hemocentro, CADSUS (Sistema Cartão Nacional de Saúde), GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial) e e-SUS (Prontuário Eletrônico). Basicamente, todas as unidades contam com o apoio desses sistemas, que são especificações e implantações obrigatórias expedidas pelo MS. Somente a USF B utiliza o e-SUS, pois, como afirmaram os gestores das unidades, os demais municípios utilizam o prontuário eletrônico de empresas particulares contratadas pela prefeitura. Nesse sentido, para as unidades que já contrataram serviços particulares de desenvolvimento de sistemas, torna-se muito mais prático e viável a execução da atividade base da gestão da informação que corresponde ao desenvolvimento de sistemas corporativos de diferentes naturezas, visando o compartilhamento e uso da informação (VALENTIM, 2004), dado que o gestor da unidade pode especificar e solicitar tal funcionalidade à empresa contratada para o desenvolvimento do sistema. Nesse caso, mais do que apenas compartilhamento, é importante que outras funcionalidades também sejam solicitadas quanto a produção do prontuário eletrônico pela empresa particular, como os processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem e armazenamento efetivos da informação. Contudo, treinamentos e educação continuada voltados aos aspectos da GI devem ser trabalhados, pois se considerou que os funcionários compreendem de maneira restrita a funcionalidade de todos esses sistemas de informação que funcionam nas unidades.

Uma das maneiras para que a manutenção da organização e da gestão nos SIS aconteçam, independentemente se nos prontuários eletrônicos ou físicos, corresponde ao estabelecimento de normas para produção e armazenamento efetivos da informação nesses sistemas, que foi uma das inferências analisadas na categoria **‘Capacitação e Educação continuada para o uso do Prontuário Eletrônico do**

Paciente'. Com base nessa categoria, pôde-se identificar que as USF pesquisadas não possuíam capacitação contínua ao uso e gestão dos SIS, e que sessões para esse tipo de treinamento somente ocorriam quando solicitado por algum funcionário, todavia deve-se levar em consideração que mesmo com dúvidas, esses funcionários podem se sentir inibidos ou com sensação de impotência em solicitar tais capacitações. Por isso, considera-se que esses treinamentos e capacitações deveriam acontecer periodicamente, com base nas reuniões de grupo que acontecem toda semana nas USF, como norma expedida pelo MS.

A USF A possui uma norma específica para produção e armazenamento das informações no prontuário físico, que não foi encontrada em nenhuma outra unidade. A norma é que cada tipo de profissional era representado por uma cor de caneta quando se produzia e armazenava informação no prontuário físico. Por exemplo, o médico registrava somente com a caneta azul, a enfermagem com a caneta vermelha e os ACS com a caneta de cor preta. A ideia era manter visualmente a organização das informações no prontuário. Quanto as outras unidades, todas afirmaram que o SIS no âmbito do prontuário físico não detinha de nenhum tipo de norma específica para produção e armazenamento da informação, e que o único critério estabelecido é a organização por data. Com relação a produção e armazenamento do prontuário eletrônico, pôde-se compreender que também não havia normas específicas para tal em nenhuma das unidades pesquisadas, pois os funcionários alegaram que o PEP já possuía sistematização e normas para produção e armazenamento da informação na sua própria estrutura e interface gráfica. Todavia, a USF B, por exemplo, que não possui um sistema particular e utiliza o e-SUS, explanou sentir falta de treinamento quanto ao uso desse prontuário. Então, de um modo geral, o que se entende é que existe necessidade de capacitação e educação continuada para o uso, não só do PEP, mas também do prontuário físico e demais sistemas de informação em saúde e que essas capacitações deveriam envolver normas para produção e armazenamento da informação nos SIS, de modo que a recuperação e o uso das informações sejam otimizados perante as necessidades diárias, até porque, segundo Santos e Damian (2017b), mesmo que existam sistemas e tecnologias no ambiente de trabalho, a falta de profissionais competentes em informação, quanto a produção, armazenamento e utilização da informação, torna improvável a realização da GI.

Percebeu-se que os aspectos relacionados a gestão documental foram poucos explorados pelas USF, o que se compreende como paradoxo, uma vez que as unidades de saúde lidavam com muitos tipos de documentos e ainda utilizavam o prontuário físico no ato do atendimento e para consultas externas ao atendimento. Ou seja, infere-se que se o prontuário físico ainda é utilizado e muitos tipos de documentos preenchidos e produzidos todos os dias, diretrizes e normas para gestão documental deveriam ser articuladas. Por isso, em relação a categoria **‘Gestão Documental na USF’**, percebeu-se que não existiam normas vindas da gestão da USF, por exemplo, para organização, produção, ordenação, eliminação, armazenamento e preservação do prontuário físico e demais documentos utilizados na unidade, visto que muitos funcionários afirmaram que a maneira de arquivar, organizar e produzir os documentos era muito particular de cada profissional, ou seja, não havia uma norma geral, o que dificultava a recuperação e o acesso posterior a esses documentos. Os tipos de documentos variavam muito de unidade para unidade, e essas variações serão demonstradas na análise comparativa da GI entre as unidades, bem como na análise dos dados coletados com a observação, porém os tipos de documentos em comum entre as unidades correspondiam aos de solicitação de exames, encaminhamentos para consultas de especialidades, receitas, ficha de controle de vacina e ficha de visitas domiciliares. Enfim, de modo geral, foi possível constatar que os funcionários não conheciam as normas para eliminação e descarte corretos dos documentos e prontuários, bem como para preservação destes, com exceção de poucos funcionários da USF A, que demonstraram mais propriedade quanto a essas normas.

Todavia, para fazer com que esses processos se tornem efetivos, não basta o saber de apenas alguns, mas sim de todos os profissionais. E também, ao considerar e concordar que a GD faz parte de um processo geral da GI e que, como explana Bahia (2016), garante a preservação, o acesso e a recuperação das informações de forma ágil e eficaz, pode-se afirmar que muitas falhas relacionadas à GI foram mapeadas nas USF A, B, X e Y. E, a partir da análise dos dados coletados com os funcionários dessas unidades, elaborou-se um diagnóstico dos processos de GI desenvolvidos pelos funcionários dessas USF, presente no Quadro 15. O intuito desse diagnóstico é explicitar com clareza o nível de aplicação das práticas de GI que estão

sendo realizadas por essas unidades, assim como facilitar a construção das diretrizes de GI, que possui o intuito de melhorar o fazer dessas práticas.

Quadro 16 – Diagnóstico das práticas de Gestão da Informação realizadas pelos funcionários das USF A, B, X e Y.

Processos/Atividades da Gestão da Informação			
Identificação das informações em saúde necessárias			
<i>Funcionários da USF A</i>	<i>Funcionários da USF B</i>	<i>Funcionários da USF X</i>	<i>Funcionários da USF Y</i>
[X] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[X] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[X] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[X] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções
Mapeamento e Reconhecimento dos Fluxos Formais.			
<i>Funcionários da USF A</i>	<i>Funcionários da USF B</i>	<i>Funcionários da USF X</i>	<i>Funcionários da USF Y</i>
[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	[] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	[] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções
Compartilhamento da Informação.			
<i>Funcionários da USF A</i>	<i>Funcionários da USF B</i>	<i>Funcionários da USF X</i>	<i>Funcionários da USF Y</i>
[] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções
Produção de Serviços de informação em saúde.			
<i>Funcionários da USF A</i>	<i>Funcionários da USF B</i>	<i>Funcionários da USF X</i>	<i>Funcionários da USF Y</i>
[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções
Desenvolvimento de processos de gerenciamento da informação em saúde (Prospecção, Monitoramento, Coleta, Seleção, Filtragem, Análise e Armazenamento da informação).			
<i>Funcionários da USF A</i>	<i>Funcionários da USF B</i>	<i>Funcionários da USF X</i>	<i>Funcionários da USF Y</i>
[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	[] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	[] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções
Uso sistematizado dos Sistemas de Informação em Saúde (Prontuário físico e eletrônico).			

<i>Funcionários da USF</i> A [] realizam [] não realizam [X] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Funcionários da USF</i> B [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	<i>Funcionários da USF</i> X [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Funcionários da USF</i> Y [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções
Gestão Documental			
<i>Funcionários da USF</i> A [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	<i>Funcionários da USF</i> B [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções	<i>Funcionários da USF</i> X [] realizam [] não realizam [] realizam com exceções [X] não realizam com exceções	<i>Funcionários da USF</i> Y [] realizam [X] não realizam [] realizam com exceções [] não realizam com exceções

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O diagnóstico foi realizado a partir das atividades base da GI de Valentim (2004) e das categorias de análise dos dados coletados com as entrevistas do tipo 'F', utilizando as variáveis de medida: 'realizam', 'não realizam', 'realizam com exceções' e 'não realização com exceções', com o intuito de demonstrar de modo objetivo e conciso de que maneira os processos de GI eram articulados pelos funcionários. Entende-se que uma unidade 'realiza' o processo quando há um consenso de todos os funcionários nas respostas coletadas, 'não realiza' quando nenhum funcionário afirma realizar tais tarefas relacionadas com o processo da GI, 'realiza com exceções' quando alguém vai contra a realização da maioria e 'não realiza com exceções' quando alguém vai contra a não realização da maioria.

Se baseando nas constatações e informações do Quadro 16, é possível afirmar que os funcionários possuem dificuldades em articular e desenvolver com efetividade os processos de gestão da informação nas USF.

6.3 Apresentação e Análise das Observações nas USF A, B, X e Y

Para realização da observação, foi utilizado um roteiro de observação (Apêndice C) para fins de orientação específica aos fenômenos e elementos que visavam analisar, e por isso, esse roteiro foi baseado nas questões da entrevista do tipo 'F' (Apêndice A) e nas questões da entrevista do tipo 'G' (Apêndice B), uma vez que o intuito foi comparar se os dados coletados nas entrevistas condiziam com a realidade observada. Logo, o instrumento teve o intuito de observar como os gestores e funcionários das unidades A, B, X e Y lidavam com os aspectos da gestão do fluxo de informação explícita, de tecnologias de informação e comunicação (Sistemas de

Informação em Saúde) e da gestão documental, a fim de compreender os processos da GI e suas formas de aplicação ou não aplicação nas Unidades de Saúde da Família.

Separou-se um período específico de observação para cada setor e funcionários, com o intuito de compreender a realidade com mais profundidade, e logo, os funcionários observados nas unidades foram: médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, dentista, atendente de saúde e agentes comunitários de saúde, com exceção da USF B que se encontrava sem o profissional médico, logo, nessa USF os profissionais observados foram: enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, atendente de saúde e agentes comunitários de saúde.

Os funcionários da USF A buscavam informações nos SIS, principalmente no PEP e no prontuário físico, e nesse caso, os demais sistemas, de fato, são mais utilizados apenas para 'abastecimento' de dados tido como obrigatoriedade prevista pelo MS, já que a falta de produção das informações nesses sistemas, que representam a execução dos procedimentos médicos, pode acarretar no corte de verbas das unidades. Todavia, a consulta frequente realizada nos prontuários era estimulada pela necessidade atual de consultas aos pacientes e muito pouco para a realização de algum planejamento estratégico de melhoria a longo prazo. Notou-se que os funcionários, principalmente da USF B, também utilizavam muito o prontuário físico, justamente porque a unidade não possuía estrutura tecnológica e de treinamento adequados para utilização efetiva do PEP. A busca por informações consultadas aos colegas de trabalho também foi notada na USF X, além do prontuário físico. Então, nessa unidade as bases de dados mais consultadas para o sanar de necessidades informacionais e para o planejamento estratégico eram as bases de dados humanas e o prontuário físico do paciente. Enquanto que na USF Y notou-se um equilíbrio na utilização de todas essas bases de dados em conjunto.

Por mais que nas entrevistas os funcionários da USF A alegaram preferência por consultas em base de dados humanas, na observação essa prática não foi notada com frequência, mas, de certa forma, não exclui a existência de uma cultura informacional informal, visto que as consultas pelas bases humanas podem acontecer com menor frequência e estimulada por dúvidas não corriqueiras e extremas, isso porque notou-se que existia comunicação entre os funcionários e entre esses e a gestora do local (enfermeira), o que demonstrou que os funcionários mantêm uma boa

relação interpessoal entre eles e que, por isso, visualizam os colegas como uma base de dados confiável para acesso, dependendo da necessidade informacional que ocorra. De fato, se percebeu que os funcionários não se comunicam utilizando ferramentas tecnológicas entre eles, pelo menos dentro da unidade, porque o ambiente é estruturalmente pequeno, e por isso, alegaram que não há necessidade de se comunicar por meio dessas ferramentas. Todavia, os mesmos se comunicam com os pacientes mediante o uso dessas ferramentas, através do *Whatsapp* e mensagens de texto. Até mesmo as novas funcionalidades desses sistemas, como a postagem de “*status*” no *Whatsapp* é utilizada, principalmente pelos ACS quando necessitam divulgar algum tipo de informação, relacionada ao funcionamento da unidade ou até mesmo relativa a campanhas de prevenção.

Na USF B, com relação ao contexto dos fluxos informais e formais de informação, identificou-se um ambiente muito mais íntimo aos fluxos informais, com conversas baseadas em opiniões pessoais sobre os pacientes e suas famílias, além disso, os pacientes chegam até a unidade para expor suas problemáticas diretamente com a enfermeira, uma vez que o ambiente se encontrava sem médico contratado. Por ser um ambiente com poucos profissionais, a comunicação configura-se bem intimista, e todos se comunicam entre si e mantêm uma boa relação interpessoal, entretanto o compartilhamento da informação é feito predominantemente de modo verbal e não por ferramentas tecnológicas. Todavia, concomitantemente, nesse cenário é perceptível que os funcionários de uma área possuem acesso às informações de outras áreas, mesmo porque o PEP não funciona de maneira tão uniforme e adequada e o prontuário físico e demais documentos são mais fáceis de serem acessados por todos, pois não há senhas e restrições para permissão de acesso, como nos SIS.

Na identificação dos fluxos informais da USF X, os funcionários costumavam conversar entre si sobre as situações sociais, estruturais, psicológicas e de saúde das famílias, articulavam planejamento sobre as campanhas, para planos de ação e também costumavam conversar sobre o desempenho da unidade, além de conversas paralelas pessoais dos próprios funcionários. Agora, com relação aos fluxos formais, vê-se melhor na utilização do prontuário eletrônico, utilizado para programação, registro e estruturação de todos os procedimentos que são executados na unidade. Nesse sistema, que é particular do município, havia padronização dos agendamentos,

atendimento e pós-consulta. Todavia, no sistema não havia, por exemplo, um espaço para a utilização do psicólogo e o agendamento odontológico ainda era feito manualmente e não pelo PEP, como também pôde ser notado na USF Y.

Alguns tipos de serviços de informação oferecidos pela USF A foram notados, como a orientação sobre dosagens e horários de remédios realizada nas casas dos pacientes debilitados ou com menores níveis de instrução escolar e que geralmente não possuem família; agendamento de consultas e exames e orientação quanto a data, horário, lugar e preparo para a realização destes; avisos e orientações sobre campanhas de prevenção de doenças; busca ativa de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, idosos e possíveis pacientes com tuberculose, etc.; controle de vacinação dos pacientes; preenchimento de receitas de medicação contínua e controlada, entre outros.

Sobre os serviços de informação, pôde-se perceber que as ações realizadas pelos ACS se apresentavam muito mais como serviços de informação do que propriamente como atividades que são executadas pelos funcionários. Todavia, infere-se que o serviço de informação é toda atividade desenvolvida pela unidade, desde que haja contato direto ou indireto, presencial ou até mesmo não presencial com os pacientes, a começar da primeira abordagem de agendamento de consulta na recepção até a entrega de medicação na farmácia e o que acontece no meio de tudo isso configura-se extenso, pautado por muitas atividades, que envolvem todos os profissionais da equipe; e justamente por isso o reconhecimento da realização de práticas da GI são tão importantes para o desenvolvimento eficaz do trabalho de uma USF.

Mediante observação na USF B, os serviços de informação visivelmente praticados pelos funcionários variavam entre comunicados de agendamentos de consultas, horário de funcionamento da unidade, recados dos profissionais quanto a situações problemáticas (faltas em consultas, vacinas atrasadas, etc), comunicados sobre campanhas de vacinação, prevenção do câncer de mama, tuberculose, suicídio, entre outros, além das orientações sobre epidemias. Além disso, foi possível analisar que os serviços de informação não deveriam se restringir apenas aos comunicados relativos às atividades prestadas, mas à produção dos próprios serviços.

Percebeu-se que os funcionários possuíam uma boa relação interpessoal entre eles e também com o gestor tanto na USF X quanto na USF Y, visto que estavam a

todo o momento se comunicando de alguma forma, seja relacionado aos procedimentos da unidade, seja com outros assuntos de âmbito mais pessoal, porém pouco lidavam com as TIC para se comunicarem, a não ser quando não estão todos presentes no interior da unidade.

