

SIPI - PÓS-ALTA: SISTEMA DE INFORMAÇÃO A PESSOAS
INCAPACITADAS:
UMA PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO

por

Paulo Oscar de Oliveira Langoni*

Projeto de Pesquisa Apresentado à
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Grupo Hospitalar Conceição
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Especialista

Orientador:
Prof. Dr. Everton Soeiro**

Porto Alegre
Setembro, 2005

* Aluno do Curso de Especialização ICTS/MS/FIOCRUZ/CICT/GHC, Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Médico do SSC/GHC.

** Doutor em Saúde Pública FSP/USP, Prof. do Curso de Especialização ICTS/MS/FIOCRUZ/CICT/GHC.

“A tarefa do homem é ajudar os outros
Este é o meu ensinamento mais constante,
esta é a minha mensagem.
É a minha crença.
Para mim, a questão fundamental é
estabelecer melhores relacionamentos,
sobretudo entre as pessoas e de que forma
podemos contribuir para isso”.

Dalai - Lama

RESUMO

Este é um projeto de pesquisa que tem como objetivo propor o desenvolvimento e a implantação de um sistema de informação e vigilância a saúde para pacientes com incapacidades temporária ou definitivamente no pós-alta das Unidades de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor atendidos na área de abrangência das unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Evidências apontam para a dificuldade do acompanhamento do paciente de pós-alta na rede básica de saúde, devido a insuficiência de informações sobre a internação hospitalar assim como do plano terapêutico. Some-se a o despreparo dos cuidadores em manter a assistência no domicílio. O foco do trabalho é a identificação das informações necessárias para a assistência ao paciente, de forma a atender sua família cuidadora e a equipe da rede básica de saúde. Espera-se, assim, evitar complicações e novas internações.

Palavras-chave: sistema de informação, vigilância a saúde, atenção básica a saúde.

SUMÁRIO

Capítulo	Página
I. O PROBLEMA	5
Introdução	
Objetivo Geral	
Objetivos Específicos	
Formulação da Situação Problema	
II. DESENVOLVIMENTO	14
Referencial Teórico	
Metodologia	
Busca bibliográfica	
Levantamento documental	
Oficina com os profissionais	
Entrevista com os profissionais do Centro de	
Processamento de Dados	
Aplicação de um piloto	
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	21
CRONOGRAMA.....	22
ORÇAMENTO.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS.....	26
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

INTRODUÇÃO:

Este trabalho tem como finalidade colaborar para o desenvolvimento de um sistema de informação e vigilância a saúde dos pacientes com incapacidades temporária ou definitivamente no pós-alta das unidades de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor, os quais são também atendidos na área de abrangência das unidades do Serviço de Saúde Comunitária.

O contexto de estudo é o Grupo Hospitalar Conceição – GHC, que soma quatro hospitais: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital Femina, além de doze unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Esse complexo atende a comunidade de Porto Alegre e interior do Estado do Rio Grande do Sul.

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, conta com doze Unidades de Saúde, que trabalham com área geográfica delimitada, sendo responsável por uma população de aproximadamente cento e vinte mil habitantes, segundo dados do IBGE (2000). Na Saúde Comunitária são realizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, ações essas guiadas por dados epidemiológicos de sua área de atuação. As equipes de saúde são formadas por profissionais de diversas categorias e todas contam com médico

residente de medicina e da residência integrada em saúde, estudantes de medicina, enfermagem e outros estagiários.

Os serviços de Atenção Primária, assim como o do Serviço de Saúde Comunitária, apresentam entre outras características, a facilidade de acesso à população, continuidade e qualidade da atenção, enfatizando ações de promoção e prevenção à saúde de populações de áreas delimitadas, assim como o trabalho interdisciplinar. A população moradora das áreas de atuação tem fácil acesso às Unidades, tendo como referencia os hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, para realizarem exames laboratoriais, consultas de especialistas ou internação hospitalar.

Da perspectiva organizacional, além das unidades de atenção primária, o Serviço de Saúde Comunitária possui uma secretária administrativa, um núcleo de educação em saúde e um núcleo de epidemiologia.

