



GRUPO HOSPITALAR NOSSA SENHORA CONCEIÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

**COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DA EQUIPE DA
LINHA DE CUIDADOS EM NEUROCIRURGIA
DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR**

KARINE DAMIANI OSÓRIO

Porto Alegre,
2006

KARINE DAMIANI OSÓRIO

**COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DA EQUIPE DA
LINHA DE CUIDADOS EM NEUROCIRURGIA
DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR**

Projeto de Monografia em Informação Científica
e Tecnológica em Saúde para obtenção do título
de Especialista em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Orientadora: Dra. Anna Maria Hecker Luz

Porto Alegre,

2006

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 O problema e sua relevância.....	3
1.2 Objetivos	5
1.2.1 Objetivo Geral.....	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 SUS - Modelo Assistencial.....	7
2.2 Linha de cuidado.....	8
2.3 Comunicação, integralidade e humanização	9
2.4 Sistema de informação: registro de dados	12
3 MATERIAL E MÉTODOS	16
3.1 Tipo de estudo e participantes.....	16
3.2 Local de realização.....	16
3.3 Etapas do estudo ou logística	16
3.4 Análise das informações.....	17
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
5 PLANO ORÇAMENTÁRIO	19
6 CRONOGRAMA.....	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema e sua relevância

O Grupo Hospitalar Conceição - GHC, localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul; conta com quatro unidades hospitalares: Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde, que é seu acionista majoritário. O GHC atende exclusivamente pessoas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – destas, em média, 50% são da cidade de Porto Alegre, 40% da Região Metropolitana e 10% de outros municípios do Estado e do Brasil. (GHC, 2006a).

O Hospital Cristo Redentor (HCR) é um hospital de ensino e pesquisa, que tem como característica o pronto atendimento ao trauma, principalmente de vítimas de acidentes de trânsito, do trabalho, de violência e queimados, sendo conhecido como o Pronto Socorro da Zona Norte de Porto Alegre, com atendimento 24 horas. (GHC, 2006b).

O HCR está instalado em uma área de 18.835 m², com 282 leitos, 15 consultórios e conta com 1.080 funcionários para o atendimento de saúde. (GHC, 2006b).

Além do pronto socorro, o hospital tem atendimento ambulatorial em: consultas especializadas (Acupuntura e Fisiatria, Traumato-ortopedia, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica, microcirurgia e neurocirurgia) por meio da Regulação da Central de Marcação de Consultas de Porto Alegre - pessoas encaminhados à Central pelas unidades básicas de saúde ou pelas Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. (GHC, 2006b).

Em 2005 foram realizadas 239.658 consultas, sendo destas: 165.496 na Emergência; 74.162 em consultas Programadas; 7.814 Internações; 8.022 Cirurgias. O hospital também prestou atendimento ambulatorial em 35.806 exames laboratoriais; 113.054 em radiologia e 13.643 tomografias e; em pacientes internados, 51.979 exames de Laboratório, 20.442 de Radiologia; 4.905 Tomografias. (GHC, 2006b).

A internação hospitalar no Cristo Redentor ocorre via atendimento de Emergência ou ambulatório – pessoas atendidas por médico especialista com indicação de cirurgia ou por transferências de outro hospital. (GHC, 2006b).

Para a consolidação do SUS no Estado do Rio Grande do Sul, foram definidas

algumas estratégias pelo GHC: Redimensionamento Assistencial, Reestruturação institucional e, Resignificação do trabalho. (GHC, 2006a).

Para o alcance destas diretrizes e estratégias, a equipe de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor (HCR), orientada pelo Ministério da Saúde e com o apoio de sua direção, gerência e chefia, optou por modificar as tecnologias de cuidado e o seu processo de trabalho em – linha de cuidado, modelo de organização de trabalho baseado no atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS. Este atendimento é realizado por equipe interdisciplinar: médicos (neurocirurgião, clínico, cardiologista, anestesista), enfermeira, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, técnico e auxiliar de enfermagem e, se necessário, conta com o atendimento de outras especialidades do GHC (2006c).

Estes profissionais atuam nos programas: Atenção ao Paciente com Tumor Cerebral e/ou Medular; Atenção ao Paciente com Traumatismo Raquimedular; Atenção ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral, Aneurisma e Traumatismo Crânio-encefálico e; Atenção aos pacientes com doenças neurocirúrgicas de coluna. (GHC, 2006c).

