



Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação

DANIELLE DA SILVA PINHEIRO WELLICHAN

**COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE PROFISSIONAIS NO DOMÍNIO DA
SAÚDE:** um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo.

**MARILIA
2015**

DANIELLE DA SILVA PINHEIRO WELLICHAN

COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE PROFISSIONAIS NO DOMÍNIO DA SAÚDE: um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP – Campus de Marília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Área de concentração: Informação, Tecnologia e Conhecimento.

Linha de pesquisa: Produção e Organização da Informação.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Helen de Castro Silva Casarin.

Coorientadora: Prof. Dr^a Telma Flores Genaro Motti

**MARÍLIA
2015**

Wellichan, Danielle da Silva Pinheiro

W452c Comportamento informacional de profissionais no domínio da saúde: um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo / Danielle da Silva Pinheiro Wellichan. – Marília, 2015.
128f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências.

Orientadora: Helen de Castro Silva Casarin

Coorientadora: Telma Flores Genaro Motti

1. Comportamento informacional. 2. Profissionais da saúde. 3. Equipe multiprofissional 4. Informação em saúde 5. Anomalias craniofaciais I. Título.
II. Casarin, Helen de Castro Silva III. Motti, Telma Flores Genaro.

CDD 025.524

COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE PROFISSIONAIS NO DOMÍNIO DA SAÚDE: um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação UNESP/Marília – SP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Banca examinadora

Profª. Dra. Helen de Castro Silva Casarin (Orientadora)
UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Filosofia e Ciências. Campus Marília
Departamento de Ciência da Informação

Profª. Drª. Ariadne Chlõe Mary Furnival
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos
Departamento de Ciência da Informação

Profª Dra. Ely Francina Tannuri de Oliveira
UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Filosofia e Ciências. Campus Marília
Departamento de Ciência da Informação

Profª Dra. Luciana Gracioso (Suplente)
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos
Departamento de Ciência da Informação

Dra. Maria Leandra Bizello (Suplente)
UNESP – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Filosofia e Ciências. Campus Marília
Departamento de Ciência da Informação

Local: Faculdade de Filosofia e Ciências/ Universidade Estadual Paulista – Campus de Marília.

**Marília
2015**

Mestrado, trabalho, gravidez... (Ops!! Gêmeos!!!), longas madrugadas, palpites (infinitos) para desistir ou adiar, cobranças...Assim foi o período, muita coisa para pouco tempo... Mas, quando o objetivo está traçado, é preciso seguir. E assim aprendi que as dificuldades existem não para desistirmos, mas para ficarmos mais fortes, para nos superarmos! Em meio a todas as correrias do dia a dia, Deus me presenteou com a melhor de todas as tarefas: ser mãe do Yan e da Luiza, e, se Ele confiou a mim essa missão, não há nada que eu não possa fazer, tendo vocês ao meu lado.

Dedico a vocês, Yan & Luiza,
todos os momentos da minha vida! Amo vocês!

Agradecimentos

A Deus “[...] inteligência suprema e causa primeira de todas as coisas”.

A minha família: Márcia, Gustavo, Débora e Joãozinho, vocês me fazem lembrar sempre daquele dizer “[...] melhor do que ter asas para voar, é ter um ninho para onde se possa voltar!”. Obrigada pelo amor e carinho sempre.

Ao meu marido Paulinho James, pela companhia, parceria constante em todos os momentos e pela família linda que construímos.

A minha dupla dinâmica Yan & Luiza, minhas razões de viver. Não há nada melhor nem mais bonito do que estar com vocês!

A minha equipe de trabalho: Thereza (RH), Sandra, Amanda, Cris e Ana Flávia, porque rindo ou chorando, na lua ou no sol, no amor ou na dor... equipe é assim, todos por todos sempre! E não posso deixar de agradecer também ao nosso diretor Prof. Márcio Luís Carreira, pela admirável compreensão durante todo o período.

À Prof.^a Dra. Helen de Castro Silva Casarin, pela oportunidade, paciência, ensinamentos e por me guiar durante todo o processo de crescimento pessoal e profissional. MUITÍSSIMO obrigada!

À Prof.^a Dra. Telma Genaro Flores Motti, do HRAC - USP, que me acolheu às escuras (pois nem me conhecia), aceitou a orientação e a transformou em um aprendizado sem tamanho ou medida. Sem você este trabalho não aconteceria, obrigada sempre!

À Prof.^a Dra. Ely Francina Tannuri de Oliveira, sempre presente em meus momentos de transição profissional. Agradeço por ter me acolhido tão carinhosamente desde o Trabalho de Conclusão de Curso e por estar presente em mais uma etapa da minha vida. Obrigada por tudo!

À Prof.^a Dra. Ariadne Chloe Mary Furnival, da UFSCAr, pelas valiosas contribuições finais.

Às doutorandas no HRAC – USP: Marina Bigeli Rafacho e Patrícia Mattar Damiance, pela ajuda e empenho na coleta de dados. Às vezes encontramos anjos no caminho... Vocês foram demais!

Ao meu amigo Cristian Berrio Zapata pelo, pelo abstract, e à Prof.^a Renata Maria Coelho Faleiro, pela amizade e parceria constante.

A Maria Cristiane Barbosa Galvão, Maria Nélide González de Gomez, Martha Martinez-Silveira, Donald Case, J. David Johnson e Hamid R. Jamali, que atenderam aos meus anseios, responderam as minhas dúvidas e, agindo como grandes professores/pesquisadores, contribuíram com indicações, opiniões e sugestões preciosas.

Às bibliotecárias Ana A. G. Grigolli e Denise Giacheti, do Centro de Documentação do HRAC/USP, pelo belo trabalho que realizam e por mostrarem que a Biblioteconomia é muito mais do que podemos ser e entender.

Aos amigos de sempre e para sempre... Muito obrigada!

Uma oração para os novos tempos

Que honremos o fato de ter nascido, e que saibamos desde cedo que não basta rezar um Pai Nosso para quitar as falhas que cometemos diariamente. Essa é uma forma preguiçosa de ser bom. O sagrado está na nossa essência, e se manifesta em nossos atos de boa fé e generosidade, frutos de uma percepção profunda do universo, e não de ocasião. Se não estamos focados no bem, nossa aclamada religiosidade perde o sentido.

Que se perceba que quando estamos dançando, festejando, namorando, brindando, abraçando, sorrindo e fazendo graça, estamos homenageando a vida, e não a maculando. Que sejam muitos esses momentos de comemoração e alegria compartilhados, pois atraem a melhor das energias. Sentir-se alegre não deveria causar desconfiança, o espírito leve só enriquece o ser humano, pois é condição primordial para fazer feliz a quem nos rodeia.

Que estejamos abertos, se não escancaradamente, ao menos de forma a possibilitar uma entrada de luz pelas frestas – que nunca estejamos lacrados para receber o que a vida traz. Novidade não é sinônimo de invasão, deturpação ou violência. Acreditemos que o novo é elemento de reflexão: merece ser avaliado sem preconceito ou censura prévia.

Que tenhamos com a morte uma relação amistosa, já que ela não é apenas portadora de más notícias. Ela também ensina que não vale a pena se desgastar com pequenas coisas, pois no período de mais alguns anos estaremos todos com o destino sacramentado, invariavelmente. Perder tempo com picuinhas é só isso, perder tempo.

Que valorizemos nossos amigos mais íntimos, as verdadeiras relações pra sempre.

Que sejamos bem-humorados, porque o humor revela consciência da nossa insignificância – os que não sabem brincar, se consideram superiores, porém não conquistam o respeito alheio que tanto almejam. Ria de si mesmo, e engrandeça-se.

Que o mar esteja sempre azul, que o céu seja farto de estrelas, que o vinho nunca seja proibido, que o amor seja respeitado em todas as suas formas, que nossos sentimentos não sejam em vão, que saibamos apreciar o belo, que percebamos o ridículo das ideias estanques e inflexíveis, que leiamos muitos livros, que escutemos muita música, que amemos de corpo e alma, que sejamos mais práticos do que teóricos, mais fáceis do que difíceis, mais saudáveis do que neurastênicos, e que não tenhamos tanto medo da palavra felicidade, que designa apenas o conforto de estar onde se está, de ser o que se é e de não ter medo, já que o medo infecciona a mente.

Que nosso Deus, seja qual for, não nos condene, não nos exija penitências, seja um amigo para todas as horas, sem subtrair nossa inteligência, prazer e entrega às emoções que nos fazem sentir plenos.

A vida é um presente, e desfrutá-la com leveza, inteligência e tolerância é a melhor forma de agradecer – aliás, a única.

Martha Medeiros
(Jornal de Santa Catarina - 27/07/2013)

LISTA DE ABREVIATURAS

ACRL – *Association of College and Research Libraries*

ALA – *American Library Association*

ASIS^t – *American Society for Information and Technology*

CEDAU - Centro Educacional do Deficiente Auditivo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CETIC – Centro de Estudos sobre Tecnologias da Informação e Comunicação

CPA – Comissão Permanente de Avaliação

CI – Comportamento Informacional

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde

DCN – Diretrizes Nacionais Curriculares

DRS – Divisão Regional de Saúde

FOB – Faculdade de Odontologia de Bauru

FUNCRAF - Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais

IB – *Information Behavior / Information Behaviour*

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

HBM – *Health Belief Model*

HPRLLP – Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

MT – Modelo Transitório

PSF – Programa Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB – Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNB – Universidade de Brasília

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICAMP – Universidade de Campinas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Informação em saúde: tipos e usuários.....	19
FIGURA 2 -	Abordagens do comportamento informacional e suas dimensões.....	34
FIGURA 3 -	Divisões do comportamento informacional segundo Wilson (1999)	35
FIGURA 4 -	Modelo de comportamento informacional de Wilson.....	41
FIGURA 5 -	Modelo revisado de Wilson e Walsh.....	42
FIGURA 6 -	Modelo de comportamento informacional dos médicos residentes de Martinez-Silveira (2005)	57
FIGURA 7 -	Primeiras instalações do Centrinho.....	59
FIGURA 8 -	Fachada do HRAC – USP.....	60
FIGURA 9 -	Mapa institucional.....	61
FIGURA 10 -	Atividades de humanização e inclusão desenvolvidas no Centrinho.....	62
FIGURA 11 -	Atividades de ensino e pesquisa no Centrinho.....	63
FIGURA 12 -	Tipos de fissura labiopalatina.....	68
FIGURA 13 -	Fachada externa e interior do Centro de Documentação e Informação.....	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Categorias profissionais dos sujeitos da pesquisa.....	86
TABELA 2 -	Sujeitos da pesquisa de acordo com as categorias profissionais e o tempo de atuação no HRAC – USP.....	87
TABELA 3 -	Opinião sobre a suficiência das informações dos prontuários de pacientes segundo as categorias profissionais.....	89
TABELA 4 -	Fontes de informação consultadas no atendimento segundo as categorias profissionais.....	90
TABELA 5 -	Fontes de informação mais utilizadas segundo as categorias profissionais.....	96
TABELA 6 -	Fontes de pesquisa científica e especializadas apontadas pelos profissionais.....	100
TABELA 7 -	Buscadores na internet apontados pelos profissionais.....	101
TABELA 8 -	Dificuldades apontadas pelos profissionais	101

RESUMO

Há mais de 54 anos, os estudos de comportamento informacional visam descrever o comportamento humano relacionado às fontes e canais de informação, descrevendo os processos de busca, acesso, uso e recuperação da informação. A contribuição destes estudos resulta em melhorias em produtos e serviços informacionais revertidos aos grupos estudados. Na área da saúde encontra-se um rico ambiente de pesquisa em virtude das particularidades dos profissionais e da diversidade de formações daqueles que atuam em equipes multiprofissionais. É o caso da equipe de atendimento a fissurado, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC-USP, na cidade de Bauru, considerado pela OMS como uma referência no atendimento a pessoas portadoras de fissura labiopalatina. Buscando descrever as necessidades encontradas pelos profissionais da saúde em atendimento, objetivou-se identificar as principais fontes de pesquisa utilizadas e verificar como ocorrem os processos de busca, acesso, uso e recuperação da informação. A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de questionário aos profissionais da equipe de atendimento à fissura e visita técnica ao Centro de Documentação local. Os resultados apontam a consulta aos colegas da equipe multiprofissional como a principal fonte de pesquisa, passando por artigos e sites especializados. O Centro de Documentação também foi apontado como utilizado pelos profissionais, mostrando um panorama diferente da literatura nacional e internacional, além de confirmar a importância do bibliotecário clínico no contexto hospitalar. Tais considerações permitem a constatação de que os profissionais possuem pouco tempo disponível para pesquisa, por isso, no ambiente informacional da saúde, produtos e serviços precisam ser oferecidos de forma rápida e de acordo com as necessidades. Percebe-se também que o papel das equipes multiprofissionais nos hospitais se torna o grande diferencial na saúde, pois permitem que o sujeito seja visto como um todo, facilitando o tão desejado processo de humanização nos ambientes hospitalares.