O Núcleo de Epidemiologia foi criado em 1986, sendo um dos objetivos aperfeiçoar as avaliações da situação da população e da resolutividade do trabalho no Serviço de Saúde Comunitária. Entre as atribuições, temos: fornecer apoio técnico às equipes de saúde e coordenação, desenvolver tecnologias "leves", coordenar ações, desenhar pesquisas operacionais, consolidar e analisar dados e divulgar informações. O Núcleo de Epidemiologia é vista como uma estrutura de apoio, e suas tarefas são atividades de meio e não de fim. Os profissionais que compõe o Núcleo são, na sua grande maioria, parte do quadro profissional das próprias unidades de saúde, com liberação para executar atividades dentro dos Programas de Vigilância, quais sejam: Ações Materno-Infantis, Saúde da Mulher, Imunizações, Saúde do Adulto, Tuberculose e Vigilância Epidemiológica e da Influenza.

A estrutura deste serviço é informatizada, interligada ao Centro de Processamento de Dados do Grupo Hospitalar Conceição e às Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária.

A Vigilância à Saúde no Serviço de Saúde Comunitária é uma prática que visa identificar áreas, famílias e fatores de risco, orientar intervenções precoces, prevenir agravos e integrar informações aos sistemas nacionais de vigilância à saúde.

“A Vigilância é um papel de todos e para todos, isto pressupõe que os profissionais devem estar atentos e sensibilizados para identificar, notificar, investigar e planejar nossas ações”.
(LANGONI, 2002,2003.)

Os Serviços de Atenção Primária à Saúde são a porta de entrada ao sistema de saúde e caracteriza-se pela integralidade do cuidado, a coordenação das diversas necessidades em saúde, a continuidade da atenção e a busca da garantia do fácil acesso aos serviços e ações de saúde.

A integralidade implica reconhecimento e manejo adequado dos problemas/situações que mais freqüentemente acometem indivíduos e populações, bem como alta resolutividade destes problemas. A continuidade está diretamente ligada ao vínculo da população com a equipe de saúde e à adesão às orientações propostas.

Os pacientes atendidos na Neurologia são aqueles para quem, via de regra, surge na vida situações que redundam em doenças que lhes provocam seqüelas físicas, emocionais, intelectuais e sociais, mudando bruscamente sua rotina e seu modo de vida. Um dos grandes desafios para integralidade diz respeito ao pós-alta desses pacientes, dada uma suposta incapacidade de sua família no cuidado quando no seio familiar.

Diante do diagnóstico e das seqüelas, as pessoas reagem com sentimentos que vão desde a raiva e a culpa até a depressão. A doença e a seqüela determinam a necessidade de um novo modo de vida, quase sempre requerendo cuidados especiais, surgindo a necessidade de que alguém se qualifique para ser a pessoa cuidadora (familiar ou outro).

Este novo modo de vida vai exigir, primeiramente, que a equipe de saúde se capacite para, por sua vez, qualificar o familiar cuidador. Elsen (2002) relaciona o conceito de família como unidade de cuidado de seus integrantes, cabendo a esta última aos profissionais apoiá-la, fortalece-la e orientá-la, quando ela se encontra fragilizada.

Portanto, para o cuidado é preciso a presença do familiar/cuidador, tendo em vista que esta faz parte da vida do sujeito, é sua referência de confiança, afeto, vida e sobrevivência, muitas vezes, legitimando o seu próprio viver. O impacto do diagnóstico/doença na família se materializa na ansiedade, na incerteza, nos medos, colocando como essencial que as equipes de saúde conheçam as dinâmicas familiares (seus valores, tabus, crenças, etc) e apreendam o conceito e as práticas do cuidado para seus membros.

Assim, enfatiza-se a importância do trabalho interdisciplinar dentro das unidades hospitalares de saúde, bem como melhores relações entre as equipes hospitalares, familiares e postos de saúde formando uma rede de atenção ao indivíduo incapacitado e/ou dependente.

O atendimento humanizado na saúde envolve uma série de questões que extrapolam a relação médico e paciente. Compreende a maneira e a forma com que o paciente é tratado, incluindo-se nesse contexto uma conscientização sobre a importância de vê-lo globalmente, ou seja, o paciente não é uma doença ou doente apenas. É um ser humano, um indivíduo que tem família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ser, de uma hora para outra, extraído de sua vida e de sua rotina para dentro do hospital.¹

¹ Proposta de Programa para Atendimento aos Familiares dos Pacientes com Patologias Neurocirúrgicas - Hospital Cristo Redentor/GHC, Porto Alegre, 2004.