Pelo fato da atuação do PEP ser positiva e muito utilizada durante os processos e atividades realizados pelos funcionários, notou-se, nessas duas últimas unidades citadas, que nem todos os funcionários de um setor possuíam acesso às informações de outro setor, porque o prontuário eletrônico possuía senhas e tipos de permissões específicas para cada funcionário. Mas isso, especialmente acontece com os ACS, que não conseguem acessar a parte do prontuário que a médica, a enfermeira e a dentista registravam, por exemplo. E ao ter que os ACS são profissionais que lidavam da maneira mais direta e intimista possível com o objeto de ação de uma unidade, que é o próprio paciente, reitera-se a importância destes possuírem acesso a todos os setores, visto que são a base de dados mais específica e utilizada para o traçar de planejamentos e ações dos demais profissionais.

A USF X realizava divulgações sobre as diversas campanhas existentes no âmbito do SUS e das USF, como as de imunizações, prevenção ao suicídio, HPV, vacinação pólio e sarampo, doação de sangue, amamentação, doação de leite materno, malária, vacinação contra a influenza, tuberculose, hanseníase, febre amarela, dengue, AIDS, hepatites, sífilis, entre muitas outras. Além dessas, foi identificado como serviço de informação a entrega e orientação sobre data, horário e preparo para consultas e exames externos a unidade, mas que partiam do pedido dela, como também a busca ativa de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, crianças, entre outros. Ademais, com base no acompanhamento dos ACS, pode-se afirmar que o contato corriqueiro que esses profissionais faziam com os pacientes e com as famílias da população, em que indagavam suas situações de saúde, também deve ser considerado um tipo de serviço de informação, assim como o próprio atendimento médico, de enfermagem e odontológico.

Percebeu-se na USF A, B, X e Y que não há práticas de monitoramento antes da coleta de qualquer informação, tampouco de avaliação antes da seleção, a não ser pelo médico da USF A, que costumava realizar minimamente essas práticas por meio da análise do sujeito que produziu a informação que ele desejava utilizar, seja no prontuário eletrônico, no prontuário físico ou em algum *site* de busca. Nesse contexto,

percebeu-se que o médico utiliza o portal eletrônico do médico Dráuzio Varella, reconhecido por popularizar a informação médica no Brasil, por meio de aparições no rádio, TV e *internet*, para sanar algumas dúvidas que surgiam no seu atendimento e/ou para auxílio em sua conduta médica.

O médico dessa unidade não gostava de utilizar o prontuário eletrônico para consultas e busca de informações e, por isso, utilizava o prontuário físico e tudo o que produzia em um era reproduzido no outro. Porém, de modo geral, o prontuário eletrônico era mais utilizado do que o prontuário físico, que aparentemente se fazia mais útil apenas para consultas relativas a históricos passados dos pacientes que ainda não constavam no prontuário eletrônico. Porém, com isso, afirma-se que o prontuário físico jamais será inutilizado, pois é um tipo de memória dos profissionais da unidade e que necessita de normas para sua gestão.

Quanto ao uso geral do SIS e o nível de domínio e usabilidade dos funcionários com esses sistemas, pôde-se identificar que os funcionários das USF A, X e Y os manuseavam com certo nível de facilidade, porém com muita superficialidade, haja vista que alguns campos não eram compreendidos e, por isso, não preenchidos no sistema. Os médicos utilizavam o prontuário eletrônico e o prontuário físico; as enfermeiras e auxiliares de enfermagem o prontuário eletrônico, SISPRENATAL, SISCAN, SIPNI e Sistema de acesso online aos resultados de exames; os dentistas, ACS e as atendente de saúde também utilizavam o prontuário físico e o eletrônico. E perante a observação de todos eles frente ao uso desses sistemas, principalmente do SISPRENATAL e do PEP, notou-se superficialidade e dificuldade no preenchimento de alguns campos, o que dificultava a realização de um plano gerencial de acordo com as informações armazenadas nesses sistemas.

Se observou que os ACS da USF A costumavam registrar o conhecimento tácito em cadernos, a fim de usos futuros ou de outro profissional que viesse precisar. Geralmente eram informações relacionadas aos casos específicos dos pacientes, seu ambiente social, problemas pessoais relatados e que serviriam de base para os médicos, enfermeiras e dentistas no processo de tratamento dos pacientes. Além desse tipo de informação, costumavam registrar informações para o uso do prontuário eletrônico, visto que ainda estavam em adaptação constante.

Cabe ressaltar que além dos prontuários físicos (utilizados para consultas do histórico dos pacientes, registro e armazenamento das informações produzidas no

prontuário eletrônico) e eletrônicos, os funcionários das USF lidavam com uma série de tipos de documentos, tais quais: “Guia de Referência”, “Questionário que mede o nível de satisfação dos pacientes perante os serviços da USF”, “Boletim para Identificação das características do Imóvel e manejo ambiental – Leishmaniose Visceral”, “Cronograma de atendimento da USF”, “Projeto: sala de espera”, “Roteiro para visita domiciliar”, “Fluxograma analisador da USF”, “Adesivo de Combate à Dengue”, “Folheto de instrução sobre a Dengue”, “Reclamação”, “Registro por profissional de nível médio”, “Registro de Atividades do Agente Comunitário de Saúde”, “Retirada de Medicamento”, “Solicitação de Medicação de Vigilância Epidemiológica”, “Relação quantitativa de grupos por microárea”, “Cadastro Domiciliar” e “Cadastro Individual”.

Agora, a respeito dos aspectos da GD, notou-se que mesmo na USF B, que lidava muito mais com o prontuário físico e documentos em papel, os processos condizentes com a gestão documental em todas as USF não eram realizados, visto que não eram armazenados e depositados de maneira correta, e os funcionários não seguiam os critérios para produção, guarda, preservação e eliminação do prontuário físico e outros documentos de acordo com as leis estipuladas para esses processos, já que nem ao menos conheciam essas leis.

6.4 Análise Comparativa da Gestão da Informação entre as Unidades de Saúde da Família A, B, X e Y

Após apresentação e análise dos dados coletados com as entrevistas e observação aplicadas nas Unidades de Saúde da Família, percebeu-se a necessidade de uma análise comparativa entre as USF A, B, X e Y, visto que cada unidade apresentou um perfil diferente em lidar com os processos da GI, mesmo que, de modo geral, articularam aspectos em comum, sempre há exceções que devem ser explicitadas, ao passo que essa representação mais detalhada e comparativa pode incentivar a contribuição para melhorias entre as próprias unidades, ou seja, um aspecto positivo realizado por uma pode ser replicado por outra que não necessariamente a realizava e vice-versa.

Por isso, a estruturação dessa subseção possui a incumbência de desenvolver um quadro (Quadro 17) com a síntese detalhada das respostas dos funcionários e gestores de cada unidade (coletadas com a entrevista do tipo “F” e do tipo “G”)

baseadas e tendo como referência as etapas da gestão da informação atribuídas nos modelos de GI apresentados no referencial teórico, como também as etapas de GD representadas no modelo de Cruz Mundet (2008), uma vez que se considera a gestão documental como parte integrante do processo de gestão da informação.

O intuito desse quadro é demonstrar com mais detalhes como cada unidade lida com os processos que formam a gestão da informação, a fim de propor reflexão ao leitor, mediante a imaginação da realidade das unidades frente aos processos de GI. A partir desse detalhamento, se propôs uma discussão entre os resultados apresentados no quadro e foi realizada uma análise comparativa das práticas de GI desenvolvidas nas USF com os modelos e atividades bases da gestão da informação e da gestão documental.

A partir do Quadro 17, é possível verificar a presença das atividades de gestão da informação nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família, o que torna válido abordar um aspecto característico que resultou na escolha dessas USF como unidades de análise. Com base no relatório que apresentou o Rol de Indicadores de Avaliação da Atenção Básica e levando em consideração a interferência do índice populacional, em uma quantidade de até 10.000 mil habitantes, na qual encontram-se a USF A e USF Y e em uma quantidade de mais de 10.000 mil habitantes, na qual estão presentes a USF B e USF X, as duas Unidades de Saúde da Família que apresentaram os melhores índices de serviços de saúde de acordo com os indicadores e com a aproximação quantitativa populacional foram as USF A e USF X e as que apresentaram índices inferiores foram as USF B e USF Y. Como já externalizado na subseção 5.3, esse critério foi utilizado no intuito de poder comparar essas organizações de maneira diversificada e com maior riqueza de variáveis e verificar se esses aspectos influenciam no rendimento das unidades quanto a realização dos processos de gestão da informação.

Quadro 17 – Análise Comparativa da Gestão da Informação entre as USF A, B, X e Y

Etapas da GI	USF A	USF B	USF X	USF Y
Identificação das informações em saúde necessárias	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários conseguiam identificar suas necessidades de informação; → Os funcionários buscavam as informações necessárias por meio dos colegas de trabalho, de especialistas da rede pública de saúde da região de Marília, de protocolos emitidos pelo Departamento Regional de Saúde (DRS-IX), do prontuário físico e prontuário eletrônico; → Os funcionários costumavam registrar o conhecimento tácito para transformação em explícito e usos futuros. 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários conseguiam identificar suas necessidades de informação; → Os funcionários buscavam as informações necessárias por meio do prontuário físico; → Os funcionários não costumavam registrar o conhecimento tácito para transformação em explícito e usos futuros. 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários conseguiam identificar suas necessidades de informação; → Os funcionários buscavam as informações necessárias por meio de especialistas externos a unidade, bem como mediante o uso dos SIS; → Os funcionários não costumavam registrar o conhecimento tácito para transformação em explícito e usos futuros. 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários conseguiam identificar suas necessidades de informação; → Os funcionários não conseguiam sanar todas as necessidades de informação; → Os funcionários buscavam as informações necessárias por meio do prontuário físico e eletrônico e com os próprios pacientes da unidade; → Os funcionários costumavam registrar o conhecimento tácito para transformação em explícito e usos futuros.
Mapeamento e Reconhecimento dos Fluxos Formais	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários não conseguiam articular uma definição para fluxos formais de informação; → Os funcionários citavam os processos relativos aos registros nos prontuários físico e eletrônico como uma representação do fluxo formal de informação. → Não haviam práticas intencionais para mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários entendiam registro em documentos em papel como fluxos formais de informação; → Os funcionários alegavam que a unidade pouco trabalhava com fluxos formais. → Não havia práticas intencionais para mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários não conseguiam articular uma definição para fluxos formais de informação; → Os funcionários citavam a comunicação por memorandos e e-mail e os registros feitos pelos ACS como representações dos fluxos formais de informação da unidade; → Não haviam práticas intencionais para mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários não conseguiam articular uma definição para fluxos formais de informação; → Os funcionários consideravam a documentação como sinônimo de fluxo formais de informação; → Os funcionários citavam protocolos para atendimento médico, guias de contra referência e todo documento que já vêm predeterminado por alguém como produto dos fluxos formais de informação.

<p>Compartilhamento da informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> → A cultura do compartilhamento da informação era efetiva entre os funcionários e entre esses e os gestores, porém existiam restrições; → Os ACS costumavam se comunicar diretamente com os médicos e enfermeiros para sanar dúvidas e compartilhar informações sobre os pacientes e as famílias da população atendida; → A unidade possuía um grupo no <i>Whatsapp</i> para se comunicar quando algum funcionário não se encontra no interior do ambiente organizacional; → Os funcionários se comunicavam e compartilhavam informações entre si por meio do <i>Skype</i>, <i>e-mail</i> e telefone; → Os ACS não conseguiam acessar todas as informações no prontuário eletrônico por restrição estrutural do sistema (o médico considera essa situação inadequada). 	<ul style="list-style-type: none"> → A cultura do compartilhamento da informação era efetiva entre os funcionários, porém existem restrições; → Os funcionários não utilizavam nenhuma ferramenta tecnológica para se comunicarem; → Os funcionários consideravam as reuniões de equipe que aconteciam semanalmente um meio efetivo para compartilhamento da informação entre eles; → Os funcionários consideravam que o compartilhamento da informação acontecia predominantemente no âmbito informal. 	<ul style="list-style-type: none"> → A cultura do compartilhamento da informação era efetiva entre os funcionários, porém existem restrições; → Os ACS pouco se comunicam com os médicos e possuíam uma relação maior de compartilhamento da informação com a enfermeira; → Os funcionários não utilizavam nenhuma ferramenta tecnológica para se comunicarem; → Os ACS não conseguiam acessar todas as informações no prontuário eletrônico por restrição estrutural do sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> → A cultura do compartilhamento era efetiva entre os funcionários, porém existem restrições; → Os funcionários utilizam apenas o telefone para se comunicarem dentro da unidade, e demais ferramentas tecnológicas não foram citadas; → Os funcionários consideravam as reuniões de equipe que aconteciam semanalmente um meio efetivo para compartilhamento da informação entre eles; → Os funcionários consideravam que o compartilhamento da informação acontecia tanto no âmbito formal como no âmbito informal.
<p>Produção de serviços de informação em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários não conseguiam articular uma definição para produtos e serviços de informação; → Os funcionários citavam de maneira mais predominante os serviços de divulgação da informação e as funções realizadas pelos ACS como 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários definiam produtos e serviços de informação como toda ação de atendimento, interna ou externa, realizada por todos os funcionários da unidade; → Os funcionários citavam como serviços de informação em saúde: visita 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários não conseguiam articular uma definição para produtos e serviços de informação; → Os funcionários citavam de maneira mais predominante os serviços de divulgação da informação e as funções 	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários não conseguiam articular uma definição para produtos e serviços de informação; → Os funcionários citavam predominantemente os serviços de divulgação da informação e as funções realizadas pelos ACS como

	<p>produtos e serviços de informação em saúde;</p> <p>→ Os funcionários citavam como serviços de informação em saúde: divulgação de campanhas para prevenção, orientação sobre medicação, horários, datas e locais de consultas e exames agendados, orientação sobre vacinas atrasadas, busca ativa de pacientes com vacina atrasadas, busca ativa dos ACS de acolhimento para o atendimento médico, busca ativa de hipertensos e diabéticos e etc.</p>	<p>casa a casa realizada pelos ACS, reuniões do conselho gestor que reúne a população, os funcionários e gestores da USF para discussão e aprimoramento dos serviços da unidade, eventos de educação em saúde realizados nas escolas, agendamento de consultas realizado no interior da unidade, orientação sobre dengue e prevenção de demais doenças, entrega e orientação sobre agendamento de consultas e exames, atendimento médico e de enfermagem e etc.</p>	<p>realizadas pelos ACS como produtos e serviços de informação em saúde;</p> <p>→ Os funcionários citavam como serviços de informação em saúde: campanhas de vacina, tuberculose, hanseníase, casos de dengue, visitas casa a casa dos ACS, divulgação do horário de atendimento da unidade, orientação sobre consultas e exames agendados, produção de relatórios e organização das visitas casa a casa, organização das intercorrências das famílias pertencentes a população atendida, orientação e busca ativa de pacientes com vacina atrasada e faltosos, registro de reclamações sobre escorpião e dengue e etc.</p>	<p>produtos e serviços de informação em saúde;</p> <p>→ Os funcionários citavam como serviços de informação em saúde: entrega de cartilhas sobre prevenção de doenças aos pacientes, campanhas HIV, diabetes, hipertensão e de vacinas, orientação sobre data e horário de consultas e exames agendados e etc.</p>
<p>Desenvolvimento de processos de gerenciamento da informação em saúde (Prospecção, Monitoramento, Coleta, Seleção, Filtragem, Análise e Armazenamento da informação)</p>	<p>→ A gestora da SMS definia com efetividade os processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação, enquanto que a gestora da unidade possuía dificuldades em definir tais processos;</p> <p>→ A maioria dos funcionários não compreendiam e não desenvolviam os processos de monitoramento, coleta,</p>	<p>→ A gestora da SMS definia com efetividade os processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação, enquanto que a gestora da unidade possuía dificuldades em definir tais processos;</p> <p>→ Os funcionários não compreendiam e não desenvolviam os processos de monitoramento, coleta,</p>	<p>→ A gestora da SMS definia com efetividade os processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação, enquanto que a gestora da unidade possuía dificuldades em definir tais processos;</p> <p>→ Os funcionários não compreendiam e não desenvolviam os processos de</p>	<p>→ Nenhum dos gestores definiam com efetividade os processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação;</p> <p>→ A maioria dos funcionários não compreendiam e não desenvolviam os processos de monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação com efetividade;</p>