Palavras-chave: Comportamento informacional. Profissionais da saúde. Equipe multiprofissional. Informação em saúde. Anomalias craniofaciais.

ABSTRACT

Since more than 50 years, information behavior studies seek to describe the process of searching, access, use and retrieval of information. In the area of Information Science, over the years, various studies were performed in order to meet the growth in the number of studies and their contribution to improvements in information media services. The health area is a rich environment of research due to the particularities of its professionals and the diversity of backgrounds where they work together in multiprofessional teams. It is the case of the team attending cracked bones at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais the University of São Paulo (HRAC – USP), in the city of Bauru, considered by World Health Organization as reference in the service to people with cleft lip palate. Looking to describe the search process needs found during rotinary attendance, our goal was to identify the main sources of research used health professionals and the informational needs in attendance. The data collection was mad questionnaires to the professional service team encharged of cleft lip palate at the Local Documentation Center. The results show that query to colleagues within the multiprofessional team is the primary source of research, then articles and specialized sites. The documentation center was also appointed as used by the professionals, showing a different perspective of the national and international literature, and confirming the importance the clinical librarian in the health area in hospitals. Such considerations let us conclude that professionals have little time available for research, so in the health informational environment it is need to offer products and services of fast performance according to the needs of the professionals, as to the role of multiprofessional teams in hospitals become the great differential in health, because they allow the subject to be seen as a whole facilitating the desired process of humanization in hospital.

Keywords: Information behavior. Health professionals. Multidisciplinary team. Information on health. Craniofacial anomalies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
	1.1 Justificativa.....	14
	1.2 Objetivos.....	15
	1.3 Estrutura do trabalho.....	15
2	INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE	17
	2.1 A informação em saúde.....	17
	2.2 Informação em saúde e internet.....	22
	2.3 A mediação da informação em saúde.....	26
3	COMPORTAMENTO INFORMACIONAL	31
	3.1. Antecedentes e caracterização dos estudos sobre comportamento informacional.....	31
	3.2 Modelos de comportamento informacional aplicados à saúde.....	40
	3.3 O Comportamento informacional de profissionais da saúde.....	47
4	HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - “CENTRINHO”, NA CIDADE DE BAURU, SP	59
	4.1 Histórico institucional.....	59
	4.2 A filosofia de trabalho do Centrinho - Humanização.....	63
	4.3 Fissuras palatinas.....	67
	4.4 Equipe multiprofissional.....	71
	4.5 Serviço de Documentação e Informação.....	78
	4.6 Serviço de Apoio à Pesquisa.....	81
5	ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA	83
	5.1 Coleta de dados.....	84
	5.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	86
	5.3 Análise dos resultados.....	88
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	110
	APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	123
	APENDICE B - MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	125

1 INTRODUÇÃO

A busca pela informação é despertada pela necessidade informacional que ocorre em cada sujeito, seja em uma área específica ou em um simples ato no dia a dia. As teorias sobre comportamento informacional descrevem em suas etapas o processo de busca da informação mediante as necessidades detectadas, incluindo ações de busca, acesso, uso e recuperação da informação. Sendo a busca pela informação um processo fundamental e natural do homem, é assim que ele aprende, entende e progride, tomando decisões ou resolvendo problemas de seu cotidiano. Suas ações acabam por exigir naturalmente esse processo de busca.

Todos os dias, inúmeros novos estudos são publicados em diversos suportes, e a internet tornou-se um repositório gigantesco onde se encontram informações diversas: boas ou ruins, completas ou fragmentadas, com facilidades em termos de acesso, pelo menos parcial, a documentos para os diversos profissionais que precisam se manter atualizados e competitivos no mercado de trabalho, primando por melhores condições de trabalho ou relações profissionais, mas, principalmente, buscam vencer o tempo.

Com longas jornadas, os profissionais precisam de recursos simples e ágeis para chegar até a informação desejada. Para quem atua na área da saúde, por exemplo, a informação pode ter o valor de uma vida e por isso precisa ser imediata. No entanto, como a própria literatura aponta, os profissionais dessa área, de forma geral, possuem pouco tempo para a busca de informações (GALVÃO, 2011; DAVIES 2011; MAJID, 2011).

A preocupação com o comportamento demonstrado por usuários na busca e uso da informação remonta à década de 1940 e, até os dias de hoje, ainda é um assunto em descoberta constante e de significância ímpar, uma vez que essa busca se diferencia entre sujeitos e grupos diversos. Dessa forma, estudar o comportamento informacional de determinado grupo é relacioná-lo à necessidade, à busca e ao uso da informação dentro de determinado contexto.

Estudos nacionais e internacionais mostram que poucos são os profissionais que fazem uso dos serviços de bibliotecas e/ou centros de documentação (MARTINEZ-SILVEIRA, 2005; AL-DOUSARI, 2009; SAVI; SILVA, 2011). Diante disso, surgem as dúvidas: como tais profissionais se atualizam? Que tipos de fontes de pesquisa

utilizam? Fazem a própria pesquisa ou solicitam a terceiros? Quando a dúvida surge durante o atendimento, o que fazem?

Pensando nesses problemas, algumas áreas dedicam-se ao aprimoramento desse processo de busca pela informação. É o caso da Ciência da Informação, que abriga estudos de comportamento informacional, trabalhando com questões de uso, acesso e recuperação da informação.

Os estudos de comportamento informacional surgiram há mais de 50 anos (WILSON, 2010) e, durante este tempo, inúmeros trabalhos foram produzidos a respeito desse processo.

O comportamento informacional na saúde é uma área que vem crescendo nos últimos anos, porém ainda há um longo caminho a percorrer. Na Ciência da Informação, em particular, a situação começa a mudar. Há tempos encontram-se incorporações da área da saúde nos currículos de Biblioteconomia. No Brasil, alguns cursos oferecem ao futuro profissional condições melhores para ingressar nesse universo de informações tão imediatas, como é o caso do curso de bacharelado em Biblioteconomia e Ciências da Informação e Documentação, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP/Ribeirão Preto, que oferece ênfases em saúde, educação ou administração. Não se trata da única solução, mas de uma iniciativa que pode ser repensada e considerada por outros cursos no país.

No Brasil, também há eventos e especializações para a área da saúde, que podem ser opções ao profissional da informação que adentrar esse universo. É o caso da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), que atua na promoção da saúde e do desenvolvimento do conhecimento científico e tecnologia, vinculada ao Ministério da Saúde.

1.1 Justificativa

Este estudo aborda o comportamento informacional de profissionais da área de saúde, especificamente os profissionais de uma equipe multiprofissional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, na cidade de Bauru, interior de São Paulo.

A escolha do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a realização desta pesquisa se deve ao fato de que

ele é reconhecido como centro de excelência no diagnóstico e tratamento de anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas pela Universidade de São Paulo e como “referência mundial” pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CENTRINHO, 2013). O Hospital está vinculado à Universidade tida como a melhor do país¹, e seus atendimentos são prestados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele reúne uma grande equipe multidisciplinar de profissionais especializados, da área da saúde.

Tais características despertaram o interesse em investigar como grupos multiprofissionais na área da saúde pertencentes a um centro tão representativo para a sociedade se comportam diante da necessidade de busca, acesso e uso da informação.

1.2 Objetivos

O objetivo principal deste trabalho foi investigar o comportamento informacional da equipe multiprofissional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – HRAC- USP, tendo como objetivos específicos:

- Identificar como os sujeitos procedem ao buscar informações relacionadas à situação de atendimento aos pacientes, bem como suas dificuldades;
- Identificar as principais fontes de informação utilizadas pelos sujeitos;
- Levantar adequações necessárias para um melhor atendimento às necessidades informacionais dos sujeitos.

1.3 Estrutura do trabalho

A pesquisa está estruturada da forma que segue.

O segundo capítulo apresenta a contextualização da informação na área da saúde.

¹ A Universidade de São Paulo (USP) foi eleita pelo terceiro ano consecutivo como a melhor universidade do país, de acordo com pesquisa IBOPE, publicada em 8/9/2012. Disponível em:<<http://www.usp.br/imprensa/?p=42764>> Acesso em: 27 nov.2014.

O terceiro capítulo aborda o comportamento informacional em sua teoria, seguido da apresentação do modelo de comportamento informacional de T. Wilson (2000), e o comportamento informacional dos profissionais da saúde atuando em equipes multiprofissionais, incluindo estudos nacionais e estrangeiros, que relataram a busca, o uso e o acesso à informação.

O quarto capítulo caracteriza o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, na cidade de Bauru, informando aspectos de seu histórico institucional, a especialidade das fissuras labiopalatinas e a equipe multiprofissional. Apresenta também o Centro de Documentação do hospital, bem como os produtos e serviços oferecidos aos profissionais da saúde.

O quinto capítulo refere-se à abordagem metodológica da pesquisa, descrevendo métodos adotados, bem como demais questões que contextualizam o hospital e seus participantes.

No sexto capítulo, apresentam-se a discussão com a análise dos resultados coletados, os pontos mais importantes encontrados no decorrer da coleta de dados e nos resultados obtidos somados à literatura utilizada.

Por fim, no capítulo sétimo, estão as considerações finais, retomando aspectos discutidos e descritos ao longo do trabalho, seguidos das referências, apêndices com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o modelo de questionário utilizado na coleta de dados.

2 A INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE

Iniciar a discussão sobre informação e saúde² requer primeiro contextualizá-la em seu aspecto informacional. Para isso, buscaram-se conceitos para exemplificá-la e, em seguida, abordá-la no sentido mais amplo, destacando pontos relevantes capazes de ilustrar sua trajetória na sociedade.

2.1 A informação em saúde

Segundo Capurro (2003), há três formas de se compreender a informação: como algo físico; algo associado a uma dimensão cognitiva; e como um fenômeno de natureza intersubjetiva social. Complementando a definição, Case (2007) afirma que a informação tem dimensões (utilidade, físico, estrutura, processo, intencionalidade e verdade) difíceis de estudar e generalizar.

Para Targino (2009), existe um binômio que envolve a informação, assim, se num primeiro momento a informação é considerada como uma característica da contemporaneidade, vivenciando um processo de crescimento constante e decisivo tanto para a vida pessoal quanto profissional dos sujeitos, num segundo momento, ela é também um

[...] recurso fundamental para assegurar o bem estar dos povos, haja vista que o indicador mais em voga para avaliar a qualidade de vida e o progresso humano no contexto mundial, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), agrega três itens, dentre os quais está a longevidade, que diz respeito à esperança de vida ao nascer e reflete os padrões de saúde pública, nutrição e condições materiais de vida, fatores determinantes para definir o nível de qualidade das gerações. Além da longevidade, o IDH privilegia o nível educacional, alusivo à taxa de alfabetização da população adulta e à taxa combinada de matrícula nos ensinos fundamental, médio e superior, e um terceiro elemento, acesso a recursos, cujo indicador é a renda *per capita* (TARGINO, 2009, p. 52).

Historicamente, nas décadas de 1970 e 1980, os estudos na Ciência da Informação começaram a relacionar a informação com o conhecimento e, a partir daí, começaram a surgir os estudos que discorriam sobre a ausência do conhecimento e

² “A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.”, segundo Segre e Ferraz (1997, p.539).

a busca da informação, o que desencadeou alguns modelos de comportamento informacional aplicados a diferentes realidades, dentre eles o modelo da resolução de problemas, de Wilson (1981; 1999; 2000), que será discutido posteriormente (ARAUJO, 2010).