Para as famílias, trazer seu familiar para internação pode ter não só o significado do cuidado, da busca pelo restabelecimento da saúde e de uma melhoria na sua qualidade de vida mas, também, pode significar a paralisia dos sonhos, do estudo, do trabalho, do abandono, da perda. Esta “angústia” familiar, quando não trabalhada pela equipe, gera o aumento de tensão em todos os envolvidos no processo de resgate psico-social-afetivo do paciente.²

Neste contexto surge outra necessidade, voltada para o serviço: é preciso repensar a visão de trabalho dos profissionais da saúde. Quando se fala em profissionais da saúde, inicialmente vem à mente médicos e enfermeiros. As experiências multi e interdisciplinares ainda não ganharam a abrangência que precisam ganhar, para transformar-se num novo padrão de trabalho. Diferente do que ocorre, quando se fala em “atenção a saúde” estão envolvidos médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, administrativos, vigilantes, dirigentes, todos, enfim, que prestam serviço nesta área. Enquanto se “cuidar isoladamente” de qualquer objeto dentro do contexto de atenção a saúde existirá necessidade de humanização, mantendo uma visão fragmentada do ser e do cuidado comprometendo na qualidade da assistência e vida dos usuários.³

O interesse em desenvolver um projeto dessa natureza deve-se as dificuldades, por mim observada como médico profissional envolvido com esses pacientes, de continuidade de tratamento desses pacientes incapacitados e/ou dependentes que procuram os postos de saúde ou retornam ao hospital. Estes pacientes são levados aos seus lares e comunidades com dependências temporárias e/ou seqüelas definitivas e tem ficado evidente que os seus cuidadores são pouco preparados para assisti-los adequadamente.

A integração entre os hospitais e os postos de saúde é pouco eficiente, com baixa eficácia no sistema de referência e contra-referência, comprometendo a continuidade do

² Ibid.

³ Ibid.

Legenda do fluxograma:

A – O Núcleo de Epidemiologia envia um instrumento informando a Unidade de Saúde que a criança/adolescente da sua área de atuação internou em um dos hospitais do Grupo Hospital Conceição. Neste instrumento consta: nome do paciente, endereço, nome do hospital, registro no hospital, data de nascimento, data da hospitalização, motivo da hospitalização.

B – A unidade faz busca ativa deste paciente.

C – retroalimenta o sistema, devolvendo para o Núcleo de Epidemiologia com as seguintes informações: data do contato com a família, se pertence a área de atuação, número de prontuário na unidade, onde faz o acompanhamento de saúde, escolaridade da mãe, renda familiar, situação atual da criança/adolescente, de sua família, plano terapêutico e nome de quem preencheu as informações.

Assim, o foco do presente trabalho está na identificação das informações necessárias para a assistência ao paciente, sua família cuidadora e a equipe da rede básica de saúde. Dentre essas, esse trabalho se concentra em quais informações ou que tipo de informações seriam relevantes para a equipe da rede básica, aquela que se responsabilizará ou co-responsabilizará por essa pessoa sob cuidado.

Através da experiência como médico de família e comunidade e profissional do setor de vigilância epidemiológica, tenho vivenciado de dificuldades entender o plano de acompanhamento no pós-alta dos pacientes pela insuficiência das informações a respeito da internação do paciente, ou seja, muitas vezes a nota de alta hospitalar é incompleta e/ou resumida e também pela inexistência de um protocolo que supra estas necessidades.

A primeira vista, julgo que se faz necessário informações tais como: motivo da internação, qual a forma de acesso ao hospital, ou seja, encaminhado pelo serviço de saúde ou busca direta, motivo, nome do familiar(es) cuidador(es), tratamento instituído, planos para o acompanhamento terapêutico e social, agendamentos, nome do profissional do setor de neurocirurgia para contato e identificação de fatores de risco. A inexistência de um sistema de

informação que auxilie na vigilância a saúde destes pacientes dificulta na sistematização e planejamento das ações interdisciplinares na unidade de saúde.

OBJETIVOS:

Objetivo Geral

Propor o desenvolvimento de um sistema de informação que responde por um acompanhamento de pacientes pós-alta da Unidade de Neurologia do GHC.

Objetivos Específicos

Identificar quais informações a equipe da rede recebem rotineiramente.

Identificar quais informações seriam desejáveis segundo esses atores.