A Linha do Cuidado em Neurocirurgia (LCN) tem por objetivo contribuir para o processo de recuperação e reabilitação das pessoas sob cuidados neurocirúrgicos, propiciando agilidade e resolutividade no tratamento e reabilitação (GHC, 2006c).

O início do atendimento da LCN é oferecido ao paciente na emergência, tratando e encaminhando de acordo com a necessidade de internação ou acompanhamento ambulatorial. (GHC, 2006c). Segue da emergência ao bloco cirúrgico, ou para Unidade de Terapia Intensiva, para a unidade de internação, ou permanecendo na emergência para observação.

A internação hospitalar em neurologia, tem repercussões tanto na pessoa que necessitou internação, como em sua família e, sua recuperação dependerá não só da internação, mas, principalmente, no pós-alta. Semanalmente é oferecido, aos familiares das pessoas atendidas na LCN, o Grupo de Atenção a Familiares que possibilita a troca de informações: esclarecimentos sobre a rotina da instituição, orientações para o cuidado pós-alta, acolhimento e suporte emocional às famílias (GHC, 2006c).

Na alta hospitalar, os pacientes são encaminhados para acompanhamento no posto de saúde de referência de sua região e, aos moradores da área de abrangência do Programa de Saúde Comunitária do GHC é oferecido, de acordo com a necessidade, o Programa de Assistência Domiciliar – PAD (GHC, 2006c). Após a alta, estes pacientes permanecem em atendimento no ambulatório com a continuidade do tratamento em consulta programada com

a equipe multiprofissional em acompanhamento do paciente egresso do HCR para o controle de sua evolução e reabilitação (GHC, 2006c).

A linha de cuidado pressupõe a acompanhar a pessoa atendida e as práticas de saúde prestadas. O que só é possível a partir do registro sistemático de informações e estratégias de comunicação.

Eventualmente, são realizadas reuniões de equipe para planejamento das práticas. Não raras, são as conversas entre membros da equipe com objetivo de compreender situações para combinar ações de manejo com as pessoas que estão sob cuidado e seus familiares.

As questões que surgem nesses encontros são: Que condutas tomar? Como, e em que momento informar a pessoa e ou família sobre a situação atual e prognóstico? Como lidar com o luto de perdas funcionais ou orgânicas? Quais profissionais devem prestar atendimento referente às orientações? Como propiciar o enfrentamento da situação e manejo da pessoa e da família? Em suma, como devemos agir para unir esforços?

Para otimizar esforços e reduzir fragmentações da assistência, acredito ser importante ampliar meios e espaços para “trocas”: estabelecer encontros de capacitação interdisciplinar possibilitando planejar, agir e avaliar as pessoas sob cuidados em conjunto, com enfoque central na pessoa sob cuidado, integralidade e humanidade. Promover a interdisciplinaridade para atingir a integralidade com humanidade.

A comunicação com objetivo de trocas de perspectivas, possibilita criar sonhos conjuntos e planejamentos, emergindo questões de como devemos agir numa ação interdisciplinar: práticas, uso de protocolos, eleger questões a responder, dados a registrar, indicadores, estratégias para que o sistema de informação utilizado como tecnologia que otimize nossa prática. Nesse sentido, o que se busca é: um sistema de informação “prontuário eletrônico” que possibilite análises longitudinais da pessoa sob cuidado (qualitativo) e práticas utilizadas, permitindo diagnósticos epidemiológicos com maior qualidade pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH); que a informatização se incorpore como tecnologia que otimize nossas ações, permitindo a comunicação com outros serviços (consultorias, encaminhamentos, requisição de exames...) através do sistema de informação em rede e; uma comunicação interna – entre a equipe e junto com a pessoa sob cuidado e sua família, de modo humanizado, com vistas à integralidade.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar fatores de comunicação e informação da equipe de atendimento necessários para o fomento da Linha de Cuidado em Neurocirurgia (LCN) do Hospital Cristo Redentor.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Promover discussão interdisciplinar para planejamento de comunicação e informação da LCN;
- b) Definir quais as informações e dados são necessários e pertinentes incluir na LCN para conhecer, avaliar e decidir sobre como agir em determinadas situações;
- c) Definir indicadores por: razão de internação, tipo de procedimento, condições de alta, linha de cuidado percorrida, tempo de permanência segundo razão da internação.
- d) Definir os indicadores de eficiência, como: produtividade, utilização da capacidade (física e operacional), gastos; de eficácia: cobertura, concentração, resolubilidade; de efetividade: morbidade, mortalidade, necessidades.
- e) Definir os indicadores das estratégias de comunicação interdisciplinar na LCN e com outros serviços: efetividade e eficiência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUS - Modelo Assistencial

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – final da ditadura, durante a Constituinte – inscreveu na Constituição do Brasil de 1988 o direito à saúde e o Sistema Único de Saúde - SUS. Apontou princípios para nortear um novo modelo de saúde, entre eles: democracia, descentralização, hierarquização, resolutividade, necessidade de ações intersetoriais, mudança das práticas em saúde, além de reconhecer a complexidade causal do adoecer (FEUERWERKER, 2005).