	<p>seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação com efetividade.</p> <p>→ O médico da unidade costumava verificar a veracidade da informação buscando a validade da fonte.</p>	<p>seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação.</p>	<p>monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação.</p>	<p>→ Uma das auxiliares de enfermagem monitorava a informação coletada por meio da confirmação do próprio paciente, quando a informação correspondia ao histórico de tratamento;</p> <p>→ A dentista costumava coletar a mesma informação em diversas bases de dados, a fim de verificar sua veracidade.</p>
<p>Uso sistematizado dos Sistemas de Informação em Saúde</p>	<p>→ Não haviam práticas de sistematização da informação nos SIS;</p> <p>→ As informações produzidas no prontuário físico eram organizadas por data;</p> <p>→ Cada funcionário era representado por uma cor diferente de caneta a fim de fazer os registros no prontuário físico (O Médico registrava com a caneta azul; ACS com a caneta preta; enfermeiras e auxiliares de enfermagem com a caneta vermelha);</p>	<p>→ Não haviam práticas de sistematização da informação nos SIS;</p> <p>→ As informações produzidas no prontuário físico eram organizadas por data.</p>	<p>→ Não haviam práticas de sistematização da informação nos SIS;</p> <p>→ As informações produzidas no prontuário físico eram organizadas por data.</p>	<p>→ Não haviam práticas de sistematização da informação nos SIS;</p> <p>→ As informações produzidas no prontuário físico eram organizadas por data;</p> <p>→ Os funcionários consideravam que o prontuário eletrônico e os sistemas de informação expedidos pelo MS já sistematizavam as informações naturalmente;</p> <p>→ A maioria dos funcionários não consideravam necessário a sistematização das informações do prontuário físico, visto que este era pouco utilizado para o planejamento estratégico.</p>
<p>Gestão Documental (Classificação, Ordenação, Instalação e Depósito, Eliminação e Preservação dos</p>	<p>→ A única regra que os funcionários consideravam como de preservação dos prontuários físicos corresponde a troca da capa (pasta) quando estava velha;</p> <p>→ Os prontuários eram ordenados por áreas, micro</p>	<p>→ Os prontuários eram ordenados por áreas, micro áreas, famílias e membros da família;</p> <p>→ Os prontuários não mais utilizados (óbito ou mudança do paciente) eram armazenados em caixas</p>	<p>→ O município possuía uma arquivista, porém essa profissional não possuía relação com os funcionários da unidade, a fim de auxiliar nos aspectos da GD;</p>	<p>→ Os prontuários eram ordenados por área, micro área, endereço, família e membros da família;</p> <p>→ Os funcionários alegavam que os documentos e as informações contidas no</p>

<p>prontuários físicos e demais documentos)</p>	<p>áreas, famílias e membros da família;</p> <p>→ Os prontuários não mais utilizados (óbito ou mudança do paciente) eram armazenados em um armário (chamado de arquivo morto), porém, sem nenhum tipo de ordem;</p> <p>→ Os demais documentos utilizados eram depositados em pastas sem nenhum tipo de organização;</p> <p>→ No geral, os funcionários não reconheciam as regras e não executavam práticas específicas de classificação, ordenação, instalação, depósito, eliminação e preservação dos prontuários físicos e demais documentos.</p>	<p>(chamado de arquivo morto), em ordem alfabética;</p> <p>→ No geral, os funcionários não reconheciam as regras e não executavam práticas específicas de classificação, ordenação, instalação, depósito, eliminação e preservação dos prontuários físicos e demais documentos.</p>	<p>→ Os prontuários eram ordenados por áreas, micro áreas, famílias e membros da família;</p> <p>→ No geral, os funcionários não reconheciam as regras e não executavam práticas específicas de classificação, ordenação, depósito, instalação, depósito, eliminação e preservação dos prontuários físicos e demais documentos.</p>	<p>prontuário físico eram desorganizados;</p> <p>→ Os funcionários alegavam que os armários se encontravam em situação precária para o armazenamento dos prontuários;</p> <p>→ No geral, os funcionários não reconheciam as regras e não executavam práticas específicas de classificação, ordenação, instalação, depósito, eliminação e preservação dos prontuários físicos e demais documentos.</p>
--	---	---	---	---

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com relação aos aspectos do processo de **'Identificação das informações em saúde necessárias'**, é possível verificar que os funcionários de todas as unidades conseguiam, de maneira consciente, identificar suas necessidades de informação. No entanto, a busca e a base de acesso para esses tipos de informações necessárias variavam muito. A USF Y demonstrou que não conseguia sanar todas as necessidades de informação e se acredita que o motivo seja a escassez da utilização de diversas bases de dados para acesso, logo, afirma-se que seja adequado que as USF lidem e acessem bases de dados diferentes para busca das informações, tais quais: prontuário eletrônico e prontuário físico do paciente; sistemas de informação em saúde expedidos pelo MS; especialistas da rede pública de saúde da região de Marília/SP; protocolos de atendimento do DRS-IX; pacientes; *sites* de pesquisa; funcionários; entre outros. Ou seja, as unidades devem variar sua busca de acordo com suas necessidades e esses são exemplos dados separadamente pelas próprias unidades, além disso, infere-se que a utilização e junção de todos esses exemplos seja o mais apropriado.

Ainda baseado nessa etapa, percebeu-se que apenas a USF A e a USF Y costumavam registrar o conhecimento tácito para transformação em conhecimento explícito, a fim de utilizá-lo futuramente. Assim, indica-se a USF e USF X a prática desse procedimento, pois desse modo, os funcionários serão capazes de otimizar seu próprio tempo e não precisarão pesquisar por uma informação já acessada e aprendida no passado, além de poder contribuir para lacunas informacionais e de conhecimento de outros funcionários.

A respeito da etapa **'Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais'**, verificou-se que nenhuma das unidades conseguiram expressar uma definição coerente sobre fluxos formais, porém, todas citaram os produtos e serviços desses fluxos como exemplos do próprio fluxo formal de informação. A USF A, X e Y consideraram toda documentação ou todo processo relativo ao uso do prontuário físico e eletrônico como fluxo formal de informação, e mesmo que a USF B também possuía esse entendimento acerca desse tipo de fluxo, se alegou que a unidade trabalha pouco com ele e que seus processos eram baseados muito mais no fluxo informal de informação. Todavia, de modo geral, nenhuma das USF afirmou que havia práticas intencionais para o mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação, e que desconheciam a importância dessa prática. Com isso, se acredita

que a utilização do SIS possa perder efetividade e prejudicar a comunicação entre os setores, afinal, o mapeamento desse tipo de fluxo é significativo para a criação de planejamento estratégico e produção organizada da informação e do conhecimento nos sistemas de informação.

Verificou-se que a cultura do **'compartilhamento da informação'** era muito mais efetiva na USF A do que nas demais unidades, visto que os funcionários dessa USF possuíam mais liberdade em lidar e se comunicar com a gestora da SMS quanto com a gestora da unidade. Além disso, não foi constatado nenhum conflito interpessoal entre os funcionários, como constatado na USF X. Por isso, no geral, indica-se que as USF B, X e Y considerem realizar práticas que incentive os ACS a se comunicarem diretamente com a (o) médica (o) e enfermeira (o) para sanar dúvidas e compartilhar informações sobre os pacientes, assim como a USF A realizava, pois, essa prática contribui para a função do ACS e enriquece a qualidade do atendimento do médico.

Nas unidades que utilizam menos tecnologias e fluxos formais de informação, recomenda-se utilizar o espaço das reuniões de equipe semanais e recriar suas metas e objetivos, estabelecendo e propiciando um ambiente de resolução de problemas e desenvolvimento de estratégias, com base na comunicação, na inter-relação pessoal e exposição de opiniões dos funcionários.

Ademais, principalmente na USF A e USF X, avistou-se que diante dos SIS e especialmente do PEP, nem todos os funcionários possuíam acesso a todas as informações dos prontuários e setores da unidade, e essa restrição acontecia essencialmente com os ACS, que não conseguiam acessar todas as informações no prontuário eletrônico por restrição estrutural do sistema, e essencialmente na USF A, o médico considerou essa situação inadequada, uma vez que os ACS são profissionais essenciais na formação da equipe e que traziam informações substanciais para o atendimento que era cedido a população. Dessa maneira, sugere-se uma revisão na restrição de acessos existentes no prontuário eletrônico, a fim de que a informação seja livre para o acesso de todos os profissionais que compõem a equipe de uma Unidade de Saúde da Família.

De acordo com a etapa de **'Produção de serviços de informação em saúde'**, foi possível observar, com exceção a USF B, que nenhuma das USF conseguiam articular uma definição consistente para serviços de informação em saúde, e citavam

predominantemente apenas os serviços de divulgação da informação e as funções dos ACS como tais. A USF B obteve destaque, pois considerou serviços de informação como toda ação de atendimento, interna ou externa, realizada por todos os funcionários da unidade, e não unicamente os serviços de divulgação de campanhas e agendamento de consultas e exames. Por isso, propõem-se que as demais unidades passem a internalizar a mesma consciência e entendimento da USF B referente a essa etapa da GI, porque assim todos os procedimentos realizados na unidade podem se tornar mais resistente, afinal estarão baseados nas diretrizes da gestão da informação e no acesso à informação de qualidade.

Conjuntamente, não se deve descartar os tipos de serviços de informação que foram citados por todas as unidades, mesmo sendo a maioria da competência dos ACS, pois, de fato, esses serviços podem ser visualizados com mais clareza e são cruciais para o desenvolvimento do atendimento das unidades. Por assim, do mesmo modo que as funções e os procedimentos da unidade devem ser realizados com base no gerenciamento prévio da informação e no seu acesso efetivo e de qualidade, os serviços de informação, tais quais: divulgação de campanhas para prevenção de doenças; orientação sobre medicação; horários, datas e locais de consultas e exames agendados; orientação sobre vacinas atrasadas; busca ativa de pacientes com vacinas atrasadas; busca ativa dos ACS de acolhimento para o atendimento médico; busca ativa de hipertensos e diabéticos, e etc.; também devem ser.

Na USF A, com relação aos **‘processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação’**, notou-se que a gestora da SMS definiu com efetividade os conceitos desses processos, ou seja, compreendeu como esses processos poderiam ser aplicados na prática, no entanto, tal gestora possuía muitas dificuldades para compreender tais processos, o que refletia no perfil dos funcionários, que também não conseguiam articular com facilidade a definição desses conceitos, tampouco realizá-los na prática.

Portanto, acredita-se que havia uma falha na comunicação e capacitação que envolvia a gestora da SMS e a gestora da unidade, incluindo seus funcionários, mas, ainda assim, percebeu-se que, de algum modo, o médico costumava, ao menos, verificar a veracidade da informação, buscando outras fontes e verificando suas validades. A mesma situação foi constatada na USF B e na USF X, porém nestas, a situação é mais preocupante, porque os funcionários não realizam nenhum tipo de

prática voltada a processos específicos do gerenciamento da informação. Na USF Y, mesmo que nenhum dos gestores soube definir com efetividade tais processos e mesmo com o fato de que a maioria dos funcionários não compreendia e não desenvolvia os processos de monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação com eficiência, ainda assim certificou-se que pelos menos dois funcionários trabalhavam os processos de coleta e monitoramento da informação, mediante o acesso a diversas bases de dados, com o intuito de verificar a veracidade da informação coletada, assim como confirmar com o próprio paciente quando essa informação correspondia ao histórico de tratamento.

Identificou-se, com base na etapa '**Uso sistematizado dos sistemas de informação em saúde**', que no geral, não existiam práticas de sistematização da informação nos SIS e que em todas as unidades as informações produzidas no prontuário físico eram organizadas apenas por data e as anotações/registros eram livres. A USF A possuía uma regra específica para organização das informações produzidas no prontuário, que correspondia ao fato de que cada funcionário era representado por uma cor diferente de caneta no momento de fazer os registros, assim, acredita-se que essa prática possa ser utilizada também pelas demais unidades, visto que auxilia na avaliação da informação com base em quem produziu determinado tipo de informação como também na organização e melhor visualização dos registros no prontuário físico.

Enfim, com relação a essa etapa, a USF Y não considerava importante o estabelecimento de práticas de sistematização da informação tanto para o uso quanto para a produção, pois acreditava que o PEP e demais SIS expedidos pelo MS já sistematizavam as informações, além do que, essa mesma unidade alegou que não considerava necessária a sistematização das informações do prontuário físico porque este era pouco utilizado para o estabelecimento do planejamento estratégico. No entanto, ao considerar que mesmo com menor frequência, esse tipo de sistema de informação ainda é utilizado para o atendimento, infere-se ser necessário a introdução de práticas de sistematização e a tentativa de mudança desse pensamento e a conscientização dos funcionários sobre a importância dessas práticas.

Escolheu-se analisar os processos da '**gestão documental**' na pesquisa porque entende-se que eles fazem parte da gestão da informação e principalmente porque no setor público de saúde e na ABS os ambientes contam com o uso dos

prontuários físicos e outros documentos em papel, que carecem de gerenciamento. Além disso, ao se gerenciar documentos naturalmente as informações armazenadas nestes estarão sendo gerenciadas. Porém, percebeu-se que os funcionários de todas as unidades desconheciam e não executavam os processos específicos de classificação, ordenação, instalação, depósito, eliminação e preservação dos prontuários físicos e outros documentos, assim como não conheciam as regras e leis para tal execução com efetividade.

A USF B armazenava os prontuários físicos não utilizados em caixas, que chamavam de “arquivo morto”, em ordem alfabética; na USF A esses prontuários eram armazenados em armários, porém sem ordenação específica, assim como nas outras duas USF. Todas as unidades organizavam os prontuários físicos baseado em uma regra geral (por área, micro área, famílias e membros da família). A USF Y declarou que os documentos e as informações contidas no prontuário físico eram desorganizados, justamente porque, como já analisado anteriormente, não visualizavam o prontuário físico como uma ferramenta de apoio para o planejamento estratégico e tomadas de decisão, o que pode ser prejudicial a unidade, já que a cultura da falta de organização no prontuário físico poderia migrar para a do PEP e demais SIS. Por fim, como diferencial, a USF X possuía uma profissional arquivista contratada pelo município, que poderia dar subsídios a GD da unidade, todavia essa relação como o ambiente da unidade não existia.

A partir da análise comparativa da gestão da informação entre as USF, propôs-se figuras com algumas sugestões representativa do fluxo de informação que envolve os processos e as práticas da gestão da informação (Figura 8, 9 e 10), com base nos modelos de McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Davenport (2002), Choo (2003), e Valentim (2004) e Cruz Mundet (2008), e levando-se em consideração as características e especificidades de cada Unidade de Saúde da Família.

Figura 8 – Fluxo de Informação para Gestão da Informação: subsídios para as USF A, B, X e Y (Parte I)



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

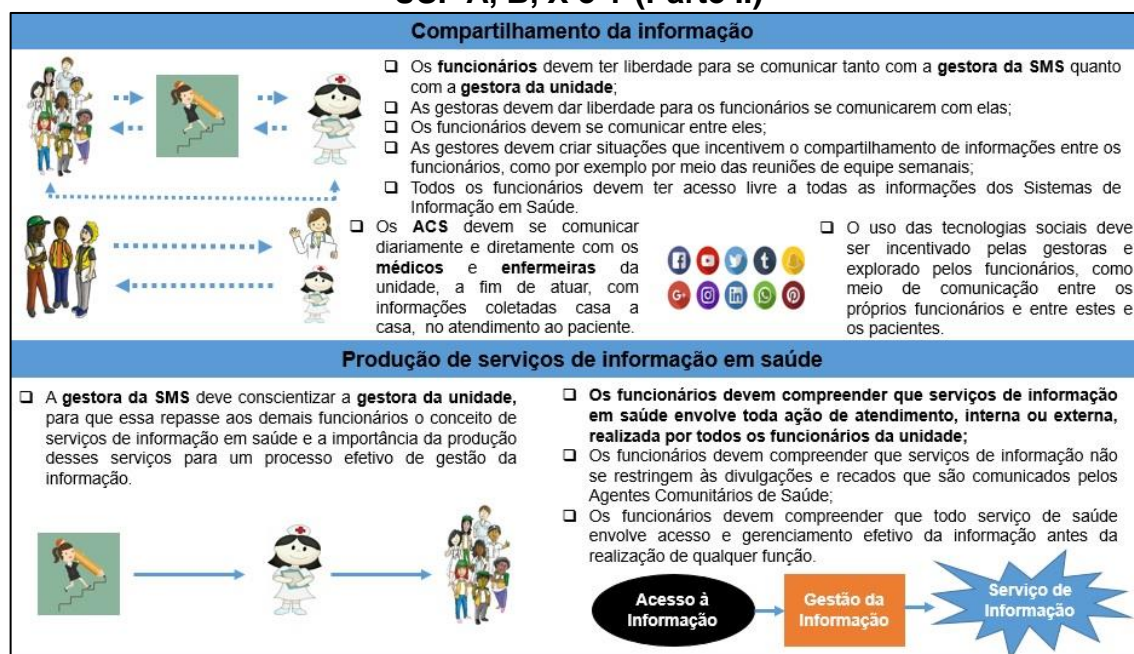
As proposições descritas na Figura 8, 9 e 10 carregam consigo alguns fatores positivos que condizem com a realidade indicada pelas USF com relação aos processos de gestão da informação. Logo, além de terem sido baseadas em aportes teóricos, como já explanado, as proposições são subsídios transformados em um fluxo de informação para cada etapa da GI analisada nas USF com dicas sintetizadas que podem ser utilizadas pelas USF pesquisadas.