Colaborar para a capacitação das Equipes de Saúde em Vigilância a Saúde.

Promover a integração entre os serviços de saúde hospitalar e rede básica.

Formulação da Situação Problema

Dificuldade do acompanhamento do paciente na rede básica de saúde, por insuficiência de informações sobre a internação hospitalar, assim como do plano terapêutico e também o despreparo dos cuidadores em manter a assistência no domicílio.

Conseqüentemente, acarretando complicações no estado de saúde e novas internações,as quais, podendo ser muitas vezes evitáveis.

Assim, a implantação de um sistema de informação deverá propiciar a realização da vigilância a saúde destes pacientes no seu pós – alta, como também auxiliar as equipes de saúde nesta troca de informações. Como também causar impacto sobre os danos, riscos e os determinantes das necessidades sociais de saúde.

CAPÍTULO II

DESENVOLVIMENTO

Referencial Teórico

A informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões. Nesta perspectiva, representa uma ferramenta imprescindível a qualquer sistema de vigilância, por se constituir no fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”.

Visto que as informações estão sempre presentes nas nossas vidas e participam de diversas decisões do cotidiano.⁴

O fato de ter acesso a determinadas informações não garante que conseqüentemente, as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisões. Mesmo tendo acesso as informações pertinentes e confiáveis, ainda assim, mantem-se a incerteza.⁵

A qualidade da informação e a informação de qualidade são essenciais à gestão de saúde a planejar com eficácia as ações de saúde.

Dado - é definido como “um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância” ou “o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico”, ou ainda, “a matéria-prima da produção de informação”. (GUIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2002).

⁴ Ferreira, S. M.G. Sistema de Informação em saúde Conceitos Fundamentais e organização. NESCON/FM/UFGM, 1999.

⁵ Ibid.

Informação - é entendida como “o conhecimento obtido a partir dos dados”, “o dado trabalhado”, ou “o resultado da análise e combinação de vários dados”, o que implica em interpretação, por parte do usuário. É “uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático”. (GUIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2002).

Segundo Ferreira (1999), a informação é o produto obtido a partir de uma determinada combinação de dados, da avaliação e do juízo que fazemos sobre determinada situação.

Importante saber que a informação, em saúde, é o esteio para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. a articulação com os diversos órgãos que os produzem, de modo a complementar e estabelecer um fluxo regular de informação, em cada nível do setor saúde.

Neste sentido a implantação de um sistema que auxilie o cuidado e atenção dada no pós – alta a pacientes incapacitados, vem a contribuir para que a informação não se perca. Tendo presente que para um sistema de informação cumprir sua função é essencial o comprometimento dos profissionais interligados, na ação para que se tenha bons registros.

Neste aspecto a devolução dos dados discutidos em conjunto com os profissionais, faz com que haja uma apropriação destas informações produzidas, assim como se visualizem como parte deste sistema de informação.

Na literatura encontramos varias definições para sistema de informação, tais como:

- “conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam integradas e articuladamente, com o propósito de atender às demandas, para o qual foi concebido”;
- “reunião de pessoas e máquinas, que visam à obtenção e processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que o “conjunto de estruturas administrativas e unidades de produção, perfeitamente articuladas, com vistas à obtenção de dados, mediante o seu registro, coleta, processamento, análise, transformação dos dados em informação e a sua oportuna divulgação”. (GUIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2002).

O Sistema de Informação em Saúde é parte dos sistemas de saúde, e, como tal, integra suas estruturas organizacionais e contribui para sua missão. É constituído por vários subsistemas, e tem, como propósito geral, facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Assim, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações. (GUIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2002).

Entre os sistemas nacionais de informação em saúde existentes, alguns se destacam, em razão de sua maior relevância: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações Hospitalares – SIH e o Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI. Além destes existem outros na atenção a saúde da mulher, pré-natal, vigilância nutricional, sistema de informação sobre a qualidade da água, hipertensos e diabete.

O próprio Ministério da Saúde vem nos últimos anos através dos projetos VIGISUS I e para este ano o VIGISUS II, procurando Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Vigilância em Saúde nos Estados e Municípios, reforçar a importância de discutir a vigilância epidemiológica e controle das doenças transmissíveis, vigilância ambiental em saúde e da análise de situação de saúde e vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, procurando implementar e responsabilizar os Estados e Municípios destas ações. Este último em função da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira nos últimos anos, ou seja, com declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, enquanto aumentam as mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas.