A política de saúde instituída com o SUS apresentou avanços, no entanto, fragmentações são presentes no processo de trabalho, nas relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes; burocratização e verticalização do sistema; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Não são poucas as questões para a consolidação do SUS que exige um atendimento centrado no usuário, democrático, com um espaço de resgate da cidadania em defesa da vida - com atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. (FEUERWERKER, 2005).

A construção democrática da saúde no país requer a mobilização e aglutinação de atores capazes de contribuir para conquista de legitimidade política e social para o SUS, a partir da discussão das práticas hegemônicas de saúde (foco médico e doença) - propor uma nova divisão do trabalho em saúde e, incluir um papel ativo do usuário na construção da saúde. (FEUERWERKER, 2005).

Nesse sentido, é preciso uma interligação e uma interação entre os vários componentes que produzem diferentes ações, de modo a resultar numa ação organizada, que produza respostas às necessidades de saúde de uma determinada população (FERREIRA, 2006).

As reflexões sobre os modelos tecno-assistenciais referem-se às tecnologias mais adequadas para organizar as práticas de saúde e às possibilidades de inovação das práticas de saúde no âmbito concreto da atuação das equipes e dos trabalhadores da saúde. (FEUERWERKER, 2005). As discussões sobre as práticas assistenciais auxiliam

estabelecimento de parâmetros para a incorporação tecnológica, bem como, basear a assistência em protocolos para ajudar a compor padrões de utilização de tecnologia adequados, inclusive na prevenção, evitando, assim, aumentos desnecessários de custos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR, 2006).

2.2 Linha de cuidado

Uma possibilidade para produzir atenção à saúde de qualidade, atendendo às expectativas dos usuários, é fazer a produção de novas tecnologias de cuidado: construção de linhas de cuidado (FEUERWERKER, 2005).

A linha de cuidado é um modelo assistencial – forma específica de organização e articulação entre recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. (AGENCIA NACIONAL DE SADE SUPLEMENTAR, 2006). Pressupõe uma visão global das dimensões da vida dos usuários que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe. Bem como, uma visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer respostas mais adequadas, completas e resolutivas à necessidade do usuário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A linha de cuidado é uma estratégia para superar a desarticulação dos diversos níveis de atenção em saúde, e garantir a continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, com referência e contra-referência responsável, até a recuperação do indivíduo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Experiências relevantes quanto reorganização da atenção, da educação permanente, da democratização da gestão, da instituição de linhas de cuidado, construção de redes mais flexíveis, espaços de gestão participativa, coletivos produtores de cuidado são relatadas em alguns municípios brasileiros (MERHY et al, 2003; FRANCO et al, 2004; SANTOS, 2004).

Avanços na prática dos profissionais de saúde envolvem corrigir eventuais distorções nas suas formações, muitas vezes fragmentadas e especializadas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR, 2006). Trata-se de situação propícia para atenção integral, com alta qualidade de comunicação - por aproximar pessoas, pensamentos, discursos e práticas, em equipes interdisciplinares - em que há mútua formação elementar contínua dos seus membros nas teorias, métodos e técnicas das suas respectivas especificidades e profissões, com o fim de propiciar tanto a exploração das interfaces das suas

capacidades e funções, como a mobilidade, a substitutividade dos papéis teóricos-técnicos e, a invenção de novos papéis requeridos pela tarefa (OLIVEIRA, 2006).

Porém existem obstáculos a serem superados para a constituição e desenvolvimento das equipes interdisciplinares: individualismo, a onipotência de cada profissão que acredita paradoxalmente ser “a única e a melhor”, o medo da perda da identidade, o temor à crítica quando o dispositivo propicia a plena exposição das limitações e erros de cada especialidade e de cada agente (OLIVEIRA, 2006).