Somente a partir dos estudos de epidemiologia, a necessidade de comunicar e transmitir os assuntos voltados para a saúde na sociedade tomou proporção, e teve início a disseminação das *Informações em Saúde*. Quase em paralelo, a estatística do final do século XIX e início do século XX, inspiradora de estudiosos como Benthan, Price, Laplace e Galton (*apud* ROSEN, 1994), pôde ser vista como um ponto de partida importante para a geração de *informações em saúde*, daí as primeiras publicações sobre o assunto.

Até então, os indicadores de saúde da população eram obtidos por métodos indiretos, vindos de pesquisas amostrais e dados censitários. Os sistemas de informação em saúde eram centralizados no Estado, que os gerenciava na esfera federal. Na década de 1990, o Ministério da Saúde (MS), numa ação conjunta com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, direcionou a implantação, implementação e consolidação dos sistemas nacionais de informação em saúde (TARGINO, 2009). Segundo Gonzalez de Gomes (2012, p. 14), “[...] essa convergência de questões de informação e questões da saúde é de longa data, sendo a área da informação em saúde rica e pioneira na inovação e pesquisa em informação e tecnologias de informação”.

Conforme Targino (2009, p.77) bem definiu, “informação em saúde está intrinsecamente vinculada à pesquisa em saúde, que se constitui em fonte inesgotável de novos saberes, haja vista a dinamicidade inerente à própria ciência”. Por isso é preciso “aprofundarmos e ampliarmos os saberes acerca da informação em saúde, seus fluxos e processos gerenciais” (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011, p.91).

Para Bentes Pinto (2012, p.5)³, mesmo para os profissionais da informação, a conceituação dela é difícil, porque “ela não se estrutura fora da realidade do sujeito cognoscente para se fazer informação”.

[...] a informação diz respeito ao resultado de uma ação cognitiva do sujeito cognoscente proporcionada pelo toque sensitivo que possibilita percebermos

³ BENTES PINTO, V. Alguns ditos sobre informação para a saúde. Texto utilizado na disciplina de Tecnologia da Informação para a saúde, 14f. 2º semestre 2012, Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Unesp, Campus de Marília.

os mundos: sensível – dos fenômenos, do movimento, das ações, das ilusões – e o mundo inteligível – das ideias, das essências, da substância concreta (Platão) e assim sejamos capazes de nos deslocarmos nesses mundos.

A informação em saúde não se restringe às questões sobre terapêutica médica. Segundo Bentes Pinto (2012), ela reflete problemas que o setor da saúde enfrenta; sendo assim, acaba por contribuir no desenvolvimento das políticas públicas de informação no contexto da saúde.

A abrangência do conceito de informação também é citada por Galvão, Ferreira e Ricarte (2014b, p.183), quando subdividem o termo para determinados contextos,

[...] informações para uso no contexto clínico, ou seja, para serem usadas durante a assistência ao paciente; informações para uso no contexto acadêmico, empregadas durante o ensino ou para o desenvolvimento de novas pesquisas; informações para gestão em saúde e esboço de políticas públicas, empregadas para o estabelecimento de diretrizes da saúde, seja no contexto de uma unidade de saúde, seja em um município, em um estado ou no nível federal.

A figura a seguir apresenta as subdivisões propostas pelos autores.

Figura 1 – Informação em saúde: tipos e usuários



Fonte: Galvão, Ferreira e Ricarte (2014b, p.184)

Nota-se que os tipos de usuários da informação em saúde são diversificados. Diante disso, Galvão (2012a) distingue informação em saúde e informação clínica.

Segundo a autora, informação clínica é uma informação em saúde, embora nem toda informação em saúde seja usada no contexto clínico. A informação clínica é produzida por profissionais da saúde, sendo mais abrangente e usada pela equipe multiprofissional de saúde. Comumente é registrada em prontuários, sejam eles eletrônicos ou impressos e com acesso restrito, ou seja, apenas para pessoas autorizadas.

Assim, independentemente do tipo e do usuário, o conceito de informação em saúde está associado a fatores que auxiliam os processos de gestão, como informações sobre o perfil da população, dados demográficos e socioeconômicos, além de serviços prestados, medicação consumida, bem como materiais, força de trabalho envolvida e necessidades atendidas visando a melhores planejamentos e investimentos (MORENO; COELI; MUNCK, 2009). Além disso, “detectar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, oferecer elementos que subsidiem a análise rigorosa desse quadro e então apresentar alternativas para minimizar a situação encontrada” formam a função macro da saúde e precisa ser considerada constantemente (TARGINO, 2009, p.54).

Só após a reforma sanitária (final da década de 1970), a informação científica na saúde passou a ser mais observada no Brasil. Com a criação do SUS (Sistema Único da Saúde), a saúde pública no Brasil ficou em destaque, mobilizando profissionais e gerando discussões a respeito de atualizações na área, novos procedimentos, medicamentos mais disponíveis a população, enfim, criou-se um ambiente de reflexão sobre o fluxo da informação.

Nesse sentido, Rodrigues (2010) em seu estudo chamou a atenção para a necessidade de se criar “espaços de reflexão e debate” nos hospitais, a fim de que as situações vivenciadas fossem discutidas e, com isso, propiciassem condições para desenvolver capacidades para os profissionais lidarem com questões cotidianas. Para isso, Rodrigues analisou os benefícios alcançados com a implantação de um programa de informação (tanto impressas quanto verbais) em dois hospitais, em Portugal, a fim de identificar como o programa produziria alterações no comportamento dos enfermeiros e pacientes.

O estudo de Rodrigues (2010) demonstrou que o compartilhamento de informações era maior em relação aos enfermeiros e aos pacientes que foram submetidos ao programa do que os que não participaram, o que demonstra a necessidade da troca de informação em um ambiente hospitalar. Messner partilhava

dessa premissa quando, em seu estudo de 1993, já apontava que esse era um dos aspectos que os pacientes mais apreciavam nos profissionais da enfermagem: as informações e as explicações que eles forneciam, o que os ajudavam a passar pelo momento no qual se encontravam.

Nessa tríade – informação, profissionais da saúde, pacientes –, a informação percorre caminhos diferenciados, como afirma Otani (2013, p.146), quando descreve que “a informação adequada sobre a doença diminui o sofrimento do paciente e é terapêutica na medida em que colabora para maior cooperação no relacionamento interpessoal entre profissional e paciente.” Para o profissional da saúde, a informação adequada vai auxiliá-lo no diagnóstico, tratamento e/ou prevenção de doenças, de forma geral.

Qualquer mudança no diagnóstico ou uma reincidência da doença (o câncer mencionado nos estudos de Johnson (2009), por exemplo) pode causar uma mudança no direcionamento das pesquisas e faz o paciente repensar suas estratégias de buscas por informação. Entre os pacientes com a doença, há maior consumo de informação durante o período de diagnóstico: à medida que a doença se confirma, as intervenções médicas se tornam necessárias para evitar desentendimentos e informações errôneas a respeito dela (JOHNSON, 2009).

A motivação de um indivíduo ao buscar as informações também pode ser afetada por fatores associados à relevância pessoal da doença, assim, as percepções de risco para a saúde são especialmente propensas a dar início a uma ação de busca de informação.

Sobre a busca pela informação, deve-se considerar o fato de que esta também pode ser acidental e sem propósito específico. Ou seja, um sujeito, quando procura informações sobre determinada enfermidade através da internet, livros, revistas, etc., depara-se acidentalmente com outras informações relacionadas com aquelas de que precisava, mas não necessariamente com aquelas que procurava. Essa aquisição de informação acidental pode afetar os comportamentos de informação em saúde, comprometendo o processo da busca e dispersando o sujeito de seu objetivo inicial (JOHNSON et al., 2006), o que mostra a linha tênue existente entre a busca consciente e a acidental no universo informacional.

Especificamente na área da saúde, como as informações são geradas e atualizadas de forma muito rápida, o compartilhamento de informações entre os profissionais torna-se uma característica do grupo. Nota-se isso nos estudos de

Johnson e Meischke (1993), sobre o câncer, em que afirmam também que as fontes interpessoais de informações (consultas com outros profissionais da saúde, por exemplo) são as preferenciais, por serem mais eficazes na redução da incerteza dos pacientes, porque elas fornecem o *feedback* imediato e o apoio social de que precisam, gerando confiança na informação recebida. A característica também é encontrada no estudo de Martinez- Silveira (2005) e na própria coleta de dados deste estudo, que será depois apresentada.

2.2 Informação em saúde e internet

De acordo com Branco (2006, p. 9), “[...] a área da saúde há algumas décadas vem constituindo um segmento produtor de importante e significativo volume de dados. Essa característica deve-se a crescente complexidade do próprio sistema de saúde”.

Segundo a ACRL (ALA, 2000), o excesso de informações impõe à sociedade grandes desafios quanto à informação e à tecnologia. Segundo a Associação, só a informação e a tecnologia não garantem cidadãos informados, é preciso que existam entendimento e capacidade para utilizar esses meios.

A constante produção e disseminação da informação nessa área contribui para a disponibilização da informação em diversas fontes, o que acaba por alterar a forma de atualização dos profissionais da saúde. Com a internet, essa produção aumentou de forma gigantesca e disponibilizou na rede diversas fontes, como base de dados, portais especializados, troca de experiências por meio de blogs, etc.

Há também, em meio as discussões levantadas até o momento, a problemática da precisão das informações disponíveis na Internet, na área da saúde. Poucos sites oferecem informações verdadeiramente confiáveis, em parte porque muitas vezes têm objetivos muito específicos. Inúmeros estudos têm manifestado a preocupação com a qualidade das informações relacionadas à saúde, na internet (JOHNSON, 1997; JADAD; GAGLIARDI, 1998; MCCLUNG; MURRAY; HEITLINGER, 1998; BIERMANN; GOLLADAY; BAKER, 1999; WINKER ET AL., 2000; KATZ, 2001; CRAIGIE et al., 2002, entre outros citados por GUSTAFSON, et al., 2008). Além da confiabilidade das informações disponíveis, há também informações contraditórias, divulgação de conclusões prematuras e assim por diante.

Ao mesmo tempo em que a internet preocupa, principalmente em relação à qualidade da informação disponível sobre saúde, ela também facilita o acesso a informações relevantes, o que de outra forma seria difícil. O potencial dessa rede mundial de computadores foi ressaltado por Widman e Tong (1997), Lee e Hawkins (2010) e Powell et al. (2011), que a consideram uma fonte positiva para ajudar os pacientes, especialmente aqueles com doenças crônicas.

O impacto da internet também se faz notar na relação profissional/paciente. Há estudos que se ocupam da análise dessa influência. Nesse sentido, Coelho, Coelho e Cardoso (2013, p.143) estudaram a relação médico/paciente diante da internet e apontaram que

[...] tanto o público em geral quanto os profissionais da saúde que discutem com seus pacientes as buscas por eles feitas na internet relatam que o efeito é positivo: melhora a comunicação e encoraja o paciente a lutar contra a doença. No entanto, de modo geral, os médicos acreditam que isto também possa aumentar o risco da automedicação, mais do que os próprios pacientes referem pensar no assunto.

De acordo com esses autores, um dos pontos indicados pelos profissionais da saúde, em especial pelos médicos, está no perigo da automedicação, que acaba sendo facilitada à população diante de tantas informações disponíveis na internet. Destacaram outra razão a ser considerada: a qualidade dessas informações, pois “estudos mostraram que a quantidade de informações duvidosas encontradas em diversos sites de saúde é enorme e que alguns deles contêm inclusive informações potencialmente enganosas [...]” (COELHO; COELHO; CARDOSO, 2013, p.143), o que torna necessária a orientação do profissional da saúde.

Hogue, Doran e Henry (2012) investigaram a influência dos meios de comunicação sobre o comportamento informacional na saúde de jovens australianos e constataram que a internet tem sido frequentemente consultada para obter informações sobre medicamentos. Ciente disso, o governo australiano tem investido em campanhas dirigidas aos consumidores, buscando conscientizá-los sobre os cuidados com as informações sobre medicamentos na internet. Campanha como "Uso de Medicamentos com Sabedoria" foi divulgada nas redes sociais (*Twitter* e *Facebook*), buscando informar aos jovens sobre os perigos da automedicação.

No Brasil, segundo um trabalho realizado pelo Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e Comunicação – CETIC, em 2009, já se calculava que,

dos 79 milhões de brasileiros que acessaram a internet, em 2008, 1/3 usou-a para pesquisar informações sobre a área de saúde (ZEPEDA, 2009, não paginado).