Analisando o coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por cem mil habitantes) em Porto Alegre em através do DATASUS (2002), 77,3% correspondem às doenças cerebrovasculares, 31,2% por agressões e 17,4% por acidentes de transporte. Temos dados relevantes para executarmos ações de vigilância para esta parcela da população está em situação de vulnerabilidade, visto que as ações primárias e secundárias da prevenção como a promoção e a prevenção falharam, restando atuar a nível terciário, ou, seja na reabilitação e conseqüentemente evitando agravos no comprometimento geral e/ou óbitos.

Importante destacar que, quando se estuda a possibilidade de implantar um sistema de vigilância é verificar qual a melhor estratégia para a coleta de dados, a forma de sua inserção no sistema, os objetivos da iniciativa e a capacidade operacional da rede de serviços de saúde para realizar as ações requeridas. Neste ponto como já referido anteriormente na primeira parte deste trabalho, o Grupo Hospitalar Conceição através de seus quatro hospitais: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor e o Hospital Femina e as doze unidades do Serviço de Saúde Comunitária estão informatizados “on –line”, o Serviço de Saúde Comunitária, possui estrutura própria para executar ações de vigilância.

Segundo Teixeira (2002, p.39), a vigilância em saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais incorporam nos sistemas que afetam os distintos grupos populacionais em função das suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida.

Metodologia:

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto se subdivide em cinco etapas:

- Busca bibliográfica;
- levantamento documental;
- realização de oficina com os profissionais das unidades da atenção básica;
- entrevista com os profissionais do centro de processamento de dados;
- desenvolvimento e aplicação de um piloto.

Busca bibliográfica

Realizar uma revisão bibliográfica de dados relevantes para serem informados no sistema.

Para realizar esta busca será utilizado como fontes os sistemas de informação em saúde já existentes no Ministério da Saúde, como: SINAN, SINASC, SIM, SIH, SAI, HiperDia. Como também pesquisa a bases de dados bibliográficas em Bibliotecas Virtuais: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVS, MEDLINE, LILACS e Biblioteca Cochrane.

Levantamento documental

Será realizado um levantamento documental de fontes já existentes no Grupo Hospitalar Conceição como: nota de alta, boletim de atendimento, cadastro de pacientes, prontuário do paciente tanto o eletrônico como em papel; outras fontes utilizadas no Serviço de Saúde Comunitária como instrumento de vigilância do Programa de volta prá casa, banco de dados destes programa, afim de organizar e avaliar as informações disponíveis e identificar as que tem relevância para o cuidado do paciente no domicílio.

Oficina com os profissionais

Realizar uma oficina com profissionais das unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária de diferentes categorias para discussão do tema, ou seja, que dados seriam importantes contemplar neste sistema de vigilância. A realização de oficinas, especialmente usando a metodologia do grupo focal, tem sido exitosa na identificação de problemas, causas e conseqüências, alcançando o objetivo em sensibilizar os profissionais, para que estes possam estar vigilantes nas suas ações de saúde. Parece que desta maneira seja pertinente a utilização deste instrumento com a finalidade discutir a proposta de um sistema de informação a pessoas incapacitadas - pós-alta.

Está pode ser efetuada a partir da discussão da interpretação de problemas de no máximo dois encontros de quatro horas.

Entrevista com os profissionais do centro de processamento de dados

Realizar uma entrevista com os profissionais do centro de processamento de dados, afim de conhecer as possibilidades e ofertas de aplicativos e soluções tecnológicas já disponíveis no GHC para uso no desenvolvimento do piloto.

Aplicação de Piloto

O piloto deverá ser realizado em duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária a serem definidas posteriormente segundo os criterios de: estrutura da equipe, perfil epidemiológico e população atingida.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização deste projeto, serão respeitados os princípios éticos e os direitos de privacidade e anonimato dos sujeitos participantes do estudo conforme preconiza Goldin (1997 -2004). O consentimento dos sujeitos será obtido através do “Termo de Consentimento Livre Esclarecido” (ANEXO A), em duas vias às quais serão destinadas ao próprio sujeito e ao pesquisador. Ressalta – se ainda, que os resultados da pesquisa poderão ser utilizado em possíveis publicações científicas.