Para Oliveira (2006) o processo amplo de humanização, interdisciplinaridade e melhora da comunicação é demorado e complexo, havendo resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Padrões conhecidos parecem ser mais seguros: cada profissional, equipe ou instituição terá seu processo singular de humanização e de comunicação e, se não for singular, não será de humanização (OLIVEIRA, 2006).

Além disso, para efetivação deste processo, devem estar envolvidas várias instâncias: profissionais de todos os setores, direção e gestores da instituição, formuladores de políticas públicas, conselhos profissionais e entidades formadoras. (OLIVEIRA, 2006).

2.3 Comunicação, integralidade e humanização

A comunicação é um elo de ligação dos seres humanos e essencial nas suas relações pois mediante ela nos fazemos - ser ouvidos e ouvir, como resultado no entendimento entre os interlocutores (GODOI, 2004). Comunicar pressupõe o entendimento das partes envolvidas (SILVA, 2002).

As palavras se caracterizam pelo seu “uso” – por quem as pronuncia, onde, quando, para quem, para que, como, quantos são ditas (OLIVEIRA, 2006). “Tão importante quanto comunicar é saber comunicar (...) Muitas vezes achamos que somos entendidos ou que entendemos, e na verdade a mensagem foi insuficiente ou absorvida erroneamente” (GODOI, 2004, p. 75).

O diálogo, não é apenas uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim uma forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco. (OLIVEIRA, 2006). A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas. Portanto, sem comunicação, não há

humanização.

Um complexo sistema de comunicação envolve todos os processos que culminam no tratamento e restabelecimento dos que procuram o hospital, desde a divulgação de suas atividades até a alta hospitalar (GODOI, 2004).

As instituições de saúde fragmentam suas ações, campanhas e programas a partir das certezas de que sempre atuam em nome e pelo bem daqueles a quem pretendem ajudar, muitas vezes, sem perceber necessidade de consultar (comunicar) antes os “beneficiados”, com o risco de emudecer qualquer diálogo. Prática, por si só, desumanizante, pelo fato de colocar os princípios acima dos sujeitos envolvidos, banindo as decisões tomadas coletivamente com base no diálogo e argumentação (OLIVEIRA, 2006).

A comunicação é fator imprescindível para o estabelecimento da humanização (bem como, as condições técnicas e materiais)¹. Portanto, é preciso garantir tanto à palavra dos usuários quanto aos profissionais dos diversos setores da saúde em prática interdisciplinar, valorizando a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, e o impacto na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais (OLIVEIRA, 2006).

A forma como a comunicação se materializa e interfere no conteúdo dela: “O tom da fala, as expressões faciais, o toque voluntário ou involuntário, suspiros, a forma como se olha pode contradizer toda a informação transmitida ou invalidá-la” (GODOI, 2004, p. 77). A comunicação também é afetada pelo estado emocional dos que estão envolvidos – “a ansiedade, presente quando se aguarda por informações sobre a saúde do familiar pode ser amenizada por uma boa recepção e comunicação”, as palavras devem ser medidas, mas, não o calor e a atenção (GODOI, 2004, p. 76).

A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo, em que há o predomínio das tecnologias leves – relacionais, em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados, do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Trata de espaço para a construção de novos valores, compreensões e relações; estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público, dos usuários (FEUERWERKER, 2005).

É no terreno do trabalho vivo “momento crítico” em que toda a instituição é

¹ Quando o problema é a falta de condições técnicas – de capacitação, de materiais – a ação torna-se desumanizante pela má qualidade resultante e sua baixa resolubilidade; ou que pode induzir à desumanização por gerar relacionamentos desrespeitosos, impessoais e agressivos, piorando uma situação que já é precária. (OLIVEIRA, 2006).

avaliada pelos que a procuram. (GODOI, 2004). As pessoas estão atentas e criam vínculos, basicamente, pela maneira como o profissional consegue ser coerente e complementar na sua comunicação verbal e não-verbal – as duas partes da comunicação: o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir, e o que sentimos quando estamos interagindo com o outro (SILVA, 2002).

O cuidado em saúde demanda uma visão integral: a pessoa por inteiro, contemplando uma postura acolhedora com escuta atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A comunicação e informação podem alterar, inclusive, a percepção sobre a doença e morte, pois o desconhecimento e/ou desvalorização da doença, combinado com ausência de comunicação dos profissionais de saúde com a família apresentam influência sobre a percepção sobre a morte, como relata Hadad (2002).