Ao identificarem suas necessidades de informação, os funcionários podem buscar a informação em várias bases de dados e é importante que as informações recuperadas e utilizadas para tarefas e tomadas de decisão sejam registradas e documentadas para usos futuros. Além disso, os funcionários necessitam compreender a importância do mapeamento dos fluxos de informação, e o que corresponde esses fluxos, para isso, sugere-se que esses entendimentos sejam passados pelas gestoras, que por sua vez devem buscar capacitação externa.

Acredita-se ser crucial a consciência de que várias bases de dados podem ser utilizadas para acesso a informação, dependendo da necessidade, e que o registro do conhecimento tácito, transformado pelo acesso ao conhecimento explícito deve se tornar um hábito que contribui diretamente para a memória organizacional dessas unidades e para a melhoria da qualidade dos atendimentos prestados. Todavia, para que a identificação dos tipos de informações necessárias e a competência no acesso

às informações de diversas bases aconteçam é necessário que o fluxo de informação passe a ser compreendido e mapeado de maneira frequente.

Figura 9 – Fluxo de Informação para Gestão da Informação: subsídios para as USF A, B, X e Y (Parte II)



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

A prática do compartilhamento da informação precisa constantemente ser incentivada. Na Figura 9, reitera-se que os ACS necessitam se comunicar diretamente com os médicos e enfermeiros, pois não é uma prática frequente em todas as USF e nas que foram constatadas esse contato, notou-se um nível muito maior de sinergia e engajamento dos profissionais para com a população.

As TIC podem ser ferramentas muito úteis para a prática do compartilhamento da informação, no entanto, como as unidades possuem um espaço físico de pequeno e médio porte, as ferramentas passam a não serem muito utilizadas, porque o nível de inter-relação pessoal e física é maior e, por isso, os funcionários compreendem não ser necessário o uso de tecnologia para se comunicarem. Porém, é importante o uso dessas ferramentas quando algum profissional não se encontra no interior da unidade, mas necessita se comunicar com a equipe, por exemplo, e também podem ser utilizadas para a comunicação com os próprios pacientes, mediante avisos e divulgações referente ao tratamento e prevenção de doenças.

Torna-se imprescindível que a produção de serviços de informação em saúde seja baseada em informação gerenciada e de qualidade com base em um acesso efetivo e competente por parte dos funcionários. Para isso, os gestores necessitam

aplicar capacitações voltadas a competência em informação, ao acesso em bases de dados confiáveis, ao gerenciamento da informação e o seu uso nas atividades executadas diariamente.

Figura 10 – Fluxo de Informação para Gestão da Informação: subsídios para as USF A, B, X e Y (Parte III)



Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Como em praticamente todas as etapas, foi percebido que as gestoras devem buscar capacitação externa relacionada às etapas da gestão da informação a fim de poder subsidiar as funções dos demais funcionários da unidade. No tocante aos processos de GI, os funcionários devem ser conscientizados sobre a importância desses no dia a dia do atendimento. Para isso, a Figura 10 apresenta dicas de como esses podem ser realizados de maneira cíclica e eficiente. O uso sistematizado e maneiras de produzir informação de modo sistematizado foi abordado. Nesse caso, para produção das informações sistematizadas no prontuário e demais documentos, o funcionário deve registrar o atendimento com base em uma reconstrução simbólica

e detalhada de todo o processo, desde a primeira abordagem da queixa até a conduta de tratamento. Dicas para organização visual foram ofertadas e até mesmo a resolução para o problema de preenchimento dos dados no prontuário eletrônico bem como a leitura coordenada dos relatórios emitidos por esse sistema. Nem todos os campos disponíveis no PEP são compreendidos pelos usuários, portanto, é interessante que esse funcionário tenha uma referência documental de quais informações são realmente necessárias de serem preenchidas como também retiradas e interpretadas para o atendimento.

Baseado nos aspectos da gestão documental, sugeriu-se que os funcionários das USF compreendam que não existe arquivo morto e que os prontuários e documentos não utilizados são dotados de valor e podem ser utilizados a qualquer momento diante de uma necessidade informacional. Para tanto, devem ser ordenados, organizados e armazenados em locais preservados e com boas condições para instalação e acesso. Além de tudo, indica-se que as gestoras capacitem seus funcionários com base em algumas leis da GD.

Finalmente, reparou-se que as especificidades e o modo de cada unidade em lidar com a gestão da informação forneceu subsídios relevantes para a prática desse processo. A exaltação dos pontos positivos que cada USF apresentou na coleta de dados resultou em orientações gerais sobre como trabalhar de maneira efetiva a gestão da informação no dia a dia.

Além disso, constatou-se que a USF A e a USF X, que apresentaram melhores resultados de desempenho diante do rol de indicadores da atenção básica (Quadro 11), mesmo com falhas e limitações, também demonstraram realizar com mais efetividade algumas práticas da GI se comparadas a USF B e a USF Y, que apresentaram resultados insatisfatórios perante os indicadores.

Por exemplo, com relação a etapa de mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais, notou-se que nenhuma das unidades a desenvolveram. Todavia, a USF A e a USF X expuseram algumas exceções, representadas pelo fato de que algumas práticas relacionadas ao mapeamento eram articuladas e/ou pelo menos um(a) profissional de cada unidade realizava individualmente o mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais. O mesmo se deu com base nos processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da

informação, visto que, ao menos foi encontrada a execução de alguns desses processos pelas USF A e USF X, enquanto que nas demais não foi.

A USF A que, com base nos indicadores, apresentou resultados mais satisfatórios dentre todas, demonstrou trabalhar com algumas práticas de sistematização na produção das informações no prontuário físico e no acesso do prontuário eletrônico, mesmo que com algumas lacunas, diferentemente de todas as outras unidades. Ademais, mesmo não realizando de um modo geral os processos da gestão documental, manifestou que organizava e armazenava os prontuários físicos não mais utilizados de maneira mais otimizada, com mais critérios que as demais unidades.

Portanto, a partir dessas constatações, verificou-se que a realização dos processos de gestão da informação, mesmo que mínima, contribuiu para os resultados das práticas oriundas do atendimento das USF. Assim, pressupõe que a implantação e manutenção contínua dos processos da GI podem contribuir para a melhoria nos resultados dos indicadores de atenção básica das Unidades de Saúde da Família.

A partir deste momento, considerando toda a análise dos dados, o referencial teórico e a fusão desses elementos, são apresentadas as diretrizes detalhadas para gestão da informação na Atenção Básica em Saúde.

6.5 Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde

Mediante um dos objetivos específicos da pesquisa, foram propostas diretrizes para aplicação dos processos da gestão da informação nas Unidades de Saúde da Família, ponderando as especificidades e as realidades das USF pesquisadas. Porém, antes de expor as diretrizes, considera-se necessário abordar algumas características das USF que foram evidenciadas na análise, após a aplicação da coleta de dados.

De modo geral, todas as unidades se estabeleciam em um espaço físico pequeno, com 12 funcionários, em média, atuando nas unidades, o que induz uma forte característica de relação informal entre os funcionários. A USF B demonstrou que não utilizava TIC para se comunicar e muito pouco para registrar as informações provenientes dos atendimentos. Acredita-se que isso se dá pelo fato de que a unidade se encontrava com um número reduzido de funcionários e até mesmo com a ausência do médico no seu corpo de trabalho.

Todas as unidades exprimiram falta de consciência e sensibilização sobre a importância da gestão da informação e dos seus processos, visto que desconheciam os conceitos, especificidades e finalidades dos fluxos formais e até informais de informação; dos serviços de informação (com exceção da USF B); das ações de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação; da produção e uso sistematizado da informação; e dos aspectos da gestão documental.

Como exceções, a USF B demonstrou uma noção e um conceito de serviço de informação muito mais abrangente, o que facilita a adequação às práticas da GI no ambiente organizacional; e a USF A, ainda que com muitas lacunas, apresentou ao menos uma prática interessante de produção sistematizada da informação no prontuário físico.

Em específico, a USF Y demonstrou que nenhum dos gestores possuíam competência em informação e não conseguiram definir e explicar os conceitos relativos a prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, análise e armazenamento da informação, tampouco os processos de classificação, ordenação, instalação, depósito, eliminação e preservação dos prontuários físicos, que ainda são muito utilizados por eles. Nesse contexto, pode-se afirmar que as dificuldades dos funcionários na realização das práticas de GI são muito maiores, dado que não possuem subsídios gerenciais para tal.

Na USF X foi notável que a gestora da SMS possuía muito mais intimidade com os aspectos relativos a gestão da informação, e até mesmo reconhecia a relevância da inserção desse processo no ambiente de trabalho da unidade, porém vê-se que não portava consigo um plano estratégico para isso e que falta a ela direcionamento para aplicação dos aspectos.

Em um âmbito generalista, foi possível compreender que as USF estabeleciam pontos em comum no que tange a presença das práticas de GI nas suas atividades, porém, com algumas diferenças que variavam entre os aspectos positivos e negativos, tido como equilibrados entre elas. Além disso, verificou-se que existia uma cultura da valorização do conhecimento tácito e empírico muito forte, mesmo porque foram considerados altos os níveis de socialização e compartilhamento da informação. Portanto, ao mesmo tempo, o estabelecimento dos fluxos informais é muito mais visível do que o estabelecimento dos fluxos formais de informação, e depende-se

que esse seja um dos maiores motivos para o impedimento e dificuldade das USF em executar com mais efetividade os processos da GI, que lida justamente com o objeto explícito, como explana Valentim (2004). Todavia, como não se deve descartar a realidade cultural de um ambiente organizacional, optou-se por desenvolver diretrizes que contemple o fator humano, o conhecimento tácito e a socialização a favor do fator tecnológico, do conhecimento explícito e do fluxo formal de informação.

Para tanto, além de serem baseadas na análise dos dados, nos modelos de McGee e Prusak (1994), Marchand, Kettinger e Rollins (2001), Davenport (2002), Choo (2003), Valentim (2004) e Cruz Mundet (2008), as diretrizes também levaram em consideração e foram alicerçadas pelo modelo de gestão da informação de Ponjuán Dante (2011), justamente porque é o modelo que apresenta de maneira mais notória o fator humano, a dimensão cognitiva e a esfera social de uma organização, além de relacionar todos os componentes e recursos de uma organização à prática da gestão da informação e ser aplicável a qualquer tipo de organização (PONJUÁN DANTE, 2011).

Pode-se afirmar que o modelo da Figura 11 trabalha no contexto sistêmico da gestão da informação, em que todos os elementos se convergem e dependem um do outro para o funcionamento eficiente da organização. Nesse caso, o modelo de Ponjuán Dante (2011) representa que todos os elementos de um ambiente organizacional, entre eles: recursos humanos e tecnológicos, serviços e processos produtivos, sistemas de informação, cultura organizacional e informacional, entre outros, trabalham em conjunto, são responsáveis e devem ser levados em consideração na realização da gestão da informação, que também depende de competências e habilidades informacionais humanas.

Figura 11 – Modelo de Gestão da Informação de Ponjuán Dante



Fonte: Ponjuán Dante (2011).

Para Ponjuán Dante (2011, p.14) gestão da informação é

[...] um processo estratégico que ocorre em uma organização de qualquer tipo (incluindo comunidades e outras entidades de natureza social). É um processo que engloba todos os processos e atividades dessa organização e seus componentes, por isso tem um relacionamento próximo com o sistema que a governa. [...] diferentes componentes e processos que ocorrem são levados em consideração em um ambiente ou contexto, contemplam-se políticas de informação que constituem o marco regulatório em que o sistema de informação se movimenta e onde os conteúdos constituem o objeto base fundamental da gestão (PONJUÁN DANTE, 2011, p.14, tradução nossa).

Ademais, a autora ainda complementa que a gestão da informação deve

[...] promover atividades que favoreçam o desenvolvimento de competências informacionais, deixando mais tempo ao profissional da informação para ser empregado nos processos e no desenvolvimento de produtos e serviços. Por isso, também deve se monitorar as informações com relação as ações de alfabetização realizadas e seus resultados, visando promover ações cada vez mais complexas à medida que os usuários vão adquirindo competências básicas (PONJUÁN DANTE, 2011, p.16, tradução nossa).

Portanto, a partir da análise comparativa dos modelos de GI comentados no referencial teórico, do modelo de GD de Cruz Mundet (2008) e do modelo de GI de Ponjuán Dante (2011), realizou-se uma adaptação à realidade e características intrínsecas das USF compreendidas na análise dos dados, que resultou em 9

processos e 27 diretrizes para o desenvolvimento da gestão da informação nas Unidades de Saúde da Família pesquisadas, que por sua vez, contemplam muitas outras USF com características semelhantes a essas.

As “Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde” visa o gerenciamento efetivo da informação para produção de serviços de informação de qualidade, que contemplem melhorias nas atividades de atendimento cedido à população. Por isso, as diretrizes valorizam essencialmente a transformação do conhecimento tácito em explícito e reaproveita a cultura da socialização e comunicação informal. Concomitantemente estimula o mapeamento dos fluxos de informação; o uso de diversas bases de dados: humanas, tecnológicas e documentais; a produção e o uso sistematizado da informação; a busca, coleta, prospecção, seleção, filtragem e análise da informação; o gerenciamento dos documentos e prontuários físicos e a informação contida neles; a comunicação e o acesso livre da informação entre todos os funcionários; a consciência no uso das TIC, entre outros aspectos baseados no oferecimento de capacitações e conscientizações que devem partir do(a)s gestor(a)s.

Quadro 18 – Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde

PROCESSOS	DIRETRIZES
Conscientização	→ O (a) gestor (a) da SMS deve buscar capacitação e compreender os processos da gestão da informação e sua importância para o ambiente de qualquer organização.
	→ O (a) gestor (a) da unidade deve, por meio da conscientização e capacitação do (a) gestor (a) da SMS, se conscientizar da importância da gestão da informação na unidade e compreender todos os seus processos.
	→ Os funcionários da unidade, por meio da conscientização e capacitação do (a) s gestore (a) s, se conscientizar da importância da gestão da informação na unidade e compreender todos os seus processos.
Identificação e reconhecimento dos fluxos formais e informais de informação em saúde	→ Os funcionários e gestore (a) s necessitam compreender os conceitos de informação formal e informal.
	→ Os funcionários e gestore (a) s devem reconhecer quais tipos de informações socializadas e compartilhadas entre si são utilizadas e a partir disso registrá-las. Também devem identificar quais tipos de informações coletadas e selecionadas nos sistemas de informação em saúde, bem como nos documentos, são utilizadas nas atividades relativas ao atendimento ao paciente e a partir disso registrá-las.
	→ Os funcionários devem identificar e registrar os tipos de informações que são gerados pelas atividades envolvidas ao atendimento da unidade.
Mapeamento da informação em saúde necessária	→ Os funcionários e gestore (a) s devem diariamente identificar suas necessidades de informação e registrá-las.
	→ Os funcionários e gestore (a) s devem relacionar os tipos de informações necessárias com o tipo de atividades que está sendo realizada.
	→ Os funcionários e gestore (a) s devem registrar os tipos de informações e suas relações com as atividades realizadas na unidade.
Busca e obtenção da informação em saúde	→ As bases de dados para busca e obtenção da informação deve ser escolhida conforme o tipo da informação que se necessita. (Bases de dados comuns: colegas de trabalho, especialistas da rede pública de saúde da região, protocolos de atendimento do DRS-IX, prontuário físico e prontuário eletrônico do paciente, pacientes da USF e <i>internet</i> (sites de busca especializados na área da saúde)).
	→ Os funcionários e gestore (a) s devem buscar e coletar a informação necessária em mais de uma base de dados/ devem prospectar e selecionar as informações que mais consideram adequadas e filtrar a informação que de fato irá suprir suas necessidades e auxiliar na atividade necessária.
	→ Os funcionários e gestore (a) s devem realizar a atividade com base na informação selecionada e filtrada/ analisar se a atividade foi realizada com êxito e por fim armazená-la em um local seguro e de fácil acesso.
Sistematização da informação em saúde	→ Os funcionários e gestore (a) s devem preencher as informações nos sistemas na ordem física do atendimento aos pacientes e das demais funções técnicas realizadas.
	→ Os funcionários e gestore (a) s devem comunicar à gestão possíveis dúvidas e dificuldades na produção da informação, dentro de algum campo específico dos sistemas de informação em saúde (ex: prontuário eletrônico do paciente).
	→ Toda informação registrada no prontuário físico e demais documentos devem conter título, objetivo, data, descrição e nome do funcionário que a produziu e depois ser armazenada com base nos mesmos requisitos.
Gestão de documentos e	→ Os funcionários da unidade devem, por meio da conscientização e capacitação dos gestores, se conscientizar que não existe “arquivo morto” e que todos os prontuários e documentos, até mesmo os não mais utilizados, devem ser organizados, ordenados e armazenados em ambientes seguros e de fácil acesso.