ORÇAMENTO

Os recursos utilizados para elaboração deste projeto serão os do próprio Serviço de Saúde Comunitária como: material de escritório, computador, impressora, acesso à internet. Assim como liberação da carga horária dos profissionais selecionados para atividade da oficina (4 horas).

E também a liberação de dois turnos semanais da carga horária do pesquisador para realização deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, F.C; VICTORA, C.G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. 2º.ed. São Paulo - SP: Hucitec - Unicef; 1994.

BASTOS, L.R; PAIXÃO, I; FERNANDES, L.M; DELUIZ, N. **Manual: para a elaboração de projetos e relatórios de pesquisa, teses, dissertações e monografias**. 6º ed. Rio de Janeiro – RJ: LTC; 2003.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. *In: ELSEN, I. et al. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: UEM, 2002, p.11-24.

FACULDADES PORTO-ALEGRENSES. **Manual para Elaboração de Trabalhos Técnico-Científicos**. 1º ed. Porto Alegre – RS: FAPA, 2003.

FERREIRA, S.M.G. **Sistema de Informação em Saúde: Conceitos Fundamentais e Organização**. NESCON/FM/UFMG, 1999.

GOLDIM, J.R. **bioética**. UFRGS, Porto Alegre, ago. 2005. Disponível em:< <http://www.bioetica.ufrgs.br/textos.htm#consentimento>>. Acesso em 14 de set. de 2005.

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA / FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 5.ed. Brasília – DF: FUNASA, 2002.

LANGONI, P.O.O. **Relatório – A Vigilância Epidemiológica no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição Ano 2002**. Porto Alegre: Núcleo de Epidemiologia – SSC/GHC, 2002, 2003.

LENZ, M.L. M; PIRES, N; TAKEDA, S; FLORES, R. **Vigilância à Saúde da Criança e Adolescente: - De volta prá casa**. Núcleo de Epidemiologia. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2001.

LENZ, M.L.M. **Relatório das Ações Materno-Infantis 2001**. Núcleo de Epidemiologia. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2001.

LENZ, M. L.M.; PIRES, N.P.; LANGONI, P.O.O. et al. **Prevenção, diagnóstico e acompanhamento da sífilis congênita no Serviço de Saúde Comunitária e Hospital Conceição**. Momentos e Perspectivas em Saúde, Porto Alegre, v.15, n. 2, jul/dez. 2002.

MENDES, E.V. *Os Grandes Dilemas do SUS*. TomoII. Casa da Qualidade editora. Salvador Bahia.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. 269p.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 4º reimpressão. Rio de Janeiro - RJ: Editora Guanabara Koogan S/A; 2000.

STARFIELD, B. **Primary Care- Concepts, Evolution and Policy**. Oxford University Press, New York, 1992

TEIXEIRA, C; PAIM, J.S; VILASBOAS, A .L.Q. **Promoção e Vigilância da Saúde**. 1º .ed. Salvador - BA: ICS, 2002.

VICTORA, C. **Intervenções para reduzir a mortalidade infantil e pré-escolar e materna no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol 4 n1 abril, 2001

ANEXO

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este projeto que tem como título: SIPI - PÓS-ALTA: SISTEMA DE INFORMAÇÃO PESSOAS INCAPACITADAS: UMA PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO, desenvolvido por Paulo Oscar de Oliveira Langoni, aluno do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde do MS/FIOCRUZ/CICT/Grupo Hospitalar Conceição sob orientação do Dr. Everton Soeiro, tem como finalidade colaborar para a implantação de um Sistema de Vigilância e Fluxo de Informações sobre pacientes incapacitados, da área de abrangência do Serviço de Saúde Comunitária, hospitalizados na unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor, através da investigação sobre a relevância e necessidades destes.

Os profissionais selecionados do Serviço de Saúde Comunitária para participação de uma oficina assim como os selecionados do setor de processamento de dados terão garantidos o esclarecimento de eventuais dúvidas, a liberdade de retirar-se da pesquisa em qualquer momento, o direito de não responder a questões consideradas constrangedoras, o anonimato na divulgação dos resultados e, sobretudo o direito de confidencialidade sobre as informações obtidas.

O termo de Consentimento será redigido e assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Para contato: (051) 99882343.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data:...../...../.....

Pesquisador: Paulo Oscar de Oliveira Langoni