Dentro de um hospital a comunicação, entre funcionários ou entre setores também apresenta os seus pontos críticos. A indisposição individual ou coletiva de se expressar, a urgência de transmitir informações durante emergências, animosidades, conflitos de personalidade ou de atuação profissional podem ocorrer a todos instante originando atitudes descomprometidas ou de relações inesperadas de colegas, podendo comprometer a atenção ao paciente (GODOI, 2004).

Para conseguir se comunicar adequadamente, os profissionais da saúde necessitam lidar com as questões que se deparam e que o fazem refletir sobre sua própria vida – saúde ou doença, conflitos e frustrações. E, se esse fenômeno não ocorrer haverá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicar tanto no âmbito profissional quanto no pessoal; comprometendo a humanização da assistência. O que reforça a necessidade de cuidar quem cuida (OLIVEIRA, 2006).

Para Miasso (2006), as vezes, a comunicação em saúde é prejudicada podendo inclusive, ocasionar a utilização inadequada de medicação, pela caligrafia inteligível de alguns profissionais, fato que pode ser superado conforme Godoy (2004) através da informatização dos registros eletrônicos.

Nesse sentido, a literatura apresenta alternativas para facilitar a comunicação, destacando a importância de estar atento a todas as mensagens (intencionais ou não) do interlocutor, para poder compreender suas necessidades, estabelecer confiança. E, para compreender melhor e se fazer entender é preciso usar de empatia, se colocando na posição de pessoa sob cuidado evitando falhas na comunicação e erros conseqüentes (GODOI, 2004).

Para Godoy (2004) a comunicação pode ser facilitada, posicionando-se com o

outro interlocutor, não igual para não causar embaraços, mas em ‘sintonia’. “Colocando-se no lugar do outro”, e abrindo espaço para que o outro saiba algo que não se sabe de antemão depende de se aceitar que todo saber é limitado: algo que não se sabe e que, portanto, poderá vir de outro. Apenas quando se corre o risco de não pretender tudo saber é que se pode compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra, mas também de um saber que, por não ser total, pode se expandir infinitamente (OLIVEIRA, 2006). Por exemplo, focar o benefício, o sucesso da cirurgia e, não a cicatriz resultante (GODOI, 2004).

Utilizar estratégias de comunicação que facilitem a mesma, invés das que as bloqueiam, como coloca Bermadina (1996) referindo-se as idéias sobre comportamento verbal apontadas por Forrest (1983).

O alívio de estresse no local de trabalho também pode favorecer a comunicação; bem como, a comunicação pode ser forma de alívio de tensão (PEREIRA, 1997).

Além disso, é preciso estar ciente que a preocupação com a humanização das práticas assistenciais não deve ir ao extremo, que seria uma posição contrária à incorporação das novas tecnologias, necessárias (AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR, 2006).

2.4 Sistema de informação: registro de dados

Planejamento, reformulação e divulgações das ações dependem do registro adequado de dados, produção de informação, escolha de indicadores que possibilitem a avaliação dessas ações.

As informações são importantes para um processo de reflexão, avaliação e tomada de decisões sobre uma determinada situação de saúde (FERREIRA, 2006). Os dados são a base para gerar informação. Eles “não falam por si”, mas são matéria prima para a produção de informações, traduzidas em conhecimento, interpretação e um juízo sobre determinado fenômeno (FERREIRA, 2006).

Um sistema de informação em saúde (SIS) é:

[...] um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no sistema de saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde. (FERREIRA, 2006, p. 5).

No Brasil, nas últimas décadas, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados como ferramenta na elaboração de políticas de saúde e no planejamento e gestão de serviços de saúde (BITTENCOURT, 2006).

No entanto, em análise realizada por Escosteguy (2005), comparando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) em relação ao prontuário de evoluções, percebeu que o melhor desempenho em análise dos fatores associados à variação do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio e, a co-morbidade e complicações estavam associadas a maior óbito, não relacionando apenas diagnóstico inicial como na registrado no SIH. O que, conseqüentemente, reforça a necessidade de avaliar condicionantes de saúde e sua recuperação a partir de informações registradas em prontuários e se, de forma sistematiza facilitaria a recuperação das informações.

Mas quais informações registrar? O mais importante em um SIH é a capacidade de definir quais as informações e dados são pertinentes e realmente necessários para responder perguntas que possibilitem conhecer, avaliar e decidir sobre como agir em determinadas situações (FERREIRA, 2006). Há que se definir, inicialmente, as perguntas que se quer responder, pois a escolha adequada de que dados a registrar irá significar grande “economia” na coleta, processamento e armazenamento dos mesmos; agilizando a produção e disseminação das informações (FERREIRA, 2006). em

Verificar diferentes dimensões do desempenho do serviço de saúde: efetividade, adequação, acesso e eficiência (BITTENCOURT, 2006).