O fato, decorrente da cada vez maior popularização de computadores nas mais variadas classes sociais da população brasileira, promete provocar profundas transformações na relação médico-paciente com o surgimento do chamado "paciente-expert": aquele que busca informações sobre saúde na internet e acha que sabe tudo sobre sua doença antes mesmo de chegar ao consultório médico. O fato tem chamado a atenção de profissionais da área de saúde, pois, o excesso de informação disponível na rede mundial de computadores nem sempre é confiável. Um estudo recente pesquisou 173 sites brasileiros sobre rinite alérgica e reprovou 84% deles. Estas informações erradas podem induzir pacientes a buscar tratamentos errados ou mesmo recorrer à automedicação, que em casos extremos podem acarretar sérios problemas e até mesmo levar à morte.

Zepeda (2009, não paginado) apresentou a opinião de uma médica sanitária a respeito do uso da internet, explicando que é preciso fortalecer as informações sobre saúde, dando maior credibilidade ao que está na rede, pois só assim “[...] O médico saberá onde seu paciente está buscando conhecimento e poderá debater os assuntos sobre os quais seja questionado”. Na mesma entrevista, outra médica afirma: *“O que na primeira vez pode ser um desafio ao médico, que deverá se manter mais atualizado, poderá ser um reforço na adesão de pacientes aos tratamentos”*.

Em entrevista ao portal Lado a Lado (2013), o urologista Marcello Brandão (de Salvador, BA) comentou sobre a atuação do médico diante do paciente com informações adquiridas na internet:

O médico precisa ser convincente no seu espaço sagrado da consulta, pois isso define quase tudo na relação. Se isso acontece, o paciente não sentirá a necessidade de procurar o "Dr. Google". Sabendo que isso ocorre, o profissional pode, também, orientá-lo dos riscos que a pesquisa na internet causa como o aumento de "neuroses" desnecessárias [...] esta relação é baseada na troca. Existe uma parte, que teoricamente está mais fragilizada, necessitando de cuidados, e os médicos são, em partes, os mais capacitados". [...] com um grande planejamento que proponha uma mudança de cultura e de paradigmas escolares e familiares, resgatando, assim, valores que estão esquecidos, como moral e ética. Isso também deve se estender às escolas de medicina, com uma reforma curricular que inclua disciplinas que ofereçam um olhar amplo (místico) para os estudantes.

A importância da credibilidade das informações ainda é tratada por Mostafa e Terra (1998 *apud* LOPES, 2004), quando descrevem que a avaliação de qualidade da informação eletrônica está baseada em cinco critérios de avaliação: relevância, autoridade, objetividade, atualização e cobertura.

Autores como Galvão, Ferreira e Ricarte (2014b, p.193) apresentam um roteiro com bases nos princípios *Health on the Net Foundation* sobre alguns critérios que podem ser seguidos para verificar se a informação encontrada na internet é confiável:

Autoridade. A fonte de informação apresenta autor responsável?

Autoridade. A fonte de informação apresenta autor qualificado na área de saúde?

Complementaridade. A fonte de informação esclarece que a informação disponibilizada não substitui o relacionamento com os profissionais da saúde?

Confidencialidade. A fonte de informação esclarece que os dados daqueles que visitam ou acessam a fonte são e serão preservados em sigilo?

Atribuição. A fonte de informação apresenta as referências bibliográficas que a subsidiam?

Atribuição. A fonte de informação apresenta em cada página a data em que foi atualizada pela última vez?

Atribuição. Quando possui mais que um autor, a fonte de informação apresenta a atividade desenvolvida por cada um de seus autores e/ou produtores?

Evidência. A fonte de informação apresenta comprovação sobre benefício e/ou desempenho de um tratamento, produto comercial ou serviço específico que é por ela recomendado?

Transparência. A fonte de informação apresenta de forma clara os endereços, telefones e e-mails para contato, caso seus leitores desejem informação ou ajuda adicional?

Transparência. A fonte de informação apresenta pelo menos uma forma de contato (por exemplo, e-mail) em cada uma de suas páginas?

Patrocínio. Os apoios, a ajuda financeira, os serviços ou recursos materiais recebidos pela fonte de informação eletrônica estão claramente identificados, incluindo a identidade das organizações comerciais e não-comerciais que contribuíram para o seu desenvolvimento?

Honestidade. A publicidade existente na fonte de informação eletrônica está acompanhada de uma breve descrição da política de divulgação adotada?

Honestidade. Os anúncios e outros materiais promocionais estão apresentados aos leitores de uma maneira e em um contexto que facilitem diferenciá-los do material original produzido pela instituição gestora da fonte de informação eletrônica?

Se alguns dos quesitos acima não estiverem esclarecidos é recomendável não utilizar a fonte de informação analisada, nem indicá-la ao paciente.

Enfim, de fato, a internet mudou os caminhos da informação, sendo não só uma fonte de descoberta sobre uma série de temas, como também um canal para conversar com outros pacientes que compartilham o mesmo problema (KAYE; JOHNSON, 2003). É por isso que até as relações entre os profissionais da saúde, de forma geral, e os pacientes apresentaram mudanças e interferências ao longo dos anos.

Diante do exposto, torna-se evidente a força da informação na saúde, sendo ela voltada para profissionais ou pacientes. Todo esse universo que ela abrange,

assim como o que representa em termos de atualização, questionamentos ou reflexão, é fruto de sua trajetória junto à sociedade. O excesso ou a dificuldade no acesso à informação é fator resultante da “explosão da informação” (GONZALES DE GOMEZ, 2013, p.46), que proporcionou mudanças infinitas em todos os segmentos sociais, sendo a saúde parte desse cenário.

2.3 A mediação da informação em saúde

A informação em saúde é fundamental para o Estado e um direito para o cidadão (SIMEÃO; MENDONÇA, 2007; CONSTITUIÇÃO, 1988⁴). No entanto, para que chegue até o cidadão, é preciso que esteja disponível, e assim se torna necessária a orientação de profissionais que possam interpretá-la e analisá-la de acordo com a necessidade e o perfil do paciente para melhor compartilhar seu significado. Trata-se de um mediador, que pode ser o médico, enfermeiro ou qualquer outro profissional da saúde (LEITE, 2010) atuando como um elemento essencial na apropriação de informação. Como Johnson et al. (2006) comentam, comumente, os pacientes oscilam entre o desejo de obter mais informações e evitar novas informações, e o mediador tem condições de auxiliá-lo em relação a esse aspecto, oferecendo a informação conforme a necessidade.

Sobre isso, Rodrigues (2010, p.2640) aponta:

O transmitir informação não excessivamente exaustiva, mas ajustada as necessidades de cada doente, poderá constituir a estratégia mais adequada para reduzir ao máximo possível à ansiedade e o medo do desconhecido. Doentes com conhecimentos adequados e suficientes estariam menos ansiosos e sua colaboração durante todo o tratamento seria mais eficaz.

O bibliotecário também tem papel enquanto mediador da informação tanto ao profissional como ao paciente. Há estudos que abordam a questão do bibliotecário clínico ou do bibliotecário na área da saúde, ou ainda da Biblioteconomia clínica, como uma forma de delinear o perfil desse profissional dentro do ambiente hospitalar, cujas produções têm o intuito de ampliar a visão sobre o mercado.

⁴ Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 10 out.2014.

Crestana (2002) buscou identificar informações a respeito do exercício da profissão do bibliotecário clínico, por meio de entrevistas com 12 bibliotecárias de uma faculdade de medicina. Além das necessidades de especialização e atualização, foram apontadas a preocupação com a imagem profissional e a manutenção de seus cargos. Para a autora, é por meio da especialização e do desenvolvimento profissional que as atribuições do bibliotecário podem ser ampliadas, possibilitando a atuação em equipes da área médica.

O bibliotecário médico, não sendo um membro da profissão médica, deve buscar entender, além da estrutura organizacional da instituição onde trabalha, a organização dos conhecimentos desta área e os tipos de profissionais que são seus clientes, de acordo com as várias formações acadêmicas, para então satisfazer as necessidades informacionais destes profissionais em diferentes estágios de suas carreiras (CRESTANA, 2002, p.41)

De acordo com Silva (2005), o bibliotecário médico é aquele que auxilia os profissionais da saúde, buscando fontes de pesquisa que podem auxiliar os diagnósticos, auxiliando em pesquisas e elevando a informação por meio de diversos canais.

A experiência do curso de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de São Paulo, no campus de Ribeirão Preto/SP, é apresentada por Leite e Galvão (2006). O curso teve início em 2003, oferecendo a possibilidade da graduação com especialização em três áreas: informação em educação, informação em negócios e informação em saúde. As autoras confrontam o perfil dos profissionais formados em informação em saúde pela USP e os existentes na literatura, e os resultados apontam para a inovação oferecida pelo curso e o quanto isso contribui para novos perfis.

Moreira (2008) aponta que os Estados Unidos têm tradição na área da Biblioteconomia na saúde, tendo, desde a década de 1940, reconhecido e contribuído para o contexto da profissão, apoiada pela MLA - *Medical Library Association*. Aliados ao apoio da Biblioteca Nacional de Medicina, deram início a uma nova atuação do profissional, integrado nas equipes multidisciplinares, desempenhando atividades de participação em reuniões e auxiliando na formulação da estruturação da questão e elaboração de estratégias de busca para melhores evidências.

Certamente, com conhecimentos mais aprofundados na área da saúde, especialmente se alcançados a partir do convívio com os profissionais da

saúde no cenário clínico, o bibliotecário brasileiro poderia obter maior confiança para interagir com esses profissionais. Outro benefício relevante, possível a partir do maior contato do bibliotecário com o ambiente clínico, é a capacidade de subsidiar tomadas de decisão, que podem influenciar diretamente no cuidado do paciente e ampliar o alcance social do trabalho realizado pelo bibliotecário (MOREIRA, 2008, p.62).

Costa e Pires (2009) realizaram uma revisão de literatura sobre as bibliotecas hospitalares e a Biblioteconomia na saúde, tratando das variações profissionais nessa área, onde o bibliotecário é também chamado de Bibliotecário médico, Informacionista e bibliotecário clínico. Segundo os autores, o bibliotecário médico atua nas instituições de ensino ou em hospitais, e, embora não integre as equipes clínicas, colabora com os médicos em relação ao diagnóstico, realizando pesquisas ou disseminando informações, além de usar canais de comunicação específicos, como a internet ou as bases de dados especializadas. Já o informacionista teria a “função de comunicar os resultados da pesquisa da área da saúde à comunidade médica, atuando como interlocutor entre a experiência e o conhecimento do médico baseado em evidências disponíveis na literatura” (COSTA; PIRES, 2009, p.7). Os autores falam ainda dos bibliotecários clínicos atuando nas equipes clínicas, oferecendo suporte aos médicos, desempenhando atividades de recuperação e transferência da informação.

Gutierrez-Olvera, Robles e Puente de Armendariz (2009) descrevem o perfil do bibliotecário médico como um profissional que sofreu grandes mudanças nas últimas três décadas e que precisa vencer o desafio de redirecionar suas funções diante das novas tecnologias e usuários mais exigentes. Além disso, apontam que é necessário desenvolver novas habilidades e adquirir novos conhecimentos, o que possibilitaria novas formas de atuação e a geração de novos serviços.

Diante da classe médica, o bibliotecário pode auxiliar os médicos, buscando informações necessárias, uma vez que estes não possuem conhecimentos para avaliar criticamente as publicações científicas, pois, em sua maioria, não adquiriram essas habilidades durante a formação (GUTIERREZ-OLVERA; ROBLES; PUENTE DE ARMENDARIZ, 2009).

Nos estudos de Beraquet e Ciol (2009), a atuação do bibliotecário clínico junto às equipes nos hospitais novamente é retomada, além de comentadas as denominações desse profissional na saúde (Bibliotecário médico, Informacionista ou Bibliotecário clínico).

O bibliotecário clínico pode ser o elemento responsável pela condução do processo de gestão do conhecimento em hospitais. Essa área de atuação -

Biblioteconomia clínica - tem sido reconhecida nos EUA e Europa há mais de trinta anos, quando o conceito criado por Gertrude Lamb em 1971 abordou a necessidade de prover informação específica aos médicos dentro das equipes de saúde hospitalares para diminuir a distância entre o conhecimento produzido pela medicina e o que é realmente utilizado no atendimento ao paciente.