prontuários físicos	<ul style="list-style-type: none"> → Os prontuários físicos e demais documentos devem ser classificados e ordenados pelas variáveis: tipo, função, cor, numeração, ordem alfabética e data. Devem ser instalados e depositados em locais seguros e de fácil acesso, a fim de garantir sua preservação. → Os gestores devem ofertar capacitação aos funcionários baseados nas seguintes resoluções e parecer: (i) Resolução nº CFM 1.638/2002; (ii) Art 4º da Resolução nº1.639/2002; Parecer CREMEC nº14/2007.
Compartilhamento da informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> → As reuniões de equipe devem ser otimizadas e utilizadas para discussões dos problemas e articulações de estratégias, porém todos devem expor suas opiniões e contrapontos de opiniões. Essa sistemática deve ser coordenada pelo (a) gestor (a) da unidade. → O (a) gestor (a) da SMS deve participar uma vez por mês da reunião de equipe, para propor capacitações e sugestões de melhorias, assim como ouvir sugestões dos funcionários. → Os sistemas de informação em saúde (principalmente o prontuário eletrônico do paciente) deve propiciar, por meio da sua estrutura, livre acesso das informações para todos os funcionários pertencentes a equipe da unidade.
Utilização da informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários e gestore (a) s devem utilizar a informação acessada e obtida para traçar planos estratégicos no tratamento e prevenção da saúde dos pacientes. → Os funcionários e gestore (a) s devem utilizar a informação acessada e obtida de maneira ética, consciente, direcionada e competente. → Os funcionários e gestore (a) s devem utilizar a informação acessada e obtida para melhorias no atendimento prestado ao paciente.
Elaboração de serviços de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> → Os funcionários e gestore (a) s devem se conscientizar que todo atendimento e toda atividade relacionada ao tratamento e prevenção de doenças são serviços de informação. → A qualidade dos serviços de informação depende da realização e êxito nos processos anteriores. → Os funcionários e gestore (a) s devem compreender que a qualidade da informação implica na qualidade dos serviços de informação que resulta na eficácia do atendimento da Unidade de Saúde da Família.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Foram definidos 9 processos de gestão da informação com 3 diretrizes para cada processo:

(i) Conscientização: diz respeito a importância da conscientização dos funcionários e gestores sobre a importância dos processos da gestão da informação na unidade. Os gestores podem oferecer capacitação e treinamentos, por meio das reuniões de equipe e palestras relacionados a prática da gestão da informação no dia a dia das USF e em como essa prática pode resultar na melhoria dos serviços que são realizados e ofertados.

(ii) Identificação e reconhecimento dos fluxos formais e informais de informação em saúde: visa estimular o mapeamento dos fluxos de informação a fim de facilitar a busca e acesso da informação para tomada de decisões. Esse processo visa valorizar a informação informal, fruto da socialização e comunicação entre os funcionários, como também a informação formal oriunda dos sistemas de informação em saúde e documentos. Além do que os funcionários podem conhecer quais são os tipos de informações provenientes das atividades que realizam e por consequência reconhecer quais as relações informacionais estabelecidas entre os setores.

(iii) Mapeamento da informação em saúde: fazer com que os funcionários reconheçam as informações que são úteis para realização das suas atividades e propõe a transformação dessa informação, em primeiro momento tácito, para explícita, o que contribui para memória organizacional e individual de cada funcionário.

(iv) Busca e obtenção da informação em saúde: é um processo altamente dependente do anterior, uma vez que é importante reconhecer o tipo de informação que se necessita para escolher qual a base de dados mais adequada para consulta, seleção e utilização. Todavia, existem procedimentos importantes a serem seguidos para que esse processo de fato seja eficaz, que diz respeito a realização das etapas de busca, coleta, prospecção, seleção, filtragem, obtenção e análise da informação.

(v) Sistematização da informação em saúde: define como os funcionários devem produzir e utilizar a informação de modo organizado. Além disso, propicia abertura para constituírem senso crítico na utilização dos sistemas de informação, principalmente do prontuário eletrônico, ou seja, faz com que os funcionários busquem capacitações e adequações na estrutura funcional desses sistemas com base na produção sistematizada da informação que fornece informações detalhadas e gerenciadas para consultas.

(vi) Gestão de documentos e prontuários físicos: explora a capacitação dos funcionários no que tange a resoluções e pareceres baseados em leis de gestão documental, bem como sugere subsídios voltados a classificação, ordenação, instalação e depósito dos prontuários físicos e demais documentos utilizados na unidade. Acredita-se que esse processo faz parte da gestão da informação, principalmente nas instituições em questão, pois são essas altamente dependentes de documentação e que, mesmo com a implantação do prontuário eletrônico, utilizam o prontuário físico no atendimento ao paciente.

(vii) Compartilhamento da informação em saúde: busca incentivar a socialização e a comunicação formal e informal entre os funcionários e entre estes e os pacientes. Estimula uma readequação das reuniões de equipe, que são práticas obrigatórias de toda USF, com relação ao uso do tempo e espaço dessas reuniões para a otimização da comunicação e da exposição de ideias como construtoras do conhecimento tácito e aumento consecutivo do conhecimento explícito.

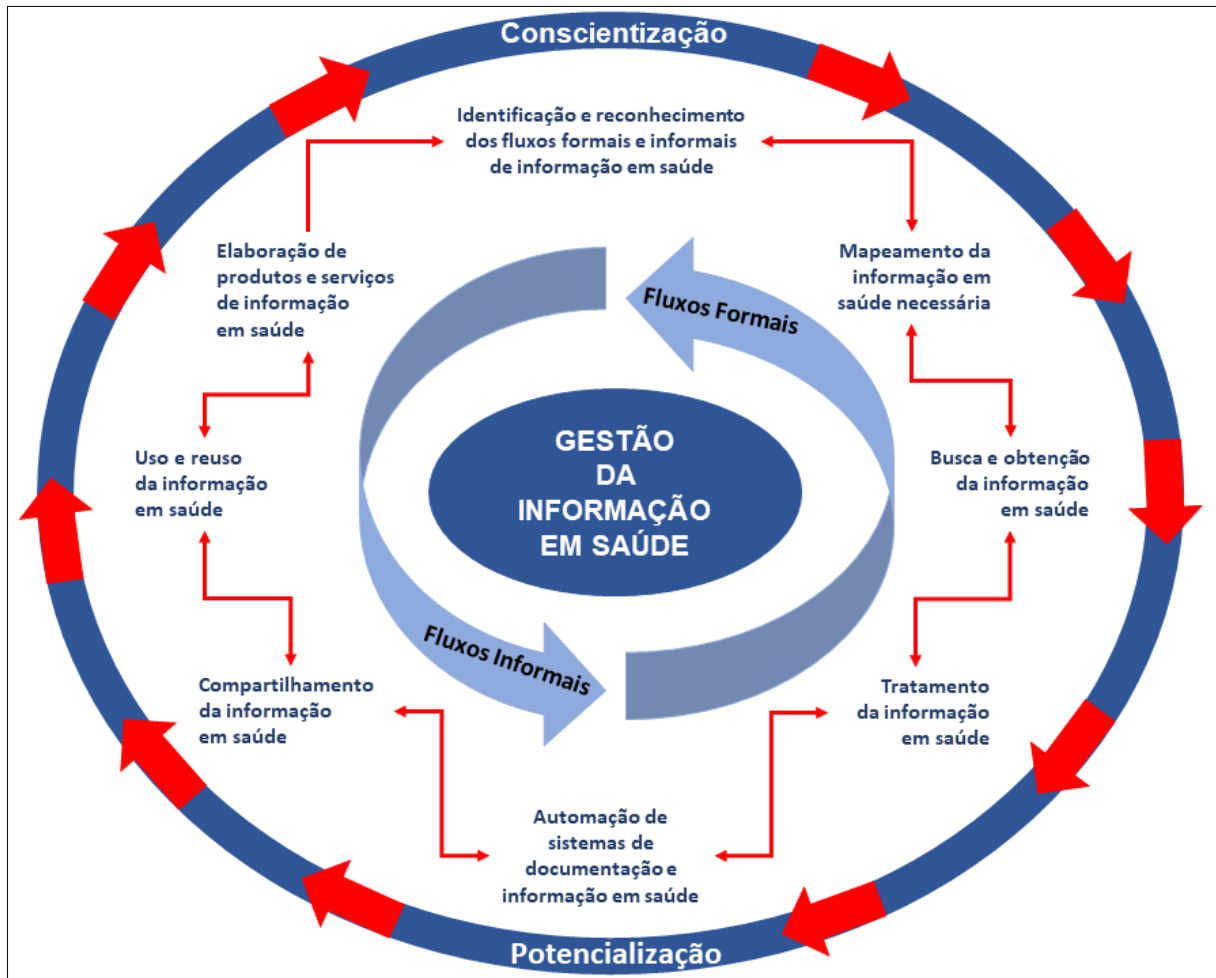
(viii) Utilização da informação em saúde: visa justificar todas os outros processos realizados justamente para que a utilização da informação seja efetiva, realizada de maneira ética, consciente, competente e direcionada (sempre a alguma ação voltada ao atendimento ao paciente).

(ix) Elaboração de serviços de informação em saúde: trata de uma readaptação sobre o primeiro processo, relacionado a consciência, visto que no processo de elaboração de serviços de informação em saúde o funcionário já internalizou toda a trajetória de gerenciamento da informação e carrega consigo informação de qualidade, gerenciada para a construção de serviços que vão ser ofertados à população.

Isto posto, pode-se afirmar que a pesquisa conseguiu desenvolver diretrizes que favorecesse todos os aspectos relativos ao uso da informação em uma USF, que foram estruturados e utilizados como alicerce na coleta de dados. Os aspectos foram: Fluxo de Informação Explícita; Tecnologias de Informação e Comunicação (Sistemas de Informação em Saúde) e Gestão Documental. Desses três aspectos analisados e contemplados, pôde-se notar a forte presença da informação tácita e dos fluxos informais de informação, que aqui foram considerados benéficos para o processo da gestão da informação.

Com base na estruturação dos processos contidos no Quadro 18, elaborou-se o produto dos processos e diretrizes para gestão da informação na ABS, representado na Figura 12.

Figura 12 – Produto dos Processos e Diretrizes para Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Mediante a análise dos dados, deduz-se que para a realização efetiva da gestão da informação na prática de Unidades de Saúde da Família é necessário a consciência do(a)s gestor(a)s e dos funcionários acerca da relevância da informação gerenciada e a potencialização para o seu melhor uso, seja no auxílio das atividades diárias, seja na tomada de decisões importantes, que diz respeito a conduta do profissional da saúde. Essa consciência é uma maneira de capacitar os funcionários na execução de cada processo e propor a eles uma visão sistêmica da realidade em que atuam, a fim de que compreendam que podem contribuir para formação e desenvolvimento efetivo da sociedade da informação em todos os seus âmbitos,

nesse caso, no âmbito público e de serviços que visa proporcionar qualidade de vida a população, principalmente a mais carente. Considera-se que estruturas organizacionais devem ser reinventadas e culturas informacionais implantadas para a sustentabilidade das organizações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa partiu da seguinte problemática central: como as Unidades de Saúde da Família utilizam e lidam com a gestão da informação nas suas práticas de trabalho e tomadas de decisão? A partir disso, teve como objetivo geral analisar os processos da gestão da informação e sua presença nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família dos municípios de Gália, Cândido Mota, Garça e Vera Cruz, dispostos na região de Marília, estado de São Paulo.

A construção do referencial teórico foi crucial por propiciar reflexões a respeito da inter-relação entre os temas da gestão da informação, setor público de saúde, gestão documental, competências e habilidades em informação, tecnologias de informação e comunicação e sistemas de informação em saúde. Mediante aporte do referencial teórico, pôde-se constatar que é possível desenvolver os processos da gestão da informação com efetividade, desde que os gestores e demais profissionais internalizem competências e habilidades em informação em seus perfis.

Além disso, pôde-se compreender que a gestão documental é um processo que não pode ser desassociado da gestão da informação, principalmente no setor público de saúde e especialmente nas Unidades de Saúde da Família, que em predominância utilizam o prontuário do paciente como apoio para realização de suas atividades. Como o prontuário do paciente, seja físico ou digital, é tido como um documento, descartar os processos da gestão documental pode ser arriscado.

Percebeu-se que no interior das unidades de saúde pesquisadas, a gestão da informação se encontrava voltada a diversas variáveis, como por exemplo: fluxos formais e informais de informação, tecnologias de informação e comunicação, bem como inseridos nelas, os sistemas de informação em saúde e documentos que representam o conhecimento explícito dos profissionais das unidades. Com isso, infere-se que a gestão da informação leva em consideração não somente o objeto explícito, mas o caminho percorrido por ele para essa transformação, ou seja, os níveis de competências e habilidades em informação dos profissionais, suas características, a transformação do conhecimento tácito para o explícito, a maneira de lidar, acessar e produzir informação no prontuário eletrônico e físico, o modo de sistematizar e gerenciar os documentos gerais e utilizar eficientemente os demais sistemas de informação, de se comunicar entre os colegas no ambiente de trabalho,

fisicamente ou mediante as tecnologias e a conscientização dos profissionais sobre a importância de todos esses processos, a fim de que sejam realizados.

O pressuposto de que a GI contribui de maneira positiva e direta para as práticas de trabalho e processos decisórios dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família, potencializando a qualidade dos serviços públicos que são ofertados à população, foi confirmado. Isso porque, mediante a análise dos resultados, verificou-se que as duas USF que apresentaram, mesmo que com limitações, mais intimidade e aplicabilidade com alguns processos da GI foram as mesmas que tiveram resultados mais satisfatórios mediante o Rol de Indicadores da Atenção Básica. Ou seja, acredita-se que desenvolver aspectos da GI contribui para a melhoria das práticas e dos resultados oriundos do atendimento nas unidades.

Dessa maneira, essa descoberta pode estimular a implantação, otimização e melhoria contínua da gestão da informação nas Unidades de Saúde da Família, com o intuito destas melhorarem a qualidade dos serviços prestados. Todavia, induz-se que para maiores confirmações acerca dessas constatações seja interessante a aplicação das diretrizes estipuladas nessa pesquisa e um acompanhamento durante determinado período do rendimento frente às atividades realizadas, e assim, outra comparação com os resultados baseados nos indicadores qualitativos dessas unidades.

Escolheu-se demonstrar a relevância da GI para ambientes organizacionais do setor público de saúde, especialmente da Atenção Básica, porque, em primeiro instante, são núcleos com capacidade de auxiliar no crescimento e na qualidade da saúde pública do País, justamente porque visa trabalhar essencialmente com a prevenção de doenças; e, em segundo instante, porque não foi constatado na literatura nenhuma tese e/ou dissertação que trabalhasse com o tema da GI nas USF. Entretanto, ressalta-se que o trabalho não visou generalizar todas as USF do Brasil, mas sim demonstrar que por terem estruturas parecidas, mesmo diante de culturas organizacionais distintas, é possível inserir as práticas da GI no ambiente de trabalho, haja vista que a pesquisa trabalhou com diferentes perfis de USF, e, portanto, as diretrizes ofertadas podem contemplar unidades que forem semelhantes a estudadas aqui.

A partir da análise dos dados, pôde-se perceber que os gestores não possuíam competências e habilidades em informação e que isso refletiu na falta de

aplicabilidade da gestão da informação no ambiente organizacional das unidades, pelos funcionários. Além do mais, observou-se pouca presença dos processos da GI nas práticas de trabalho e nos processos decisórios das USF, mediante a análise realizada com os funcionários.

Detalhadamente, todos os gestores demonstraram que conseguiam identificar os tipos de informações necessárias no dia a dia de trabalho, porém não realizavam e não incentivavam os funcionários a realizarem o mapeamento e o reconhecimento dos fluxos formais de informação. Nenhum dos gestores das USF promoviam a comunicação informacional de forma eficiente, utilizando tecnologias de informação e comunicação, tampouco conheciam e estimulavam o desenvolvimento dos processos de prospecção, monitoramento, coleta, seleção, filtragem, tratamento, análise, organização e armazenamento das informações, utilizando tecnologias de informação e comunicação (sistemas de informação em saúde) ou mesmo sem o uso dessas.

De modo geral, mesmo com algumas lacunas, os gestores reconheciam o que são serviços de informação, porém possuíam dificuldades em motivar a realização desses serviços, mediante o gerenciamento da informação, por parte dos funcionários. E, com relação a fixação de normas e padrões de sistematização da informação, notou-se que essas não eram repassadas aos profissionais das unidades com eficiência pelos gestores.

Os funcionários de todas as USF comprovaram que conseguiam identificar os tipos de informações necessárias às práticas de trabalho e à tomada de decisões, mas que não realizavam o mapeamento e o reconhecimento dos fluxos formais de informação.