Ferreira (2006) recomenda a utilização de indicadores² para produzir informações visando a elaborar um conhecimento (quantitativo e/ou qualitativo) sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado.

Os indicadores de eficiência apontados por Araújo (2006) incluem: produtividade, utilização da capacidade (física e operacional), gastos; de eficácia: cobertura, concentração, resolubilidade; de efetividade: morbidade, mortalidade, necessidades [...].

Além destes citar indicadores por: gênero, por faixa etária, por causa, por tipo de procedimento, que descreva o tempo de permanência, curva de sobrevida segundo faixa

² “Indicador é uma representação numérica ou não que, considerando nossas referências e critérios, nos permite, a partir da “preferência” que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças), produzir informação visando a elaborar um conhecimento (quantitativo/qualitativo) sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado” (FERREIRA, 2006, p. 4).

etária, curva de sobrevida segundo causa, linha de cuidado percorrida, taxa de mortalidade, sobreviventes e incidente – segundo região geográfica, curva de sobrevida dos pacientes, estatística descritiva do tempo de permanência segundo razão da internação. (CHERCHIGLIA, 2004).

Segundo documento do Ministério da Saúde (MS), aprovado pela Portaria Ministerial nº3 de 04/01/96 e publicado no Diário Oficial da União de 08/01/96:

É essencial conceber o SIS como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas a serem formuladas e implementadas. O sistema deve ser concebido, pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade (...) Um SIS deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS.

Além da possibilidade de avaliar e adequar práticas de saúde, um SIS pode permitir a comunicação direta com o sistema informatizado administrativo, com banco de dados, e utilizado em rede, possibilita que vários usuários acessem e insiram informações, facilitando a comunicação entre os setores (RIBEIRO; COUTO; CARVALHO et al, 2006).

Como exemplo de utilização de SIS, foi elaborado um banco de dados utilizando o programa Microsoft Access[®], permitindo comunicação direta com o sistema informatizado de gerenciamento das manutenções dos equipamentos de raios X, em implantação no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Um detalhe importante é a comunicação direta deste banco de dados com o sistema de manutenção. No mesmo ambiente é possível abrir uma ordem de serviço e, quando algum teste não estiver em conformidade, acessar o banco de peças da manutenção, relatórios de custos de manutenções, históricos da vida útil dos equipamentos e sua localização, entre outros (RIBEIRO; COUTO; CARVALHO et al., 2006).

O planejamento, recurso inerente ao ser humano, permite um melhor aproveitamento de tempo e de recursos, possibilitando que nossos objetivos sejam alcançados da melhor forma. Avaliamos diferentes possibilidades de ação, e decidimos por uma atitude (FERREIRA, 2006).

O modo tradicional de planejar é em gabinete, onde políticos e técnicos definem os problemas a serem enfrentados e o que julgam melhor para a população considerando possível haver um conhecimento único e objetivo da realidade (FERREIRA, 2006).

Por outro lado, a proposta de planejamento participativo, enfatiza a complexidade da realidade, e o conhecimento e explicação sobre a mesma e depende da inserção de cada

ator, exigindo um raciocínio estratégico, de modo que o planejar incorpore a dimensão política visando construir a viabilidade para os projetos (FERREIRA, 2006). Com a participação social o processo de planejamento fica enriquecido, criando uma relação de coresponsabilidade dos atores sociais com a efetivação do plano de ação, propiciando mais legitimidade e viabilidade política para o mesmo (FERREIRA, 2006.)

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo e participantes

Proponho para aplicação deste projeto a metodologia de grupos focais de intervenção (GFI), proposta de HASSEN (2002): união da técnica Grupo focal (GF) com intervenção.

O GF permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de encontros de grupo, nas quais 6 a 20 pessoas, que compartilham alguns traços comuns, discutem aspectos de um tema sugerido. Realiza-se a identificação e o levantamento de opiniões que refletem o grupo em um tempo relativamente curto, otimizado pela reunião de muitos participantes e pelo confronto de idéias que se estabelece, assim como a possibilidade de concordância em torno de uma mesma opinião. O caráter de intervenção acrescido ao GF possibilita também um caráter educativo e informativo.