As mesmas autoras (2010, p.132) descrevem que, seja na área da saúde ou em campos não tradicionais de trabalho, o bibliotecário “deixa de ser apenas provedor de informação para tornar-se parceiro na disseminação, no uso e na geração de novos conhecimentos”.

Para Ribeiro (2010, p.39), o bibliotecário que atua na área da saúde, seja ele considerado como bibliotecário clínico ou bibliotecário médico, possui atribuições semelhantes, tais como:

- a) acesso e utilização da informação baseada em provas de eficácia clínica (revisão sistemática);
- b) identificação das necessidades de informação dos profissionais da saúde para transformar as decisões em saúde com bases empíricas (opiniões, experiências) em práticas baseadas em evidências.

Além disso, segundo a autora, o bibliotecário precisa conhecer as bases de dados que possuem informações relevantes e que, frequentemente, abrangem temas correlatos à saúde em diversos suportes (trabalhos e artigos científicos, patentes, etc.).

O estudo de Guimarães e Cadengue (2011, p.152) aborda a interferência da Biblioteconomia clínica para o desenvolvimento da saúde. “Na Europa, a chamada biblioteconomia clínica atua com as equipes médicas no auxílio aos tratamentos nos pacientes”. Os autores comentam sobre a formação generalista do bibliotecário no Brasil, o que faz a atualização e a especialização serem necessárias ao profissional.

A interação entre o bibliotecário e os demais profissionais da saúde pode contribuir com “[...] o crescimento das duas áreas do conhecimento, e ressaltando cada vez mais que no Brasil há muito campo para essa junção tão produtiva” (GUIMARAES; CADENGUE, 2011, p.163).

Souza e Santos (2013) analisaram a atuação do bibliotecário clínico na área de Oncologia, descrevendo funções e habilidades necessárias a esse profissional na equipe de tratamento do câncer, além da importância em conhecer a terminologia médica da especialidade, assim como bases de dados e periódicos específicos.

Participar de eventos dentro da especialidade também possibilita conhecer a demanda de informação dos profissionais, segundo as autoras.

O Bibliotecário Clínico que atua na Oncologia integra a equipe clínica multiprofissional com o papel de procurar, filtrar e fornecer melhores evidências para decisões clínicas, dando suporte à equipe médica através de levantamentos bibliográficos, normatização de publicações técnico-científicas, organização de arquivos de prontuários, arquivos documentais e na organização de coleções de materiais especiais como fotos e *slides* (PowerPoint diapositivo). Além disso, auxiliam no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) contribuindo para a qualidade da informação em Oncologia (SOUZA; SANTOS, 2013, p.4)

Enfim, todos os autores aqui citados demonstram, cada um à sua maneira, a importância do bibliotecário clínico (independentemente de suas nomenclaturas) na saúde e o quanto ele pode contribuir na busca e acesso às informações. Dessa forma, o presente capítulo teve como objetivo refletir e discutir a informação, a saúde e seus profissionais, identificando comportamentos que fazem parte desse complexo universo para poder compreender, oferecer e utilizar os serviços informacionais em qualquer âmbito da sociedade. Além disso, apresentar o bibliotecário como mediador e discorrer sobre o quanto sua atuação pode contribuir na área da saúde.

No próximo capítulo será abordado o comportamento informacional, desde suas definições, o modelo de Wilson, até os modelos mais presentes na área da saúde, assim como o comportamento informacional dos profissionais que fazem parte de equipes multiprofissionais.

3 COMPORTAMENTO INFORMACIONAL

Neste capítulo abordam-se as teorias do comportamento informacional, seus autores mais relevantes e suas contribuições para o tema desta pesquisa. Também são apresentados o modelo de Wilson (2000) e seus aspectos mais importantes, o modelo Johnson (citado por CASE em 2007), aplicado na área da saúde, e alguns outros modelos relacionados e que possuem, em sua base, aspectos levantados pelo modelo Johnson (CASE, 2012).

3.1 Antecedentes e caracterização dos estudos sobre comportamento informacional

Os estudos de usuários, que predominavam antes dos estudos de comportamento, se preocupavam em identificar a frequência de uso de determinado material nas unidades de informação, perfil, dificuldades de determinados grupos em bibliotecas ou serviços de informação, o que não permitia conhecer o processo de busca e uso da informação ou o comportamento informacional do usuário de uma forma mais detalhada.

Figueiredo (1994, p.7) definia os estudos de usuários como

[...] investigações que fazem para saber o que os indivíduos precisam em matéria de informação, ou então, para saber se as necessidades de informação por parte dos usuários de uma biblioteca ou de um centro de informação estão sendo satisfeitas de maneira adequada.

Segundo Costa, Silva e Ramalho (2009), os estudos de usuário na Biblioteconomia permitiram investigar as razões e as finalidades dos indivíduos ao buscarem informações.

Entre os anos de 1959-1979, Wilson destacou os estudos em bibliotecas públicas, no Reino Unido e nos Estados Unidos, sobre as comunidades de usuários, medindo satisfação e serviços oferecidos pelas bibliotecas.

Durante esse período, o campo que hoje conhecemos como comportamento informacional foi denominado estudos de usuários e o foco era quase que inteiramente sobre como e para qual finalidade a biblioteca e os sistemas de informação eram utilizados (WILSON, 2010, p.29)

Nesse período surgiram também os estudos de Menzel e Paisley (apud WILSON, 2010) sobre a necessidade e uso da informação, publicados no Relatório Anual de Ciência e Tecnologia da Informação e citados até a atualidade. Menzel fez uma revisão dos estudos realizados sobre comportamentos, hábitos, costumes, experiências e necessidades de cientistas na busca pela informação científica, enquanto Paisley apontava que a forma como os cientistas buscavam as informações era realmente importante na análise. Assim, o estudo de Paisley anunciava a mudança de foco nos estudos de usuários (WILSON, 2010).

Essas foram as fases pelas quais os estudos de usuários passaram.

Baptista (1982 apud CUNHA, 2007, p. 171), por exemplo, ressalta a mudança de enfoque das pesquisas da área:

[...] é possível observar estudos relacionados a essa área desde a década de 60 quando as pesquisas estavam voltadas especificamente mais à investigação de técnicas e organização bibliográfica do que ao usuário. Com o passar do tempo, os estudos mudaram seu enfoque e adotou um direcionamento mais voltado ao usuário, o que permitiu analisar e avaliar o comportamento dos usuários perante uma necessidade específica.

Após a década de 1960, discutiu-se muito sobre os estudos de usuários, até chegar ao comportamento informacional, tanto na literatura nacional quanto internacional. Portanto, trata-se de um “campo de ampliação” que busca compreender melhor o contexto de busca, processamento e transferência de informação (WILSON, 1999).

A *Royal Society Scientific Informacional Conference*, em 1948, foi o marco responsável pelo início dos estudos modernos sobre o comportamento de busca informacional, quando um grande número de trabalhos sobre o tema foi apresentado. Embora o termo não tenha sido utilizado de forma clara, as origens estão presentes nessa conferência (WILSON, 2000).

Comportamento informacional é o comportamento humano relacionado às fontes e canais de informação, seja na busca ativa ou passiva, e ao uso dessa informação. Estão incluídas também a comunicação pessoal, presencial e a recepção passiva da informação (WILSON, 2000).

Pettigrew, Fidel e Bruce (2001) e Gasque e Costa (2010) complementam o conceito anterior, descrevendo o comportamento informacional como um campo proveniente dos estudos de usuários, constituindo-se uma evolução dele. Autores

como Krikelas (1983), Ellis (1989), Kuhthau (1999), Chatman (2000), Dervin (2003) e Savolainen (2005) também possuem estudos sobre o comportamento informacional.

Após a formalização dos estudos de usuário, na década de 1940 até meados da década de 1970, os estudos tinham como objetivos: determinar os documentos de maior uso; identificar hábitos e maneiras de busca; e incluir nos processos as tecnologias que surgiam. Mas os estudos eram feitos de forma deficiente e acabavam por conduzir a resultados também deficientes, como a falta de uniformidade conceitual na pesquisa, além de definições claras e de metodologias apropriadas (WILSON, 2000).

Nos anos de 1980 e 1990, cresceu o interesse em discutir não só as pesquisas como também o desenvolvimento conceitual que fundamentava tais estudos. Assim, em 1996 houve a conferência “*Information Seeking in Context*”, que posteriormente se tornou um evento bianual realizado em diferentes países.

Bates (2010) menciona a mudança de percepção dos pesquisadores na área de comportamento informacional. Até os anos de 1990, os estudiosos da recuperação da informação eram céticos quanto às relações humanas nos processos. Assim, esses estudos devem ir além dos projetos tradicionais de pesquisa, justificando que o contexto nos estudos do comportamento informacional precisa ser entendido num sentido mais amplo.

Em 1999, estabeleceu-se o grupo de estudos em “*Information needs, seeking and use*” pela atual *American Society for information and Technology (ASIS)*. Com isso, surgiram pesquisas mais centradas no sujeito, inclusão de cientistas, tecnologias e outros grupos.

Nos anos 2000, uma revisão da literatura realizada por Pettigrew, Fidel e Bruce (2001) mudou a terminologia e destacou os avanços em termos estruturais no novo paradigma focado no sujeito.

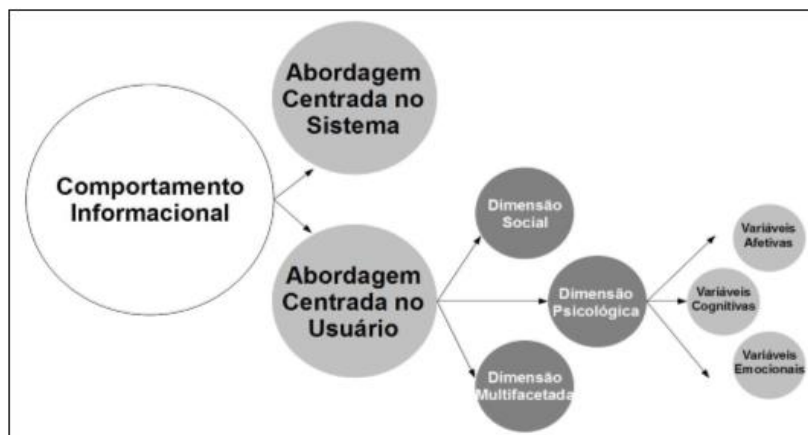
Embora ainda exista muita confusão quanto às terminologias, Gasque e Costa (2010, p.21) afirmam que há uma grande diferença entre o comportamento informacional e os estudos de usuários.

Uma diferença crucial está relacionada à mudança conceitual observada, a qual denota a ampliação da visão epistemológica dos estudos. Tal mudança refere-se especialmente, à nova terminologia adotada, que passa de “estudos de usuários” ou “necessidades e uso de informação” para “comportamento informacional de usuários”. Trata-se, contudo, não somente da alteração terminológica, mas, sobretudo, de mudança paradigmática, resultado de

transformações no modo como o tópico é definido e abordado, e na forma como é investigado.

Como resultados das mudanças, três novas abordagens surgiram: a cognitiva, que examinava o sujeito a partir de seu conhecimento, convicções e crenças sobre o mundo; a social, baseada em significados e valores atribuídos em diferentes contextos; e a multifacetada, que integra opiniões para a compreensão do comportamento informacional. A figura seguinte ilustra essa evolução.

Figura 2 – Abordagens do comportamento informacional e suas dimensões



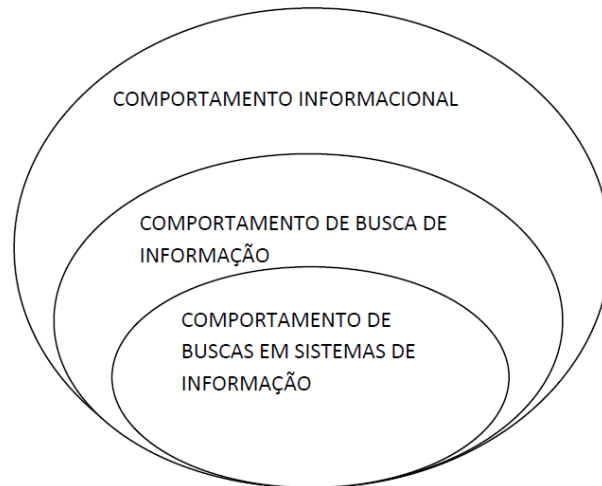
Fonte: Taga e Blattmann (2012, p.34)

Assim, ampliou-se a compreensão sobre estudos de comportamento enquanto processos, além de permitir o aperfeiçoamento dos estudos qualitativos e seus métodos múltiplos, proporcionando maior consistência teórica na argumentação e no crescimento de pesquisas em todo o mundo.