Nessa conjuntura, a pesquisa demonstrou que os gestores podem ser responsáveis pela inserção ou não, pela realização ou não da GI nos ambientes das USF, haja vista que os resultados comparativos entre eles, baseados na coleta de dados, demonstraram de maneira significativa em praticamente todos os pontos e processos da gestão da informação. Além disso, mesmo que uma ou outra unidade tenham apresentado maior proximidade com os processos da gestão da informação e/ou uma espécie de iniciação desses processos no âmbito do ambiente, pode-se afirmar que não há presença efetiva da gestão da informação nas práticas de trabalho das USF A, B, X e Y.

Para isso, desenvolveu-se as diretrizes para gestão da informação na atenção básica em saúde, que levou em consideração as peculiaridades de cada unidade pesquisada, a fim de contribuir para o desenvolvimento geral da GI em todas elas.

O trabalho apresentou limitações, no que tange a complexidade de inter-relacionar o campo da Ciência da Informação com o da Ciências da Saúde. Todavia, acredita-se que o crescimento da Ciência depende das relações interdisciplinares estabelecidas entre os distintos campos científicos. Concomitantemente, como outra limitação, obteve-se receio em desenvolver uma pesquisa no campo da saúde pública, visto que este encontra-se imerso em aspectos burocráticos e políticos que pudessem engessar o caminho percorrido pelo trabalho. Entretanto, deve-se acreditar que o desenvolvimento de pesquisas como esta podem contribuir para o rompimento de paradigmas burocráticos e políticos que impedem o êxito gerencial das unidades inseridas no setor público de saúde brasileiro.

É importante destacar que essa pesquisa apresentou relevância social, profissional, científica e econômica. Os resultados encontrados e direcionados aos processos da GI nas práticas de trabalho das USF propiciaram a construção de diretrizes para melhorias e/ou implantação desse processo, dado que este contribui para a eficácia dos serviços de saúde que são prestados à população. Logo, pode-se afirmar que o trabalho apresentou relevância social, pois as diretrizes implantadas podem auxiliar no desenvolvimento e eficácia das práticas e processos decisórios dos profissionais que atuam na ABS, e conseqüentemente melhorar os serviços de saúde, voltados a cura e prevenção dos grupos populacionais dependentes da atuação do SUS.

A relevância profissional se deu tanto pelo fortalecimento da atuação dos cientistas da informação, como dos profissionais e gestores da saúde pública, visto que os resultados levantados e a análise prescrita na pesquisa demonstraram a importância e eficiência que possui o campo da CI, e concomitantemente depositou confiança nos profissionais e gestores da saúde pública das USF a fim de que os mesmos coloquem em prática as diretrizes para gestão da informação na ABS.

Com base na relevância científica, a pesquisa contribuiu para o arcabouço teórico do conhecimento científico, uma vez que desenvolveu um produto/modelo inédito de gestão da informação para ABS, especificamente para Unidades de Saúde da Família, fruto das diretrizes estipuladas.

E a relevância econômica pode ser claramente percebida ao passo que com as diretrizes implantadas, a médio e longo prazo os serviços das USF serão otimizados, principalmente o de prevenção, já que o objetivo dessas unidades justamente é trabalhar com a prevenção em saúde, e assim, gastos com recursos e estruturas para cura de doenças serão naturalmente reduzidos.

Afirma-se que a área da Ciência da Informação forneceu subsídios e, portanto, contribuiu de maneira substancial, demonstrando e conscientizando as USF sobre o valor da informação e da sua gestão para as práticas de trabalho e tomadas de decisão assertivas, que resultam na evolução e qualidade dos serviços de tratamento e prevenção ofertados à população assistida pelo SUS.

Por fim, sugere-se como pesquisas futuras a aplicação prática das diretrizes aqui estabelecidas e a avaliação dos resultados desta aplicação, a fim de melhorar a implantação e o desenvolvimento da gestão da informação nas Unidades de Saúde da Família e na Atenção Básica em Saúde como um todo. Ademais, indica-se estudos que contemplem a análise da gestão da informação nos níveis de média e de alta complexidade das organizações públicas de saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 163f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2003.

ALENCAR, T.C.S.B.D.; RODRIGUES, M.N.D.; FIGUEIREDO, F.J.S. A qualidade do atendimento no serviço público. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 36., 2016, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: ENEGEP, 2016. p.1-15.

ALMEIDA, N.D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v.5, n.1, p.01-09, jan./jun. 2013. Disponível em: <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002>. Acesso em: 05 jan. 2018.

ALMEIDA, M.J.G.G.; FIGUEIREDO, B.B.; SALGADO, H.C.; TORTURELLA, I.M. Discussão ética sobre o prontuário eletrônico do paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.40, n.3, p. 521-527, jul./set, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0521.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

ALMEIDA, R.Q. **O ensino aprendizagem em tempos de internet**. Disponível em:<<http://alb.org.br/arquivomorto/anaisjornal/jornal4/palestrasPDF/rubensqueiroz.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

ALVARENGA NETO, R.C.D.de. **Gestão do conhecimento em organizações: proposta de mapeamento conceitual integrativo**. 2005. 400 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

_____.; BARBOSA, R.R.; PEREIRA, H.J. Gestão do conhecimento ou gestão de organizações da era do conhecimento? um ensaio teórico-prático a partir de intervenções na realidade brasileira. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.12, n.1, p.5-24, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/246/34>>. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. **Gestão do conhecimento em organizações: proposta de mapeamento conceitual integrativo**. São Paulo: Saraiva, 2008.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2018.

AMARAL, H.K. Desenvolvimento de competências de servidores na administração pública brasileira. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.57, n.4, p.549-563, out./dez. 2006. Disponível em: < <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/211>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

APRIL, J.; BEAUDOIN, M. Project d'intégration des competences informationnelles: mise à l'essai d'un dispositif en enseignement préscolaire et primaire. **Documentation et Bibliothèques**, Montréal, v.52, n.3, p.173-182, jul./sept. 2006. Disponível em: < <https://www.erudit.org/fr/revues/documentation/2006-v52-n3-documentation01801/1029486ar.pdf>>. Acesso em: 12 maio. 2018.

ARAÚJO, C.S.; PINHO NETO, J.A.S. **Análise da Gestão da Informação para a Saúde Preventiva**: o caso do Projeto Garotada Solidária contra o contágio das DST/AIDS. *Inf. & Soc.:Est.*, João Pessoa, v.25, n.3, p.75-87, set./dez. 2015. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/26764/0>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

ASSIS, W.M. **Gestão da informação nas organizações**: como analisar e transformar em conhecimento informações captadas no ambiente de negócios: exemplos práticos. Belo Horizonte: Autêntica Editora 2008.

BAHIA, E.M.S.B. Conhecimento, inovação e documentação em Unidades de Saúde. **Biblos**: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação, v.30, n.1, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/6293>>. Acesso em: 27 fev.2018.

BANSLER, J.P.; HAVN, E. Pilot implementation of health information systems: issues and challenges. **International Journal of Medical Informatics**, v.79. n.9, p.637-648, set. 2010. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505610001103>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BARBOSA, R.R. Gestão da Informação e Gestão do Conhecimento: origens, polêmicas e perspectivas. **Inf. Inf.**, v.13, n.esp., p.1-25, 2008. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1843/1556>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

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

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, A.F.; POZO, H. A flexibilidade organizacional como fator estratégico para a obtenção de vantagem competitiva: um estudo nas pequenas indústrias metalúrgicas da região de Osasco (SP). **Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, v.27, n.80, maio./ago, 2011. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/1267>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BARROS, A.J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BARROS, A.J. da S.; LEHFELD, N.A. de S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 127p.

BEAL, A. **Gestão estratégica da informação: como transformar a informação e a tecnologia da informação em fatores de crescimento e de alto desempenho nas organizações**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

BECHKER, H.A. Observation by informants in institutional research. **Quality & Quantity**, v.6, p.157-169, 1972. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00399175>>. Acesso em: 02 maio. 2018.

BELLUZZO, R.C.B. **Construção de mapas: desenvolvendo competências em informação e comunicação**. 2.ed. Bauru: Cá entre Nós, 2007.

_____.; SANTOS, C.A.; ALMEIDA JÚNIOR, O.F.A. A competência em informação e sua avaliação sob a ótica da mediação da informação: reflexões e aproximações teóricas. **Inf. Inf.**, Londrina, v.19, n.2, p.60-77, maio./ago. 2014.

BERAQUET, V.S.M.; CIOL, R. Atuação do bibliotecário em ambientes não tradicionais: o campo da saúde. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v.3, n.1, p.127-137, 2010. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/v/a/9334>>. Acesso em: 30 abr. 2018

BERNARDES, I.P.; DELATORRE, H. **Gestão documental aplicada**. São Paulo: Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2008.

BLACK, A.D.; CAR, J.; PAGLIARI, C.; ANANDAN, C.; CRESSWELL, K.; BOKUN, T.; MCKINSTRY, B.; PROCTER, R.; MAJEED, A.; SHEIKH, A. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. **PLoS Med**, v.18, n.1, Jan. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21267058>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

BORGES, F.Q. Gestão da Informação no Sistema Único de Saúde. **R. Adm. FACES Journal**, Belo Horizonte, v.13,n.2, p.83-98, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/faceps/article/view/2021>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BOTAO, A.V.; BIOLCHINI, J. C. Tratamento documental de prontuários médicos e acesso às informações privadas em saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 16, 2015, **Anais...** ENANCIB, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p.33-34.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990a. Seção 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990b.

_____. Lei n.8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 jan. 1991. Disponível em: <http://www.unesco.org/culture/natlaws/media/pdf/bresil/brazil_lei_8159_08_01_1991_por_orof.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2007.

_____, Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. Brasília: CONASS, 2013a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS AB Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BULTZINGSLOWEN, I.; ELIASSON, G.; SARVIMAKI, A.; MATTSSON, B.; HJORTDAHL, P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. **Family Practice**, v.23, n.2, p.210-219,

2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361395>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

CALAZANS, A.T.S. Conceitos e uso da informação organizacional e informação estratégica. **TransInformação**, Campinas, v.18, n.1, p.63-70, jan./abr., 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tinf/v18n1/06.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

CARVALHO, A.L.B. **A Gestão da Informação em Saúde e o Município**: um estudo sobre municípios que implantaram o Programa Saúde da Família e que estão integrados ao Projeto da Rede Estadual de Informação em Saúde REIS/RNIS-PM. 2004. 163f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, João Pessoa, 2004.

CARVALHO, A.L.B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social do SUS. **Actas de Saúde Coletiva**, v.3, n.3, p.16-30, 2009. Disponível em: < www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/719/1553>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

CAPRA, F. **A teia da vida**. 13.ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CASTELLS, M. Internet e sociedade em rede. In: MORAES, D (Org.). **Por uma outra comunicação**: mídia, mundialização cultural e poder. Rio de Janeiro: Record, 2003.

CAVALCANTE, L.E.; COSTA, R.M.; NASCIMENTO, R.C.C.; SANTOS, R.J.S. Competência em Informação na Área da Saúde. **InCID: R. Ci. Inf. e Doc**, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p.87-104, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42372>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

CAVALCANTE, R.B.; SILVA, P.C.; FERREIRA, M.N. Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.1, n.2, p.290-299, maio./ago, 2011. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2580>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. São Paul: Pearson, 2006.

CHAVES, E. **Pilares da educação digital**. Pilar 2: gerenciamento da informação. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7881/6550>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CHIAVENTO, I. **Empreendedorismo**: dando asas ao espírito empreendedor. São Paulo: Saraiva, 2007.

CHOO, C.W. **Information Management for the Intelligent Organization: the art of scanning the environment**. 3.ed. Medford: Information Today, 2002.

_____. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. 2.ed. São Paulo: Editora SENAC, 2006.

CIOL, R.; BERAQUET, V.S.M. O profissional da informação no paradigma virtual: atenção em saúde. **Biblios**, Peru, v.4, n.16, p.54-64, jul./dic. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/161/16101607.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

COHN, A.; WESTPHAL, M.F.; ELIAS, P.E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, p.114-121, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/15.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

COLTRO, A. Seção de Pessoal, Departamento de Pessoal, Administração de Pessoal, Administração de Relações Industriais, Administração de Recursos Humanos, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Pessoas, ... ou o Multiforme Esforço do Constante Jogo. **Revista de Administração da UNIMEP**, São Paulo, v.7, n.1, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/regen/article/view/79>>. Acesso em: 12 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n.153, 9 ago.2002. Seção 1, p.184-5. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). Câmara Técnica de documentos eletrônicos. **e-ARQ Brasil: modelo de requisitos para sistemas informatizados de gestão arquivística de documentos**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2011. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/media/publicacoes/earq/conarq_earqbras_il_model_requisitos_2009.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

_____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. **SUS 20 anos: Progestores**. Brasília: CONASS, 2009.

CONCEIÇÃO, V.M.; NOGUEIRA JUNIOR, C.; ARAUJO, J.S.; MONTEIRO, M.O.P. A gestão da qualidade e a Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma revisão sobre sistemas de informação. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.2, n.1, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/169>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

CORREA, A.C.P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G.S.P.; PEDROSA, I.C.F. Acesso a serviços de saúde: um olhar de usuário de uma unidade de saúde da família. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.32, n.5, p.451-457, set. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000300003&script=sci_abstract >. Acesso em: 05 jan. 2018.

COSTA, C.G.A. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente baseado nos paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software**. 2001. 288f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Departamento de Engenharia Biomédica, Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

COSTA, F.S.S.; PIRES, H. A.C. O profissional da informação na área da saúde: habilidades e competências. In: ENCONTRO REGIONAL DE ESTUDANTES DE BIBLIOTECONOMIA, DOCUMENTAÇÃO, CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE E CENTRO-OESTE, 10, 2009, **Anais... EREBD**, 2009.

COSTA NETO, M.M. **A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde**, 2000.44p. (Cadernos de Atenção Básica, Caderno 1).

CRUZ MUNDET, J.R.C. **Princípios para la gestión de documentos**. Madrid: Pirámide, 2008.

CUNHA, L.F.F. **Atendimento ao cliente com ênfase na gestão pública**. 2010. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em atendimento ao cliente com ênfase na Gestão Pública) Faculdade Albert Einstein, Brasília, 2010.

CUNHA, F.J.A.P. Gestão de documentos, aprendizagem e inovação organizacional em hospitais. **Informação Arquivística**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, 2014. Disponível em: < <http://www.aaerj.org.br/ojs/index.php/informacaoarquivistica/article/view/106>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

_____.; OLIVEIRA, L.A.F.; LIMA, G.L.Q. A função de avaliação na gestão documental em hospitais. **Acervo**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.206-225, jul./dez. 2015. Disponível em: < <http://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/633>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, 2011. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

DAVENPORT, T.H. **Ecologia da Informação**. São Paulo: Futura, 1998. 316p.

_____. **Ecologia da Informação**. 2.ed. São Paulo: Futura, 2002.

_____.; MARCHAND, D.; DICKSON, T. **Dominando a gestão da informação**. Porto Alegre: Bookmann, 2004.

_____.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Rio de Janeiro, Campus, 1998.

DEAN, B. B.; LAM, J.; NATOLI, J.L.; BUTLER, Q.; AGUILAR, D.; NORDYKE, R.J. Review: use of electronic medical records for health outcomes research: a literature review. **Medical Care Research and Review**, v. 66, n.6, p.611-38, 2009. FUNDAÇÃO OpenEHR. London: openEHR, 2011. Disponível em: <<http://www.openehr.org/>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

DE SORDI, J.O. **Administração da Informação**: Fundamentos e Práticas para uma nova Gestão do Conhecimento. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2015. 280p.

DETLOR, B. Information Management. **International Journal of Information Management**, v.3, n.2, p.103-108, 2010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-information-management/vol/30/issue/2>>. Acesso em: 12 set. 2017.

DRUCKER, P. **Desafios gerenciais para o século XXI**. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 2001. 168p.

DUDZIAK, E.A. Information literacy: princípios, filosofia e prática. *Ciência da Informação*, Brasília, v.32, n.1, p. 23-35, jan./abr. 2003. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/123/104>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.8-19, abr./jun. 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

EVANGELISTA, R.; OLIVEIRA, V.F.F.; PEREIRA, S.L.; PETINARI, V.S. Competência informacional e medicina baseada em evidências. **TransInformação**, Campinas, v.20, n.1, p.73-81, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-37862008000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2018.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

FAUVEL, T.H.F.; VALENTIM, M.L.P. Informação orgânica como subsídio para o processo de inteligência competitiva organizacional. In: VALENTIM, M.L.P. (Org.). **Gestão da Informação e do Conhecimento no âmbito da Ciência da Informação**. São Paulo: Polis: Cultura Acadêmica, 2008. 268p.

FELIX, W. **Introdução à Gestão da Informação**. Campinas: Alinea, 2003.