As pessoas convidadas a participar destes encontros serão os membros da equipe da Linha de Cuidados em Neurocirurgia (LCN), um(a) gestor(a) hospitalar, uma pessoa que esteve sob os cuidados da equipe da LCN e um familiar seu. Quando julgado necessário, poderá se convidar pessoa para esclarecer questões do grupo – suporte técnico.

3.2 Local de realização

Os encontros serão realizados no HCR, no local de trabalho da equipe da LCN; com duração de 45 minutos cada, com periodicidade quinzenal.

3.3 Etapas do estudo ou logística

A proposta é levar para a equipe reflexões de comunicação e informação da linha do cuidado em neurologia.

Etapas iniciais: Convite (1)

O convite aos participantes será realizado por meio de convite escrito e comunicação presencial ou por telefone.

Primeiros encontros: Discussão dos Temas (2)

Explicitação do tema, debate a partir de dúvidas, proposição de questões genéricas dentro do tema.

Para isso, há necessidade de um mediador, que deve estar capacitado para tirar dúvidas específicas sobre os temas concretos ou deve ser auxiliado por quem o seja (qualquer pessoa reconhecidamente informada). O mediador poderá utilizar livros, cartilhas e cartazes para a discussão sobre os temas apresentados ou emergentes.

O mediador do GF tem o papel de suscitar o debate e encorajar os participantes a expressarem suas opiniões e sentimentos sobre os temas. Ao mesmo tempo, deve cuidar para que nenhum participante monopolize a discussão, e que todos possam encontrar ocasião de se expressar.

Definição do foco e estratégias de ação (3)

Após algumas rodadas de socialização de informações, quando o mediador perceber que o grupo já está maduro para fazer proposições; o passo seguinte será focalizar uma questão, eleger estratégias e construir proposições. O grupo escolhe um foco dentro do tema a partir do interesse preponderante naquele momento no grupo. E escolhe o material a ser desenvolvido, considerando os quesitos: interesse do grupo, adequação ao tema escolhido e viabilidade. Para a confecção do material, sendo o grupo muito grande, pode ser dividido em pequenos grupos e, ao final, podem ser conciliadas as propostas ou escolhida a mais representativa.

Normalmente o processo de GFI demanda um número considerável de encontros, sobretudo em função da fase de construção de material. Assim, se a técnica de grupo focal é relativamente rápida, já não se dá o mesmo nos GFI. Um GFI necessita, no mínimo, 10 encontros, podendo passar de 16, devido à produção de material.

Além da produção de material, anotações quanto ao processo de produção serão registradas, no modelo de Diário de campo conforme produções Patrício (1995). No diário de campo anota-se observações da prática e idéias da pesquisadora relevantes ao processo da pesquisa.

3.4 Análise das informações

Será decidida em conjunto, a partir das discussões grupais e das informações registradas no Diário de Campo, tendo como suporte a literatura que trata da análise de informações qualitativas, coletadas em GFI.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em estudos com seres humanos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, RS). A todos os participantes será solicitada autorização para incluí-los no estudo com informações prévias sobre tema, objetivo e justificativa da investigação. Em caso de aceite de participação, serão garantidos os seus direitos quanto ao sigilo da identidade, desistência de participação em qualquer momento. Será solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

5 PLANO ORÇAMENTÁRIO (em Reais – R\$)

Plano Orçamentário	(R\$)
<u>Material de consumo:</u>	
Gastos com material de expediente conforme relação anexa	500,00
Subtotal (1)	500,00
<u>Remuneração de serviços pessoais:</u>	
Tradutor	500,00
Revisor de texto	800,00
Digitador	800,00
Auxiliar de serviços diversos	1.000,00
Subtotal (2)	3.100,00
<u>Outros serviços e encargos:</u>	
Cópias xerox e comum	600,00
Apresentação audiovisual	900,00
Elaboração de impressos e material instrucional	1.000,00
Subtotal (3)	2.500,00
Total orçamento (1) + (2) + (3) =	6.100,00

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR. Cadernos de Saúde Suplementar. **Relatório da Oficina: “Coberturas e Modelos Assistenciais”**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/atencaoasaude/DD1.pdf#search=%22Coberturas%20e%20Modelos%20Assistenciais%20Relat%C3%B3rio%20da%20Oficina%22 . Acessado em 09/10/2006 14:46