Wildemuth e Case (2010) ressaltam que após a mudança no foco dos estudos, pôde-se observar que o comportamento informacional do usuário é um processodinâmico que pode ocorrer ao longo de alguns minutos (como a busca por uma informação do cotidiano) ou por um período mais longo durante meses ou anos (como a busca para o desenvolvimento de uma tese). O conhecimento de um indivíduo sobre um determinado assunto pode mudar conforme ele busca informação e realiza um aprendizado. Assim, as variáveis que podem afetar o comportamento informacional dos usuários neste processo dinâmico demandaram para o uso de métodos de pesquisa diferentes dos usados até então, isto é, métodos mais qualitativos (OLIVEIRA, 2013, p.28)

Em 2000, Wilson apresentou três definições relacionadas ao comportamento informacional, divididas em campos e subcampos (conforme figura a seguir), retomadas por Gasque e Costa (2010).

Figura 3 – Divisões do comportamento informacional segundo Wilson (1999)



Fonte: Wilson (1999, p.262 - tradução nossa)

Rocha e Sirihal Duarte (2013, p.4) descrevem as camadas propostas por Wilson (1999), incluindo mais uma camada acrescentada por esse autor, em 2000: comportamento de uso da informação, cujos atos físicos e mentais envolvem a incorporação de novas informações aos conhecimentos prévios do sujeito.

O comportamento informacional se relaciona ao comportamento humano em relação ao conjunto de fontes de fontes de informação a que tem acesso, incluindo tanto a busca ativa quanto a busca passiva de informação; o comportamento de busca pela informação se caracterizaria pela busca da informação para realização de algum objetivo podendo ser ou não realizada em sistemas automatizados, onde se daria o comportamento de busca em sistemas de informação. Já o comportamento de uso da informação se relacionaria aos atos físicos e mentais associados à incorporação da informação pelo indivíduo.

Case, em 2007, identificou a existência de quatro pontos importantes em relação aos estudos de comportamento informacional: maior atenção ao contexto e à influência social; mais esforços em compreender a 'mente' dos sujeitos; mais tempo gasto com eles individualmente; e maior profundidade da descrição global. Nesse

sentido, todas as teorias de diversas disciplinas acabam sendo essenciais para o amadurecimento do comportamento informacional.

A ideia de contexto é fundamental para o comportamento informacional. Courtright (2007) apresenta quatro sentidos para o termo: noção de “contêiner”, cujos elementos existem objetivamente em torno de seus atores; construção do significado, em que se analisa o ponto de vista do autor; construção social, em que os autores elaboram a informação por meio da interação social; e a questão social, à qual se vinculam os conceitos de ator social e contexto. A autora ainda ressalta a complexidade do ambiente onde o sujeito vive, o que acaba por requerer novas metodologias e métodos de estudo e análises, destacando a importância do contexto tanto na construção quanto na delimitação da investigação dos estudos de comportamento informacional.

A última revisão sobre comportamento informacional foi feita por Fisher e Julien, em 2009, incluindo as produções nos anos de 2004, 2005 e início de 2008. Foram observados métodos de pesquisa, contexto e fator humano (incluem no grupo: acadêmicos, cientistas, grupos de profissionais, pessoas em geral do contexto da saúde), além de fontes de informação, conceitos na pesquisa de comportamento informacional e estrutura conceitual, mostrando a abrangência dos estudos.

Ao abordarem o tema, Fisher e Julien (op. cit) provêm definição bastante completa de comportamento informacional, a qual mostra, de fato, que o conceito abrange toda a gama de estudos relacionados com o usuário e a informação. Nesse sentido, incluem estudos das necessidades de informação, e de como as pessoas a buscam, geram, fornecem e usam, tanto propositada quanto passivamente em sua vida diária (GASQUE; COSTA, 2010, p31).

Atualmente, são 54 anos de pesquisas em comportamento informacional e, conforme Jamali (2013) relembra, a maioria das teorias foi proposta por cientistas da informação e por pesquisadores de outras áreas, como sociologia, psicologia, ciência da computação, entre outras. Em comemoração ao cinquentenário, Wilson, em 2010, publicou, no *Bulletin of Annual Meeting Coverage*, um artigo sobre os 50 anos desses estudos e apresentou a trajetória desde quando a tecnologia ainda não era fator presente nas bibliotecas, até o aumento de pesquisas científicas e tecnológicas no período pós-guerra, em 1959.

Ao longo das décadas, estudos de comportamento informacional (*IB – Information behavior*, ou *behaviour*) têm sido feitos em diferentes contextos

profissionais (educação, leis, negócios, saúde, etc.). Vale registrar que, dentre as áreas, na da saúde é que se encontram mais estudos, provavelmente devido aos maiores financiamentos, o que não acontece com frequência com a educação, que, apesar de sua importância, tem atraído pouca atenção nesse sentido (BATES, 2010). Para a autora, o amadurecimento dos estudos de comportamento informacional veio com publicações de Case, em 2002, e com a nova edição em 2007.

Em seu livro *Looking for information*(2012), Case aborda a complexidade da investigação sobre os estudos de comportamento informacional e as tentativas de definir as informações, descrever necessidades e explicar o uso da informação, tornando-se uma fonte básica do assunto.

No levantamento realizado por Taga e Blattmann (2012) e aqui organizado no Quadro 1, é possível constatar como a área de comportamento informacional tem crescido em território nacional nos últimos anos e as universidades que mais contribuem para esse amadurecimento.

A revisão dos autores, abrangendo o período de 2007 a 2012, mostra a incidência de teses e dissertações sobre o assunto nas instituições públicas e os respectivos programas de pós-graduação em Ciência da Informação onde foram defendidos. Foram identificadas no estudo 465 dissertações e 157 teses defendidas dentro do período selecionado. No entanto, 56 dissertações e 25 teses estavam indisponíveis no período de coleta de dados.

Verificou-se também que os termos mais utilizados na busca sobre comportamento informacional foram: comportamento informacional, (comportamento) de uso da informação, estudo de usuários, (comportamento) de busca da informação, acesso à informação, tomada de decisão, (comportamento) de pesquisa da informação, necessidade informacional e recuperação da informação (TAGA; BLATTMANN, 2012).

No levantamento elaborado pelos autores, foram encontrados apenas cinco trabalhos cujos conteúdos envolvem a saúde (ANDRADE, 2008; SILVA, 2008; SANTOS, 2009; RODRIGUES, 2009; MACIEL ALBUQUERQUE, 2010), sendo quatro estudos em nível de mestrado e um doutorado nas instituições UFMG, UFPB e UNB.

QUADRO 1 – Teses e dissertações brasileiras sobre comportamento informacional

UNIVERSIDADES	QUANTIDADE DE TRABALHOS JÁ DEFENDIDOS	AUTORES
UFMG	29	Campos (2007), Costa (2007), Nadaes (2007), Pinto (2007), Venâncio (2007), Adão (2008), Andrade (2008), Brum (2008), Grossi (2008), Leal (2008), Maia (2008), Mattos (2008), Oliveira (2008), Pereira (2008), Rabelo (2008), Silva (2008), Aguiar (2009), Caixeta (2009), Nonatto (2009), Oliveira (2009), Teixeira (2009), Aganette (2010), Ferreira (2010), Ladeira (2010), Leitão (2010), Pessoa (2010), Demarques (2011), Maculan (2011), e Pereira (2011).
UNB	21	Câmara Júnior (2007), Caselli (2007), Fauat (2007), Marques (2007), Matta (2007), Miranda (2007), Santos (2007), Carvalho (2008), Cruz, F. L. (2008), CRUZ, F. W. (2008), Feitosa (2008), Gasque (2008), Oliveira (2008), Barreto (2009), Brandt (2009), Costa (2009), Rodrigues (2009), Santos (2009), Neto (2010), Simão (2010), e Teixeira (2010).
UNESP	13	Euclides (2007), Garcia (2007), Banhos (2008), Coneglian (2008), Santos (2008), Boccato (2009), Guerrero (2009), Xavier (2009), Cavalcante (2010), Silva (2010), Gama (2011), Lousada (2011), Matta (2012).
USP	05	Matos (2007), Reis (2007), Silva (2007), Sousa (2009), Gonçalves (2010).
UFF	04	Velho (2007), Delaia (2008), Ribeiro (2008), Barçante (2011)
UFRJ	05	Almeida (2011), Barros (2011), Botão (2011), Figueiredo (2011), e Giordano (2011).
UFBA	08	Amaral (2007), Oliveira (2008), Peres (2008), Velasco (2008), Marques (2009), Oliveira (2009), Santana (2009), e Zaidan (2010).
UFSC	09	Bedin (2007), Dávilla Calle (2008), Floriani (2007), Molossi (2008), Abe (2009), Alvorcem (2010), Wensig (2010), Fazzioni (2011), e Barros (2012).
UFPB	08	Costa (2008), Silva (2008), Barros (2009), Lima (2009), Duarte (2010), Maciel Albuquerque (2010), Sales (2010), e Santiago (2011).
UEL	04	Amorim (2010), Csiszer (2010), Gomes (2010), e Nishitani (2010).

FONTE: Taga e Blattmann (2012)

O trabalho de Andrade (2008), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), abordou a tomada de decisão e os sistemas de informação em saúde, analisando o fluxo informacional do NUPAD (Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico), responsável pela triagem neonatal no Estado de Minas Gerais, na perspectiva dos seus gestores. Por meio de entrevistas, foi determinada a influência dos sistemas de informação na tomada de decisão e seu impacto na formação de políticas e estratégias.

Silva (2008), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), estudou o modelo de aceitação de tecnologia (TAM) aplicado ao sistema de informação da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas escolas de medicina. Por meio de questionário, os alunos de medicina da região metropolitana de Recife responderam sobre a arquitetura informacional da BVS.

Santos (2009), da Universidade de Brasília (UNB), realizou uma avaliação sobre a demanda e oferta de informação em saúde, considerando como universo de pesquisa o Banco de Informações técnicas em saúde (BITS) do Disque saúde e a literatura bibliográfica disponível na BVS, ambos do Ministério da Saúde (MS). Como resultado, o estudo mostrou a necessidade de padronização da linguagem utilizada pelo BITS e pelo tesouro do MS.

Rodrigues (2009), também da UNB, buscou identificar a necessidade de informação dos Conselheiros de Saúde. Utilizou a abordagem do *sense-making* de Dervin e, baseando-se no estudo de Wilson e Martinez-Silveira, propôs o modelo de comportamento informacional dos Conselheiros da Saúde.

Maciel Albuquerque (2010), da UFPB, pesquisou a satisfação de médicos da Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário de João Pessoa, por meio de entrevistas e questionários, a fim de identificar as necessidades e o uso da informação. O cotidiano dos médicos nas unidades, segundo o autor, foi evidenciado pelo trinômio preconizado pelo modelo *sense-making*, de Dervin.

A revisão de Taga e Blattmann contribui de forma singular à Ciência da Informação à medida que mapeia o percurso da produção sobre o comportamento informacional no país, demonstrando o quanto a temática cresceu em nível de pós-graduação, além de identificar pesquisadores e grupos analisados sobre o assunto.

3.2 Modelos de comportamento informacional aplicados à saúde

Há na literatura diversos modelos sobre comportamento informacional, voltados a diferentes grupos de indivíduos ou contextos. Um modelo pode ser descrito como uma estrutura para pensar sobre determinado problema e pode evoluir para uma declaração das relações entre proposições teóricas. Os modelos buscam descrever os passos de uma busca, bem como relações, causas, consequências e estágios, que muitas vezes são representados por diagramas (CASE, 2007).

Para Bates (2006), o modelo é uma tentativa de estruturar as ideias que são utilizadas para descrever etapas de determinado fenômeno. Assim, apenas após essa explanação é que se obtém a teoria propriamente dita.

No caso deste estudo, foram tratados os modelos de Wilson (2000) e os modelos da saúde mais citados na literatura da área. Não há nenhuma pretensão de escolher o melhor, mas discutir sobre os já existentes.