FIGUEIREDO, P.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; SOARES, J.F.S.; SENA, J.; CARDOSO, L.S. **Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família**: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,

v.20, n.1, p.235-259, 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 abr. 2018.

FRANCO, J.L.F. **Sistemas de informação**. Apostila do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS - UNIFESP, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

GONÇALVES, P. de. C. **As origens das práticas de gestão da informação: dos primeiros modos de produção à sociedade da informação**. 2011. 73 f. Monografia (Especialização em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M.N.de. Da política de informação ao papel da informação na política contemporânea. **Revista Internacional de Estudos Políticos**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.57-93, abr.1999.

GUIMARÃES, E.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v.33, n.1, p.72-80, 2004. Disponível em: <
<http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1070/1164>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

HALUZA, D.; JUNGWIRTH, D. ICT and the future health care: aspects of health promotion. **International Journal of Medical Informatics**, v.84, n.1, p.48-57, jan. 2015. Disponível em: <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505614001853>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme. **BMJ**, 2010. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

HOFFMANN, W.A.M. **Gestão do conhecimento: desafios de aprender**. São Carlos: Compacta, 2009. 188p.

INDOLFO, A.C. O acesso às informações públicas: retrocessos e avanços da legislação brasileira. **Informação Arquivística**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.04-23, jan./jun, 2013. Disponível em: <
<http://www.aaerj.org.br/ojs/index.php/informacaoarquivistica/article/view/14>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

INTERNATIONAL FEDERATION OF LIBRARY ASSOCIATIONS AND INSTITUTIONS (IFLA). **Declaração de Alexandria sobre competência informacional e aprendizado ao longo da vida**. In: National Fórum on Information Literacy, 2005. Disponível em: <www.ifla.org/III/wsis/BeaconInfSoc-pt.html>. Acesso em: 05 jan. 2018.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LACERDA, L.F.; BARBOSA, M.S.A.; LOPES, D. Gestão em setores e serviços de saúde pública: uma revisão integrativa. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v.11, n.2, 2014. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2031>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

LAUDON, K.C.; LAUDON, J.P. **Sistemas de informação gerenciais**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005>. Acesso em: 13 mar. 2018.

LEITE, J.R.; SOUSA, A.C.M. Práticas arquivísticas no contexto de prontuários médicos: um estudo em Unidade de Saúde da Família. **Archeion Online**, João Pessoa, v.3, n.2, p.55-64, jul./dez. 2015. Disponível em: <periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/archeion/article/download/27551/14813>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LIMA, J.C. Histórias das lutas sociais por saúde. **Revista Trabalho Necessário**, n.4, n.4, 2006. Disponível em: <<http://www.institutoconscienciago.com.br/pdf/lutassocias.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

LIMA, S.M.; MARTINS, C. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **Revista de Administração em Saúde (RAS)**, v.16, n.63, p. 62-66, abr./jun, 2014. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1355&p_nanexo=608>. Acesso em: 27 nov. 2018.

LISTON, R.C.F.S.; SANTOS, P.L.V.AC. Representando a Information Literacy “competências informacionais” na Biblioteconomia. **Em questão**, Porto Alegre, v.14, n.2, p.287-300, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/5043>>. Acesso em: 02 maio. 2018.

LLARENA, R.A.da.S.; NAVARRO, M.A.E.; DUARTE, E.N. Gestão da Informação e do conhecimento nos programas públicos para a juventude no Brasil e Espanha. **Inf. & Soc.:Est**, João Pessoa, v.26, n.1, p.107-198, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/28770/0>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

LOBO, S.M.P. **A evolução do conceito de serviço público**: análise da evolução histórica da noção de serviço público, bem como de suas mutações mais recentes. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/4860/A-evolucao-do-conceito-de-servico-publico>> Acesso em: 12 mar. 2018.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **Radis: Comunicação e Saúde**, n.49, 2006. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/49/reportagens/experiencias-inovadoras-no-ensino-da-saude>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MARCHAND, D.A. Infotrends: A 1990s outlook on strategic information management. **Information Management Review**, v.5, n.4, p.23-32, 1990. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/234720627_Infotrends_A_1990s_Outlook_on_Strategic_Information_Management>. Acesso em: 12 dez. 2017.

_____.; KETTINGER, W.J.; ROLLINS, J.D. **Information orientation: the link to business performance**. New York: Oxford, 2001.

MARCHIORI, P.Z. Gestão da informação: fundamentos, componentes e desafios contemporâneos. In: SOUTO, L.F. (Org.). **Gestão da informação e do conhecimento: práticas e reflexões**. Rio de Janeiro: Interciência, 2014, p.27-45.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v.2, n.1, jan./mar. 2010. Disponível em: < <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

MARTINS, C.H.F. **Ambiente de informações para apoio à decisão dos gestores do controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MARTINS, S.C. **Gestão da Informação: estudo comparativo de modelos sob a ótica integrativa dos recursos de informação**. 2014. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCGEE, J.; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação**. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MEDEIROS, K.R.; MACHADO, H.O.P.; ALBUQUERQUE, P.C.; GURGEL JUNIOR, G.D. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.433-440, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a21v10n2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION. **Definition of health information literacy**. Chicago: The Association, 2003.

MENDONÇA, V.S. **Competência em Informação e perfil dos bibliotecários na área de Ciências em Saúde: investigando os hospitais universitários**. 2015. 191 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2015.

_____.; LETA, J. Competência em Informação e os bibliotecários de hospitais universitários. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 16, 2015, **Anais...** ENANCIB, 2015.

MENESES PLACERES, G. Aproximaciones teórica a la evaluación de la alfabetización informacional em la educación superior. **ACIMED**, Ciudad de la Habana, v.18, n.1, jul. 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008000700006>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-34010>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MEYER, F.A.O.; GONIK, S.S. A implantação da política de arquivos, gestão documental e acesso à informação na secretaria de estado de saúde de São Paulo entre os anos de 2013 e 2016: avanços e desafios. **Revista do Arquivo**, São Paulo, n.3, 2016. Disponível em: <http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista_do_arquivo/03/artigo_04.php>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MITCHELL, E.; SULLIVAN, F. **A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97**. *BMJ*, p.279-322, 2001. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/322/7281/279>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MORAES, C.R.B.de.; FADEL, B. Ambiência organizacional, gestão da informação e tecnologia. In: VALENTIM (Org.). **Informação, conhecimento e inteligência organizacional**. Marília: FUNDEPE, 2006.

MORAES, G.D.de.A.; ESCRIVÃO FILHO, E. A gestão da informação diante das especificidades das pequenas empresas. **Ciência da Informação**, Brasília, v.35, n.3, 2006. Disponível em: < <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1119/1256>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MORAES, I.H.S. Governança e modelo de gestão da informação e inovação em sistemas e serviços de atenção à saúde. In: CUNHA, F.J.A.P.; LÁZARO, C.P.; PEREIRA, H.B.B. (Org.). **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014, p.19-41.

_____.; LIMA, V.; RISI JUNIOR, J.B.; QUEVEDO, D.; DIAS, N.X. RIPSAs no Estado: Inovação na gestão da informação em saúde no Brasil?. **RECIIS – R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, ago.2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/486>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

_____.; VASCONCELLOS, M.M. **Gestão da informação e comunicação em saúde**: desenho e implementação de uma proposta de ensino-aprendizagem. Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 284p.

MORENO, N.A. A informação arquivística e o processo de tomada de decisão. **Informação & Sociedade**, v.17, n.1, p.13-21, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/483/1461>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

OLIVEIRA, A.E.C.; LIMA, I.M.B.; NASCIMENTO, J.A.; COELHO, H.F.C.; SANTOS, S.R. **Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB)**: relato de experiência. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.40, n.109, p.212-218, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200212&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2018.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-576, out./dez. 2008. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2018.

OLIVEIRA, J.S.P.de. **A gestão da informação como suporte ao processo de tomada de decisão em uma instituição pública de ensino superior**: um estudo de caso. 2010. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

OLIVEIRA, L.G. **Inovação no setor público: uma reflexão a partir das experiências premiadas no Concurso Inovação na Gestão Pública Federal**. Brasília: ENAP, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários - agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, Nov. 2007. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&>. Acesso em: 04 jan. 2018.

PALVARINI, B.C. O programa nacional de gestão pública e desburocratização (GesPública) voltado para o cidadão. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 14., Salvador (BA). **Anais...** Salvador: CLAD, 2009.

PEREZ, C. Technological revolutions and techno-economic paradigms. **Cambridge Journal of Economics**, v.34, n.1, p.185-202, 2010. Disponível em: <
<https://academic.oup.com/cje/article-abstract/34/1/185/1699623?redirectedFrom=PDF>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

PEREZ, G. **Adoções de inovações tecnológicas:** um estudo sobre o uso de sistemas de informação na área de saúde. 2006. 227f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, São Paulo, 2006.

PINTO, V.B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v.11, n.21, p. 34-48, 1º sem, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11n21p34>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

PINTO, L.F.; ROCHA, C.M.F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1433-1448, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501433&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 01 abr. 2018.

PONJUÁN DANTE, G. **Gestión de información:** dimensiones e implementación para el éxito organizacional. Rosario: Nuevo Paradigma, 2004. 208p

_____. **Gestión de información:** dimensiones e implementación para el éxito organizacional. Gijón: Trea, 2007.

_____. La gestión de información y sus modelos representativos. Valoraciones. **Ciencias de la Información**, v.42, n.2, p.11-17, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181422294003>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. Aproximaciones al estudio de contextos informacionales de instituciones cubanas del sector de educación superior. **Palabra Clave**, La Plata, v.7, n.1, 2017. Disponível em: <<http://www.palabraclave.fahce.unlp.edu.ar/article/view/PCe035>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

PORTO, C.C. **O encontro clínico: uma abordagem multiprofissional**. 2006. 46 f. Monografia (Disciplina: Relação dos profissionais da saúde com o paciente) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Goiânia, 2006.

PRICE, M.; SINGER, A.; KIM, J. Adopting electronic medical records: are they just electronic paper records? **Can Fam Physician**, v.59, n.7, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23851560>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

RIBEIRO, L.B. Memória: um lugar de diálogo para Arquivos, Bibliotecas e Museus. In: MURGIA, E.I. (Org.). **Memória: um lugar de diálogo para Arquivos, Bibliotecas e Museus**. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2010, p. 33-44.

RITTER, F.; ROSA, R.S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.12, p.2523-2534, dez.2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/95159/000913953.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010>. Acesso em: 03 maio. 2018.

ROUSSEAU, J.Y.; COUTURE, C. **Os fundamentos da disciplina arquivística**. Lisboa: Dom Quixote, 1998.

SÁ, E.P. Gestão de documentos: uma visão empresarial. In: SOUTO, L.F. (Org.). **Gestão da informação e do conhecimento: práticas e reflexões**. Rio de Janeiro: Interciência, 2014.

SABBAG, P.Y. **Espiraís do conhecimento: ativando indivíduos, grupos e organizações**. São Paulo: Saraiva, 2007.

SAEGER, M.M.M.T.; OLIVEIRA, M.L.P.de.; PINHO NETO, J.A.S.de.; NEVES, D.A.B. Organização, acesso e uso da informação: componentes essenciais ao processo de Gestão da Informação nas organizações. **Páginas a&b**, Porto, v.3, 6.1, p.52-64, 2016. Disponível em: <<http://ojs.letras.up.pt/index.php/paginasaeb/article/view/1545>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

SANTI, B.R.A. **Adoção de um sistema integrado de gestão na área da saúde municipal: considerações iniciais sobre os benefícios do prontuário eletrônico**. 2014. 48f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

SANTOS, A.F.; SOBRINHO, D.F.; ARAUJO, L.L.; PROCÓPIO, C.S.D.; LOPES, E.A.S.; LIMA, A.M.L.D.; REIS, C.M.R.; ABREU, D.M.X.; JORGE, A.O.; MATTAMACHADO, A.T. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**,

v.33, n.5, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000505003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2018.

SANTOS, B.R.P.; DAMIAN, I.P.M. Análise da competência em informação mediante a transição do prontuário físico para o eletrônico. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, v.28, n.4, 2017a. Disponível em: <<http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1177/707>>. Acesso em: 05 maio. 2018.

SANTOS, B.R.P.; DAMIAN, I.P.M. A gestão da informação e a competência em informação: subsídios para o âmbito empresarial. **Palabra Clave**, La Plata, v.7, n.1, 2017b. Disponível em: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7976/pr.7976.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

SANTOS, B.R.P.; DAMIAN, I.P.M. A relação da cultura organizacional e da cultura informacional no desenvolvimento da competência em informação dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v.10 n.1, jan./jul.2017c.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.13-26, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/his-17795>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

SANTOS, R.F. Estruturação de um ambiente de Business Intelligence (BI) para Gestão da Informação em Saúde: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v.3, n.4, 2011. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/138.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

SANTOS, S.R.; FERREIRA, J.A.; CRUZ, M.M.S.; LEITE, E.M.A.M.; PESSOA, J.C.S. Sistema de Informação em Saúde: gestão e assistência no Sistema Único de Saúde. **Cogitare Enferm**, v.19, n. out./dez, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35347/23966>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SAVIC, D. Evolution of Information Resource Management. **Journal of Librarianship and Information Science**. v.24, n.3, sep. 1992. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/096100069202400302?journalCode=li sb>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

SEMIDÃO, R.A.M. **Dados, informação e conhecimento enquanto elementos de compreensão do universo conceitual da Ciência da Informação**: contribuições teóricas. 2014. 198 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, 2014.

SILVA, G.R, da. Gestão da informação para a tomada de decisão em uma instituição de ensino superior privada: A experiência das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto (FACIPLAC/DF). **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v.15, n.1, p.53-81, jan./abr. 2017. Disponível

em: < <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8645248>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

SIQUEIRA, M.C. **Gestão estratégica da informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SOUZA, S.C.; MELLO, M. E evolução histórica do serviço público: a necessidade da transformação paradigmática do servidor. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 10., 2013, **Anais...** CONVIBRA, 2013.

TARAPANOFF, K. Referencial teórico: introdução. In: TARAPANOFF, K. (Org.). **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília: UnB, 2001, p.33-58.
TARECO, E. S.; FERNANDES, S. Sistemas de informação como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem: uma revisão de literatura. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, 2016. Disponível em: < <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/765>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

TEMPORÃO, J.G. SUS completa 20 anos com novos desafios. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, **Florianópolis**, v.1, n.1, jan./jun. 2008. Disponível em: < <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/4>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

TERRA, J.C.C.; GORDON, C. **Portais corporativos: a revolução na gestão do conhecimento**. São Paulo: Negócio, 2002. 453p.

TJORA, A.H. **Writing small discoveries: an exploration of fresh observers' observations**. *Qualitative Research*, London, v.6, n.4, p. 429-451, 2006. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468794106068012>>. Acesso em: 02 maio. 2018.

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

TURBAN, E.; RAINER, J.R.K.; POTTER, R.E. **Administração da Tecnologia da Informação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

VALENTIM, M.L.P. **Gestão da informação e gestão do conhecimento: especificidades e convergências**. Londrina: Infohome, 2004 (Artigo em Web). Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=88>. Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Informação e conhecimento em organizações complexas. In: VALENTIM, M.L.P. (Org.). **Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da Ciência da Informação**. São Paulo: Polis/Cultura Acadêmica, 2008a, p.11-26.

_____. Gestão da informação e gestão do conhecimento em ambientes organizacionais: conceitos e compreensões. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v.1, n.1, 2008b. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/v/a/16104>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.173-182, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 fev. 2018.

VICENTI, B.R.L.; MARTINEZ-SILVEIRA, M.S.; LUZ, M.R.M.P.; CAMACHO, L.A.B. Competência em Informação: o conceito revelado em estudos da área da saúde. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.376-388, set.2014. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/681>>. Acesso em: 05 maio. 2018.

VIDOR, A.C.; FISHER, R.D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100003>. Acesso em: 05 mar.2018.

VITORINO, E.V.; PIANTOLA, D. Dimensões da competência informacional. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v.40, n.1, p.99-110, 2010. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1328>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

VITURINO, W.M. A importância do treinamento como processo de profissionalização dos servidores públicos municipais. In: SEMINÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DA MACROREGIÃO DE PICOS, 4., 2015, Picos-PI. **Anais...** Picos: UFPI, 2015. p. 1-13.

WILCHES FLÓREZ, I.C.; WILCHES FLÓREZ, A.M. Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las TIC em la Salud: el caso Latinoamericano. **Persona y Bioética**, Bogotá, v.21, n.1, p.114-133, 2017. Disponível em: <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/7115>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

WILSON, T.D. Information management. In: **International Encyclopedia of Information and Library Science**, 2nd. London: Routledge, 2002.