BITTENCOURT, Sonia Azevedo, CAMACHO, Luiz Antonio Bastos and LEAL, Maria do Carmo. Hospital Information Systems and their application in public health. **Cad. Saúde Pública**. [online]. 2006, vol. 22, no. 1 [cited 2006-11-02], pp. 19-30. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

CECÍLIO & MERHY. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO & MATTOS. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ e ABRASCO, 2003.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al. **Base de dados nacional em TRS – adaptação de banco de dados administrativos em banco centrado no paciente**. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_649.pdf#search=%22%20linha%20de%20cuidado%22%20filetype%3Apdf%22 20/10/2006

FERREIRA, Sibeles M. G. **Sistema de informação em saúde: conceitos fundamentais**. Material da aula de 02/09/2006 do curso de pós-graduação em ICTS, 2006.

FEUERWERKER, Laura. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS / Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's single healthcare system** **Interface comun. saúde educ**; 9(18):489-506, set.-dez, 2005. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-3283. doi: 10.1590/S1414-32832005000300003.

GODOI, Adalberto Felix de. **Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento em**

Hospitais: pensando e fazendo. São Paulo: Ícone, 2004.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Disponível em: <www.ghc.com.br/ghc>. Acesso em 05 de junho de 2006a.

_____. Gestão 2003/2006. Disponível em: <www.ghc.com.br/ghc>. Acesso em 05 de setembro de 2006b.

_____. **Folder Linha de Cuidados em Neurocirurgia,** 2006c.

HADAD, Salime ; FRANCA, Elisabeth and UCHOA, Elizabeth. **Preventable infant mortality and quality of health care: maternal perception of the child's illness and treatment.** *Cad. Saúde Pública.* [online]. 2002, vol. 18, no. 6 [cited 2006-10-05], pp. 1519-1527. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X..

HASSEN. MNA. Grupos focais de intervenção no projeto sexualidade e reprodução. **Horizontes Antropológicos,** Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 159-177, junho de 2002. <http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19081.pdf> acessado em 18/11/06 as 13:00.

MERHY & cols.. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil Brasília – DF / 2004** http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf#search=%22%20%22linha%20de%20cuidado%22%20filetype%3Apdf%22

MIASSO, Adriana Inocenti, SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo, CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli *et al.* The medication preparation and administration process: problem identification in order to propose improvements and prevent medication errors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [online]. 2006, vol. 14, no. 3 [cited 2006-11-02], pp. 354-363. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692006000300008.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de, COLLET, Neusa and VIERA, Cláudia Silveira. Humanization in health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** [online]. 2006, vol. 14, no. 2 [cited 2006-11-02], pp. 277-284. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692006000200019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692006000200019.

PATRÍCIO ZM. A dimensão felicidade - prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Tese de doutorado em filosofia da saúde/enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

UNESC. **Orientações para Elaboração de TCC.** Diretoria de Graduação, Criciúma – SC, 2006. <http://www.unesc.net/biblioteca/> acessado em 20/11/2006 16:00

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO³

A Pesquisa sobre **Comunicação e Informação da Equipe da Linha de Cuidados em Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor** tem como objetivo identificar fatores de comunicação e informação da equipe de atendimento necessários para o fomento da Linha de Cuidado em Neurocirurgia (LCN) do Hospital Cristo Redentor:

Tua participação nessa pesquisa é voluntária e consistirá na participação de grupos focais de intervenção: espaços para debater, esclarecer dúvidas sobre o tema e produzir propostas em grupo. Os grupos terão duração aproximada de 45 minutos em encontros quinzenais, num total de 10 (dez) encontros, aproximadamente.

Podes desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento.

Esse procedimento não te expõe a qualquer risco e podes pedir esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento se assim desejares.

As informações serão utilizadas pela pesquisadora - somente para fins de pesquisa, de maneira confidencial (teu nome não será revelado). Tua identidade será preservada com a troca de nome. Após a análise das informações dadas pelos participantes do estudo, estes serão convidados a discutir, se assim desejarem, sobre os resultados encontrados.

Eu, _____ concordo em participar dessa pesquisa após ter sido esclarecida, de modo claro e detalhado sobre: os objetivos e finalidades da entrevista a que serei submetida, dos meus direitos como participante e do uso das informações.

A pessoa responsável pela pesquisa é Karine Damiani Osório podendo ser encontrada pelo telefone 3357-4161.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

_____, _____ de _____ de 2006.
(cidade) (dia) (mês)

³ Este documento será assinado em duas vias permanecendo um com o entrevistado e outro com a pesquisadora.