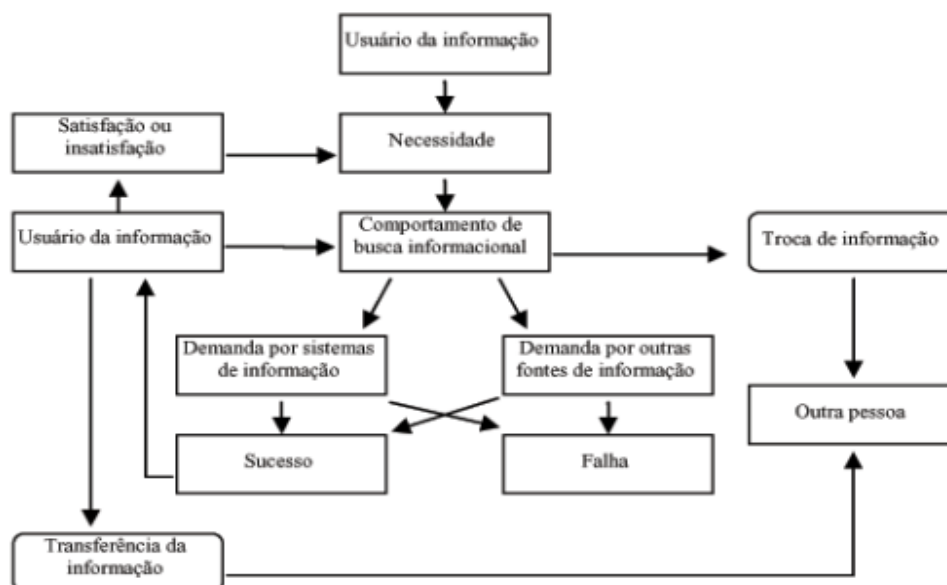
O ponto principal de um modelo de comportamento informacional é o contexto ou a situação na qual ele se inicia. Dentre vários modelos que a literatura apresenta, os mais disseminados são os de Tom Wilson, um pesquisador do Reino Unido, que iniciou os estudos sobre necessidades informacionais em 1975. A base de seu modelo de comportamento de busca está no artigo "*On user studies and information needs*", de 1981, no qual destacou dois aspectos nos estudos de usuários, que não haviam sido explorados até então: as necessidades informacionais e o contexto como um fator determinante na busca pela informação.

Para Case (2012), o que se destaca neste primeiro modelo de Wilson é o reconhecimento de que a informação é intercambiada entre as pessoas ao longo do processo de busca e uso da mesma.

A figura seguinte é o modelo de Wilson, que procurou representar as "inter-relações entre os conceitos usados na área" (Wilson, 1996, p. 659), e sugere, por meio deste diagrama, que o comportamento de busca de informação é uma consequência da percepção de uma necessidade pelo sujeito. Essa busca pela informação tida como necessária, segundo o autor, pode tomar duas formas: demanda em um sistema formal ou consultas a fontes informais, por exemplo. É o que acontece com as equipes multiprofissionais, cuja busca pela informação pode ser despertada no momento do atendimento ou de uma reunião do grupo sobre determinado caso analisado. A fim de buscar informações relevantes para o caso, a

equipe pode utilizar tanto o sistema formal (internet, periódicos, livros...) ou fazer uso da fonte informal (supervisor, colega de trabalho, membro da equipe multiprofissional...), como já foi apontado neste trabalho anteriormente.

FIGURA 4 – Modelo de comportamento informacional de Wilson (1981)



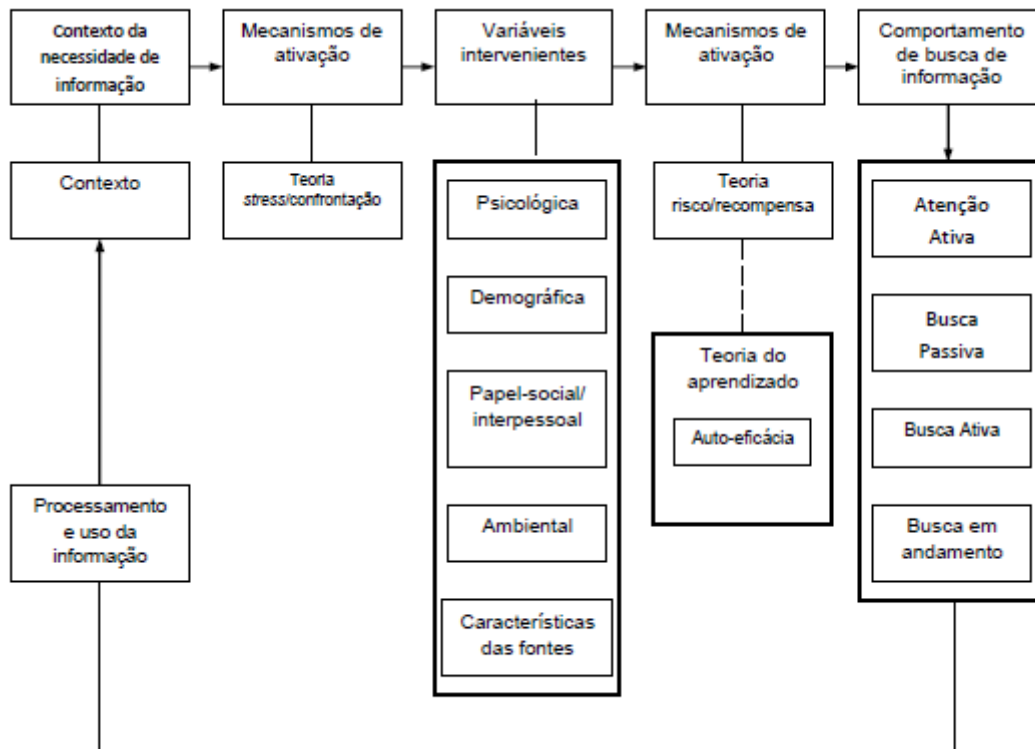
Fonte: Euclides (2007, p.89)

No segundo modelo (atualizado em 1997), Wilson baseou-se em duas proposições principais: a primeira é que a informação precisa não é uma necessidade primária e sim secundária, surgindo da necessidade de um tipo mais básico; e a segunda é que, no esforço em descobrir informações a fim de satisfazer uma necessidade, o sujeito pode se deparar com diferentes tipos de barreiras. Ou seja, se as necessidades básicas podem ser definidas como fisiológicas, cognitivas ou afetivas, o sujeito passa a observar o contexto, as exigências do papel ou do ambiente na vida dele, pois são elas que formarão as barreiras que podem impedir que ele chegue até a informação desejada.

Para Case (2007), o segundo modelo de Wilson é mais complexo, pois busca explicações sobre algumas necessidades que induzem à busca de informação, além de demonstrar os motivos de se usar algumas fontes de informação mais do que outras e porquê uma pessoa pode (ou não) atingir seus objetivos de forma eficiente. Esse modelo foi atualizado após revisão e fundamentação em referencial teórico de

outras áreas (Psicologia, Inovação, Comunicação, Saúde e aspectos gerais sobre o consumidor), que, aliadas à Ciência da Informação, auxiliaram Wilson na análise do comportamento relacionado à informação.

FIGURA 5 – Modelo revisado de Wilson e Walsh (1996)



Fonte: Oliveira (2013, p.52)

Este segundo modelo manteve a estrutura do modelo de 1981, com o foco das necessidades informacionais dependendo do contexto no qual o sujeito se insere. Acrescentou, ainda, estágios ou etapas que levarão o sujeito à decisão de efetuar ou não o comportamento de busca (WILSON, 1999).

Para este modelo, Wilson buscou na Psicologia o conceito de ativação utilizando a teoria do estresse/confrontação, afirmando que um estado de carência de informação é uma situação de estresse caracterizada por incertezas e frustrações, no qual o usuário pode decidir enfrentar o problema ou não (mas o processo de busca só se realizará se ele escolher a segunda opção). Há também as variáveis de intervenção (características próprias do sujeito, do contexto e das fontes utilizadas para chegar até a informação), é o ciclo do *feedback* presente quando as necessidades são satisfeitas (WILSON, 1999; GONZALEZ TERUEL, 2005).

No mesmo modelo, surge, ainda, a intermediação do mecanismo de ativação (entre a identificação de uma necessidade e o início da ação em satisfazê-la), semelhante à teoria do risco/recompensa, e a autoeficácia ou autojuízo, que determina o quanto uma pessoa pode se esforçar no cumprimento de uma tarefa e quanto tempo dispensará para fazê-la (WILSON, 1999).

Wilson e Walsh (1996) identificaram os tipos de busca de informação que ocorrem dentro do modelo proposto como: atenção passiva, isto é, ao ouvir o rádio ou assistir algo na televisão, a aquisição de conhecimento pode ou não existir, sem que seja necessária uma intenção por buscar informações; busca ativa, quando o sujeito busca ativamente a informação; busca passiva, quando um tipo de busca resulta na aquisição da informação relevante ao sujeito; e a busca em andamento, quando a busca ativa já foi estabelecida formando uma estrutura básica de ideias ou valores, que é levada adiante com o objetivo de atualizar e expandir suas estruturas (WILSON; WALSH, 1996).

Bawden (2006, p.674) revisou os trabalhos sobre comportamento informacional, publicados por Wilson em três décadas de estudos. Sobre os modelos de Wilson, o autor descreve: “Esta família de modelos se revelaram úteis ao permitir a inclusão de fatores pessoais e psicológicos, bem como o contexto de busca por informação”. O autor destaca também que, no estudo de Wilson, de 1981, vários autores são citados mostrando o início de um movimento em direção aos estudos focados no sujeito. Identifica também três direções particulares apontadas por Wilson: a mudança da pesquisa qualitativa como uma alternativa ou um complemento aos métodos quantitativos; o estreitamento do foco das pesquisas; e a ampliação das perspectivas conceituais do comportamento, incluindo ideias da sociologia, por exemplo.

Foram encontrados, durante a revisão bibliográfica, outros modelos de comportamento informacional em saúde. O modelo Johnson é citado por Case (2007), que descreve os fatores importantes para a informação na área da saúde. Em seguida, há outros modelos nos quais também é possível verificar, em suas bases, o modelo Johnson presente no que se refere ao trajeto da informação propriamente dito.

O Modelo Informacional de Johnson foi testado em estudos de busca de informação sobre pacientes com câncer (JOHNSON, 1993; 2001; JOHNSON, 2003; MEISCHKE, 1993; JOHNSON et al., 2006) e estrutura-se em sete fatores (variáveis demográficas, experiências diretas, importância e crenças, características e utilitários

que geram as ações) distribuídos em três categorias, num processo causal que flui da esquerda para a direita, começando por fatores antecedentes em duas categorias. Nesse modelo, os fatores antecedentes são os que motivam uma pessoa na busca pelas informações.

O modelo de Johnson é um modelo citado em alguns estudos da área de saúde (como POSTER; BELIZ, 1992; CASE et al., 2007), financiados pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, e tem sido aplicado no contexto de saúde em geral. Suas variantes devem ser consideradas no processo de busca, pois se acredita que influenciem de forma direta nos resultados dela.

Importante também ressaltar que é um modelo vindo da comunicação, diferente dos outros modelos (KRIKELAS (1983); LECKIE; PETTIGREW; SYLVAIN (1996); BYSTROM; JAVERVERLIN (1995), SAVOLAITIEN (1995; 2005), e os dois modelos de Wilson (1999; 2000), que são da área da informação e possuem o maior número de teorias e estudos empíricos sobre os efeitos das variáveis no processo de busca pela informação.

Na área da saúde, tem-se, ainda, o Modelo de Crenças em Saúde (ou *Health Belief Model* – HBM), que tenta explicar e prever os comportamentos informacionais de pacientes em saúde. Isso ocorre considerando o contexto da saúde e das atitudes e crenças dos indivíduos (aproximando-se do modelo informacional de Johnson). O modelo foi desenvolvido na década de 1950 por psicólogos sociais (entre eles Kirscht, Rosenstock e Kegel) para identificar a falha generalizada nos programas de triagem para tuberculose (LOO, 2008).

O HBM reconhece os indivíduos como seres ativos na busca e no processamento de informações, estando propensos a se envolver em comportamentos de saúde por razões proativas / bem-estar. Em geral, o impulso do modelo é baseado em fatores psicossociais individualmente, não no contexto social mais amplo, incluindo o ambiente de informação em que os indivíduos estão inseridos (JOHNSON; MEISCHKE, 1993).