YAFUSHI, C.A.P. **A competência em informação para a construção do conhecimento no processo decisório**: estudo de caso na Duratex de Agudos (SP). 2015. 229 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista F

Fluxo de Informação Explícita

- Se consegue identificar suas necessidades de informações.
- Se costuma sanar suas necessidades informacionais.
- Verificar os tipos de informações que o funcionário considera mais necessários.
- Obtenção das informações que considera mais necessárias.
- Registro das informações que já foram acessadas e utilizadas em alguma tarefa da Unidade.
- Se sabe o que são fluxos formais de informação.
- Exemplos de fluxos formais de informação que surgem e que estão presentes na Unidade.
- Comunicação entre os colegas de trabalho e momentos que mais se relacionam.
- Uso de tecnologias para se comunicar com os demais colegas de trabalho. Quais.
- Comunicação com o gestor. Em quais momentos mais se relacionam com ele.
- Uso de tecnologias para se comunicar com o gestor. Quais.
- Acesso às informações das outras áreas da Unidade.
- O que são serviços informacionais.
- Atividades executadas todos os dias na Unidade.
- Tipos de serviços oferecidos aos pacientes todos os dias. Detalhar.
- Onde costuma coletar informações.
- Se antes de coletar e selecionar informações desenvolve o monitoramento dessas.

Tecnologias de Informação e Comunicação (Sistemas de Informação em Saúde)

- O que considera ser um Sistema de Informação em Saúde.
- Entre o prontuário físico (em papel) e o prontuário eletrônico (e-SUS AB), qual prefere e por quê.
- Entre o *google*, os sistemas de informação e os demais funcionários da unidade, qual deles acha mais eficiente como fonte de informação e qual deles mais utiliza.
- Sistemas de informação utilizados na Unidade.
- Para que servem cada sistema utilizado.
- No que esses sistemas são úteis para as atividades.
- Onde e como costuma armazenar as informações correntes na Unidade.
- Tipos de informação que são armazenados nos sistemas.
- Se consegue utilizar todos os sistemas de informação com facilidade.
- Se recebe ou já recebeu algum tipo de treinamento ou capacitação para utilizar os sistemas de informação.

Gestão Documental

- O que é e para que serve o prontuário físico (em papel).
- Tipos de documentos presentes na Unidade.
- Documentos que lida e/ou utiliza no dia a dia do trabalho.
- Se os prontuários e demais documentos são organizados de maneira correta e como é feita a organização desses documentos.
- Para que e em quais momentos o prontuário físico é utilizado.

- Se existe e comentar sobre alguma regra específica para o uso do prontuário físico e demais documentos.
- Comentar sobre quais são as etapas do processo de criação de um novo prontuário.
- Como é feita a classificação e Ordenação dos prontuários físicos e dos demais documentos na Unidade.
- Local onde ficam depositados os documentos na Unidade.
- Se o funcionário considera que os locais onde estão depositados os documentos são adequados.
- Local onde ficam localizados os prontuários e demais documentos que não são mais utilizados.
- Critérios para eliminação dos prontuários.
- Se existe alguma regra para preservação dos prontuários e demais documentos.

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista G

- O que a(o) gestora(o) entende por Gestão da Informação.
- Questionar se a(o) gestora(o) acredita que a Unidade realiza Gestão da Informação.
- Questionar se a(o) gestora(o) considera necessária a comunicação entre os funcionários da Unidade.
- Questionar se a(o) gestora(o) costuma incentivar o compartilhamento de informações entre os funcionários da Unidade.
- O que a(o) gestora(o) entende por Tecnologia de Informação e Comunicação.
- Se os funcionários da Unidade se comunicam utilizando tecnologias de informação e comunicação. Quais.
- Se existem nas Unidades tecnologias de informação e comunicação que auxiliam no tratamento, organização, análise e armazenamento da informação. Como funcionam.
- Questionar se a(o) gestora(o) reconhece o que é monitorar, coletar, selecionar e filtrar informações. Explicação de cada processo
- Se esses processos são realizados pelos funcionários das Unidades.
- O que a(o) gestora(o) entende por Serviços Informacionais.
- Tipos de Serviços Informacionais que a Unidade oferece/realiza.
- Questionar se a(o) gestora(o) estabelece alguma norma/regra para sistematização da informação, de modo que ela possa ser utilizada em prol de alguma atividade. Falar sobre essas normas.
- O que a(o) gestora(o) entende por Sistemas de Informação em Saúde.
- Sistemas de Informação em Saúde utilizados na Unidade.
- Falar sobre a funcionalidade de cada um desses sistemas.

- Diferença entre o prontuário físico (em papel) e o prontuário eletrônico (e-SUS AB).
- Questionar se a(o) gestora(o) busca maneiras de oferecer treinamento e capacitação aos funcionários quanto ao uso e gestão dos sistemas de informação da unidade.
- O que é e para que serve o prontuário físico (em papel).
- Questionar se a(o) gestora(o) entende por gestão documental nas Unidades de Saúde da Família.
- Questionar se a(o) gestora(o) acredita que a Unidade realiza gestão documental.
- Questionar se a(o) gestora(o) costuma avaliar como os funcionários da Unidade classificam e organizam as informações dos documentos.
- Questionar se a(o) gestora(o) conhece as regras para eliminação dos documentos presentes nas Unidades. Se sim, se atribui essas regras aos funcionários e como.
- Questionar se a(o) gestora(o) atribui normas relativas à organização dos registros das informações nos prontuários físicos e demais documentos da Unidade. Comentar sobre as normas.
- Questionar se a(o) gestora(o) reconhece a forma como são instalados e depositados os prontuários físicos e demais documentos da Unidade. Se sim, comentar sobre elas.
- Questionar se a(o) gestora(o) atribui normas para preservação dos prontuários e demais documentos. Se sim, falar sobre elas.

APÊNDICE C

Roteiro de Observação

a) Unidade observada:

Cândido Mota-SP

Gália-SP

Garça-SP

Vera Cruz-SP

b) Funcionários observados:

Médicos

Enfermeiros

Auxiliares de Enfermagem

Cirurgiões-dentistas

Auxiliares em Saúde Bucal

Agentes Comunitários de Saúde

Atendentes de Saúde (Recepção)

c) Cenário e ações dos funcionários baseados nos aspectos da gestão da informação:

Os funcionários buscam frequentemente informações necessárias nos Sistemas de Informação em Saúde.

Os funcionários buscam frequentemente informações necessárias nos prontuários físicos.

Os funcionários buscam frequentemente informações necessárias com os demais colegas do ambiente de trabalho.

Foi identificado fluxos informais de informação:

Foi identificado fluxos formais de informação:

Os funcionários se comunicam uns com os outros.

Os funcionários mantêm uma boa relação interpessoal entre eles.

Os funcionários se comunicam utilizando ferramentas tecnológicas.

Os funcionários se comunicam com o gestor.

Os funcionários mantêm uma boa relação interpessoal com o gestor.

Os funcionários utilizam ferramentas tecnológicas para se comunicar com o gestor.

É perceptível que os funcionários de uma área possuem acesso às informações de outras áreas.

Os funcionários da Unidade oferecer serviços informacionais:

- Atividades executadas diariamente pelos funcionários:

Médicos: _____

Enfermeiros: _____

Auxiliares de Enfermagem:

Cirurgiões-Dentistas:

Auxiliares em Saúde Bucal:

Agentes Comunitários de Saúde:

Atendentes de Saúde (Recepção):

- Os funcionários monitoram a informação antes de coletá-la.
- Os funcionários avaliam a informação de selecioná-la.
- Os funcionários utilizam mais o prontuário eletrônico do que o prontuário físico.
- Os funcionários conseguem manusear os Sistemas de Informação em Saúde sem nenhuma dificuldade.
- É perceptível que os funcionários sabem para que servem cada tipo de sistema de informação.

- Sistemas de Informação instalados na Unidade:

- Sistemas de informação mais utilizados pelos funcionários:

Médicos: _____

Enfermeiros: _____

Auxiliares de Enfermagem:

Cirurgiões-Dentistas:

Auxiliares em Saúde Bucal:

Agentes Comunitários de Saúde:

Atendentes de Saúde (Recepção):

- Desses sistemas, quais realmente são utilizados para coleta de informação em prol da realização de algum plano gerencial ou atividade?

- Desses sistemas de informação, quais deles são realmente utilizados sem nenhum tipo de dificuldade pelos funcionários?

[] As informações tácitas informais que beneficiam as atividades nas Unidades são comumente registradas.

- Tipos de informações que são armazenadas nos Sistemas de Informação: _____

[] As informações armazenadas nos Sistemas de Informação são consultadas para uso.

[] Os funcionários lidam com outros documentos, além dos prontuários físicos.

[] Os funcionários dificilmente lidam com o prontuário físico.

- Tipos de documentos presentes na Unidade:

- Situações em que os funcionários utilizam os prontuários físicos:

[] Existem regras para organização e uso dos documentos e prontuários físicos.:_____

[] Existem regras para produção das informações nos prontuários e demais documentos:_____

[] Existem regras específicas para o processo de criação de um novo prontuário e outros documentos:_____

[] Os prontuários físicos e demais documentos são classificados e ordenados corretamente.

[] Os prontuários físicos e demais documentos são armazenados e depositados corretamente.

[] Os funcionários seguem critérios para eliminação dos prontuários, conforme especificação da Lei nº 5.433/68 e do Decreto nº 1.799/96.

[] Os funcionários seguem critérios para preservação dos prontuários físicos, conforme a Resolução nº 1.639/02, artigo 6º do Conselho Federal de Medicina.

[] Os funcionários seguem os critérios de produção e guarda dos prontuários (Físicos ou eletrônicos), regulamentados pelas Resoluções nº 1.331/89, 1.638/02; 1.639/02 e 1.821/07 do Conselho Federal de Medicina.

APÊNDICE D

Termo de Autorização para realização da Pesquisa – Cândido Mota/SP



DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Esta instituição: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CÂNDIDO MOTA-SP** está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa: **“Análise da Gestão da Informação no setor público de saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família”** do(a) Pesquisador(a) **Beatriz Rosa Pinheiro dos Santos**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela selecionados.

Declaro que conheço e farei cumprir os Requisitos da Resolução/CNS nº 466 de 12/12/12 (Publicada no DOU nº12 de 13/06/13 – seção 1 pág. 59) e suas complementares bem como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, **portanto autorizo sua execução.**

Cândido Mota, 21 de fevereiro de 2018



Larissa Silva Matioli Martins
Diretor Deptº Atenção Básica

Assinatura do (a) responsável/secretário (a) /diretor (a) de saúde

APÊNDICE E

Termo de Autorização para realização da pesquisa – Gália/SP



Saúde da Família

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Esta instituição: DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE GÁLIA-SP está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa: “Análise da Gestão da Informação no setor público de saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família” do(a) Pesquisador(a) **Beatriz Rosa Pinheiro dos Santos**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela selecionados.

Declaro que conheço e farei cumprir os Requisitos da Resolução/CNS nº 466 de 12/12/12 (Publicada no DOU nº12 de 13/06/13 – seção 1 pág. 59) e suas complementares bem como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, **portanto autorizo sua execução.**

Gália, 10 de outubro de 2018

Assinatura do responsável/secretário/diretor de saúde

Lilian Beldorini Di Jório Silveira
Enfermeira
COREN/SP: 217426

APÊNDICE F

Termo de Autorização para realização da pesquisa – Garça/SP



Saúde da Família

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Esta instituição: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE GARÇA-SP** está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa: “**Análise da Gestão da Informação no setor público de saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família**” do(a) Pesquisador(a) **Beatriz Rosa Pinheiro dos Santos**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela selecionados.

Declaro que conheço e farei cumprir os Requisitos da Resolução/CNS nº 466 de 12/12/12 (Publicada no DOU nº12 de 13/06/13 – seção 1 pág. 59) e suas complementares bem como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, **portanto autorizo sua execução.**

Garça, 31 de 01 de 2018

Natalli Gajato Cruz
Secretária Municipal de Saúde

Assinatura do (a) responsável/secretário (a) /diretor (a) de saúde

APÊNDICE G**Termo de Autorização para realização da pesquisa – Vera Cruz/SP****Saúde da Família****DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Esta instituição: **DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “PSF VIVA LEGAL” DE VERA CRUZ - SP** está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa: **“Análise da Gestão da Informação no setor público de saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família”** do(a) Pesquisador(a) **Beatriz Rosa Pinheiro dos Santos**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela selecionados.

Declaro que conheço e farei cumprir os Requisitos da Resolução/CNS nº 466 de 12/12/12 (Publicada no DOU nº12 de 13/06/13 – seção 1 pág. 59) e suas complementares bem como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, **portanto autorizo sua execução.**

Vera Cruz, 23 de junho de 2018

Assinatura do responsável/secretário/diretor de saúde

Marco Antonio Eduardo
Diretor Municipal de
Saúde e Higiene

APÊNDICE H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa nas Unidades de Saúde da Família dos municípios de Cândido Mota/SP, Gália/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP, pertencentes à região de Marília/SP intitulada “ANÁLISE DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA” e é muito importante que V.S.a participe da referida pesquisa. O objetivo principal desta pesquisa é analisar os processos da Gestão da Informação e suas formas de aplicação nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família, com o intuito de oferecer diretrizes, que auxiliem no processo de tomada de decisão dos gestores e no alinhamento das ações diárias dos funcionários. Os objetivos específicos da pesquisa são: a) Realizar um levantamento bibliográfico aprofundado acerca dos principais conceitos envolvidos neste trabalho como Gestão da Informação e Unidades de Saúde da Família; b) Analisar as práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família com base nas Atividades Base da Gestão da Informação propostas por Valentim (2004); c) Analisar os modelos de Gestão da Informação que se relacionam com o ambiente de pesquisa; d) Verificar a existência das atividades presentes nos modelos pesquisados nas práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família; e) Realizar uma comparação entre as Unidades de Saúde da Família baseado nos modelos e atividades bases da Gestão da Informação; f) Identificar a importância da Gestão da Informação para as práticas de trabalho das Unidades de Saúde da Família; g) Propor às Unidades de Saúde da Família diretrizes sobre a Gestão da Informação, baseado em suas práticas de trabalho, na literatura e nos resultados gerados pela análise final.

Eu _____
_____, portador do RG nº _____ autorizo minha participação na pesquisa intitulada “ANÁLISE DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA” ora realizada nas Unidades de Saúde da Família dos municípios de Cândido Mota/SP, Gália/SP, Garça/SP e Vera Cruz/SP. Declaro ter recebido

as devidas explicações sobre a referida pesquisa e estou ciente que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento, sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, materiais, morais ou de qualquer outra natureza. Declaro ainda estar ciente de que a minha participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa. Além disso, tenho o compromisso por parte da pesquisadora responsável desta pesquisa, que meu nome e o nome e o nome de minha organização não aparecerá individualmente nos dados apresentados na dissertação.

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do telefone (014) 98101-1069, mais especificamente com a aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da UNESP-FFC: Beatriz Rosa Pinheiro dos Santos.

ORIENTADORA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA, PROF.^a DRA. IEDA PELÓGIA MARTINS DAMIAN, DOCENTE DA GRADUAÇÃO EM BIBLIOTECONOMIA E CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO NA USP DE RIBEIRÃO PRETO E DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO PELA UNESP DE MARÍLIA.

ALUNA AUTORA DA PESQUISA, BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS, MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO PELA UNESP DE MARÍLIA.

Autorizo,

Data: _____/_____/_____

Assinatura

ANEXOS

ANEXO I

Parecer Consubstanciado do CEP



UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 84121618.7.0000.5406

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.032.209

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de modo claro e objetivo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo está claro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se uma pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados

Recomendações:

A pesquisadora não apresentou questionário, mas uma justificativa explicando o motivo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP da FFC da UNESP de MARÍLIA, em reunião ordinária de 21/11/2018, após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737

Bairro: Campus Universitário

UF: SP

Município: MARILIA

Telefone: (14)3402-1346

CEP: 17.525-900

E-mail: cep.marilia@unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA



Continuação do Parecer: 3.032.209

dispositivos das resoluções 466/2012, 510/2016 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa, resolve APROVAR o projeto de pesquisa ANÁLISE DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1239810_E1.pdf	16/10/2018 19:46:15		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_galia.pdf	16/10/2018 19:13:10	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO.pdf	16/10/2018 19:09:26	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	16/10/2018 11:05:44	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/10/2018 11:05:27	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA.pdf	28/03/2018 14:31:01	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoVeraCruz.pdf	27/02/2018 14:17:32	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoGarca.pdf	27/02/2018 14:17:21	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCandidoMota.pdf	27/02/2018 14:16:49	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/02/2018 14:13:08	BEATRIZ ROSA PINHEIRO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737
Bairro: Campus Universitário CEP: 17.525-900
UF: SP Município: MARILIA
Telefone: (14)3402-1346 E-mail: cep.marilia@unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
FILOSOFIA E CIÊNCIAS -
CAMPUS DE MARÍLIA



Continuação do Parecer: 3.032.209

Não

MARILIA, 22 de Novembro de 2018

Assinado por:

CLAUDIO ROBERTO BROCANELLI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 17.525-900
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1346 **E-mail:** cep.marilia@unesp.br