A principal fraqueza do modelo HBM é o limitado tratamento da comunicação e a falta de tratamento explícito de informação. Mas o comportamento de busca de informação pode representar um passo intermediário importante para a mudança de comportamento. O HBM não presta atenção às características da origem da mensagem, a maneira pela qual é apresentada e que leva à busca de informações necessárias. Os resultados de um desses estudos sugere que certos princípios

fundamentais desse modelo (como ameaça, percepções e preocupação geral de saúde) podem ser muito úteis para prever o comportamento de busca de informação de saúde, se eles forem combinados com as teorias de comunicação que se concentram em fatores como aquisição de informação (JOHNSON; MEISCHKE, 1993).

O Modelo de Comportamento Informacional para Mulheres com Câncer de Mama foi apresentado por Longo, Patrick e Kruse, em 2001, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade na identificação e no uso de informações para a tomada de decisão de pacientes acamados pela doença. Foi desenvolvido com base em uma extensa revisão de literatura, que descreve o uso da informação ao longo do desenvolver da doença, auxiliando profissionais a identificar melhores meios para oferecer informações úteis aos pacientes e ajuda de forma geral a todos os interessados em adquirir conhecimento sobre cuidados necessários para momentos como esse.

Longo, Patrick e Kruse (2001) defendem que tanto a relevância quanto a característica do desenvolvimento da doença são informações vitais para a tomada de decisão sobre tratamentos, e que a área médica deve fazer uso de modelos conceituais para servirem de guias gerais para investigações empíricas, incluindo a concepção metodológica, a coleta de dados a respeito do paciente e os comportamentos.

A investigação em si já é o primeiro passo para o projeto de melhorias no acesso e uso das informações por mulheres com câncer de mama e, ao contrário de investigações anteriores que não combinavam informações sobre o tratamento da doença e a qualidade dos cuidados, a abordagem deste modelo reconhece as necessidades mais adequadas para a tomada de decisão. Essas informações incluem tratamento clínico, dados sobre a doença propriamente dita, estratégias de autogestão e informações sobre a qualidade dos prestadores de serviço, locais de atendimento e cobertura de planos de saúde e seguros.

As diferentes fases da doença interferem na tomada de decisão sobre a busca pela informação (LONGO; PATRICK; KRUSE, 2001), assim o modelo reflete a realidade enfrentada pelos pacientes, assumindo que o fornecimento de informações de saúde pode capacitá-los, especialmente aqueles com câncer e outras condições crônicas, para viver de forma mais produtiva, mesmo com a doença.

O modelo ilustra as bases teóricas da abordagem e fornece um contexto no qual é possível interpretar os resultados, mostrando as inter-relações entre diversos fatores pessoais e situacionais que compõem o ambiente de informação das pacientes em suas diferentes fases, adotando conceitos e estruturas do Modelo de Crenças em Saúde.

Há, ainda, o Modelo de Aquisição de Informação em Saúde (*Health information acquisition model*), que oferece explicações para questões como: “o que acontece durante a busca de informações?” ou “como as pessoas procuram informações sobre saúde?”. Desenvolvido por Freimuth e Keanem, em 1989, o modelo apresenta a sequência de ações durante a busca de informações: estímulo (interno ou externo); definição de objetivos; análise de custo/benefício; recursos informacionais (fontes intrapessoais, interpessoais e recursos externos); recuperação da informação e *feedback* para saber se a busca foi suficiente e pode terminar, ou se deve continuar e a hora da decisão, num movimento cíclico, que pode gerar novas necessidades com novas informações.

O fato é que todos os modelos aqui apresentados, embora se diferenciem em termos de estrutura, possuem variáveis semelhantes, considerando sempre aspectos demográficos e o contexto como base para o desenvolvimento de novas buscas. Além disso, todos os modelos citados abordam o comportamento informacional de pacientes e não de profissionais, exceto no estudo de Martinez-Silveira (2005), que será discutido no próximo capítulo deste estudo.

As diferenças entre esses modelos podem ser parcialmente atribuídas às suas raízes em diferentes tradições teóricas. O campo do comportamento informacional ainda defende a suposição de que o comportamento de Informação é altamente racional (CASE, 2007), o que reflete razões aceitáveis, causais e explicativas, muitas vezes enraizado nas tecnologias. A acessibilidade das fontes é, em geral, o fator determinante do seu uso (BATES, 2005). Sendo assim, a busca da informação só pode ser plenamente compreendida quando comparada aos seus custos e benefícios.

Julien, Pecoskie e Reed (2011) analisaram artigos publicados entre 1998-2008 sobre comportamento informacional e notaram poucas mudanças nos métodos de pesquisa utilizados, além de identificar grupos de maior interesse, como os estudantes e profissionais. Afirmam, ainda, que a interdisciplinaridade da literatura tem aumentado, o que contribui para novos estudos de forma mais completa.

Não se sabe o número exato de modelos e teorias existentes, mas em 2005 foi publicado um compêndio com cerca de 70 teorias e modelos reunidos, intitulado “*Theories of information behavior*”, de Fisher, Erdelez e McKechnie. Em 2009, esse documento foi atualizado por Houston totalizando então 108 teorias e modelos de comportamento informacional em diversos grupos (JAMALI, 2013).

A seguir, apresentam-se estudos nacionais e internacionais que retratam a questão das fontes, do acesso e uso da informação, relacionadas às questões do comportamento informacional pelos profissionais da saúde, sendo este o foco deste trabalho.

3.3 O comportamento informacional dos profissionais da saúde

Osheroff *et al.* (1991 apud MARTINEZ-SILVEIRA; ODDONE, 2007) sugerem que as necessidades informacionais da classe médica são complexas e variáveis, sendo que algumas respostas podem até ser obtidas em prontuários médicos enquanto outras exigem reunião de dados do paciente, além dos registros no hospital e o conhecimento do médico. Analisando o comportamento informacional de médicos residentes, apontaram que

[...] as características que influenciam as necessidades informacionais dos médicos-residentes estão relacionadas ao fato de estes se encontrarem em um momento crítico de sua formação de especialistas, quando o objetivo da prática profissional é principalmente a aprendizagem [...] (MARTINEZ-SILVEIRA; ODDONE, 2007, p.120).

Os prontuários médicos são importantes fontes de informação para os profissionais da saúde, sendo definidos por Galvão e Ricarte (2012b, p.6) como

[...] a coleção de informação relativa ao estado de saúde de um paciente armazenada e transmitida em completa segurança e acessível ao paciente e a qualquer usuário autorizado. O prontuário segue um padrão para a organização da informação, aceito universalmente (ou seja, pelas partes ou instituições envolvidas) e independentemente do sistema. Seu principal objetivo é assegurar serviços de saúde integrados de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, coerente e prospectiva.

No estudo de Martinez-Silveira e Oddone (2007, p.122), são dois os fatores que caracterizam o comportamento informacional do médico: o vasto número de publicações científicas e a “impossibilidade desse profissional de buscar, encontrar, selecionar, compreender e integrar a literatura à prática”. Ao analisarem os comportamentos informacionais dos profissionais diante das necessidades informacionais durante os atendimentos aos pacientes, perceberam a tendência de recorrer ao preceptor para esclarecer dúvidas ou superar a insegurança. Também tentam localizar a informação de que pesquisam em coleções particulares, basicamente em livros. Assim, quando surge interesse por mais informações e aprofundamento no assunto, “em vez de utilizar artigos científicos eletrônicos e recursos mais sofisticados de busca, os médicos residentes preferem recorrer a informações mais sedimentadas, como as que encontram em livros”.

Percebe-se então que, apesar de o contexto ter grande influência no processo de definição do comportamento informacional, o que parece ser determinante na percepção da necessidade, na escolha das fontes de informação e na decisão de efetivamente buscar a informação não é a disponibilidade dos recursos e sim os processos cognitivos (MARTINEZ-SILVEIRA; ODDONE, 2007).

Na área de comportamento informacional, há alguns trabalhos voltados para a saúde, que mostram particularidades das profissões no tocante às questões da informação. Diante disso, realizou-se um levantamento em bases nacionais e internacionais de estudos sobre o comportamento informacional na saúde e selecionaram-se os textos que mais se enquadram na questão do comportamento informacional de profissionais dessa área.

Entre os estudos que abordam a questão do acesso, busca e uso da informação, estão: Johnson et al. (2003; 2006; 2009), há Ajayi (2005), Dee e Stanley (2005), Crespo; Caregnato (2006), Davies (2007), Albuquerque; Oliveira e Ramalho (2009), Cullen; Clark; Esson (2011), Nwezeh; Shabi; Shabi (2011), Gilman (2011), O’Leary e Ni Mhaolrúnaigh (2011), Hunt, Cimino e Koziol (2013) e Machado e Barbosa (2014).

Ajayi (2005) estudou o comportamento informacional de enfermeiras em hospital universitário, na Nigéria. A maior fonte de informação para elas são as reuniões de equipe e apontam que as bibliotecas não atendem às necessidades da prática em evidência, ou seja, recorrem à internet para informações sobre casos específicos, após o contato com colegas de profissão. As mudanças na área da

enfermagem se tornaram mais evidentes naquele país, nos anos 2000, quando se intensificaram as discussões sobre descobertas de novas doenças, desumanização na saúde, exigindo uma nova formação profissional, a fim de serem menos submissas à medicina e mais independentes enquanto profissionais da saúde.

Dee e Stanley (2005) estudaram o comportamento informacional de 25 estudantes de enfermagem e 25 enfermeiros clínicos. Utilizando da técnica mista de coleta de dados (questionário, entrevista e observação), os autores chegaram à conclusão de que estudantes utilizam mais as bases de dados do que os profissionais, tendo também mais acesso a banco de dados do que os enfermeiros clínicos. O estudo mostrou que a falta de habilidade nas pesquisas e o tempo disponível são fatores que comprometem o comportamento informacional desses profissionais.

Os enfermeiros clínicos afirmaram que os computadores ficam longe de seus locais de plantão, o que dificulta o acesso à informação, além de não serem exigidos ou incentivados na busca de informações na prática clínica por seus supervisores. O que difere da realidade apresentada pelos estudantes que acessam mais os conteúdos da internet, sendo, constantemente, estimulados por professores a buscar informações novas.

Crespo e Caregnato (2006) analisaram a busca e o uso de informações com pesquisadores da área de biologia molecular e de biotecnologia, com base no modelo de Ellis. Traçou-se um perfil desse grupo, detectando um intenso uso de recursos tecnológicos, por consequência, maior uso de publicações eletrônicas, bases de dados sem tanta dificuldade quanto à busca e acesso à informação.

Davies (2007) apresenta uma revisão de dez anos em estudos sobre comportamento médico, analisando necessidades informacionais, busca por informações e fontes de informação. O uso de materiais impressos e a preferência das fontes pessoais são fatores recorrentes nos estudos revisados, além da presença da internet como fator de auxílio e preocupação, tanto para a classe médica quanto para pacientes.

Albuquerque, Oliveira e Ramalho (2009) analisaram as necessidades e usos da informação com profissionais vinculados ao Programa Saúde da Família, no Distrito Sanitário da cidade de João Pessoa (Pb), e detectaram que os profissionais conseguem se atualizar mediante uso da internet. Dentre as fontes utilizadas pelos médicos que responderam aos questionários, foram apontadas: biblioteca (com menor incidência), arquivos, internet, livrarias e base de dados. Em virtude do pouco uso de

monografias e teses como fontes, acreditam que o hábito da pesquisa não é estimulado, e que o conhecimento e os trabalhos de caráter científico não despertam interesse, por não haver tempo para experimentar, testar, medir, etc. (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA; RAMALHO, 2009).

Cullen, Clark e Esson (2011) investigaram a busca de informações baseadas em evidências por médicos que ingressam no mercado de trabalho, avaliando o impacto da formação em informação nos processos clínicos. Os autores afirmam que as habilidades sobre a busca de informação precisam ser introduzidas e reforçadas tanto em cursos de graduação quanto em treinamentos. De acordo com o estudo, a atitude e a opinião dos clínicos seniores são fundamentais para influenciar os médicos juniores, demonstrando o quanto uma fonte não formal pode influenciar a decisão de outros profissionais, considerando a questão da hierarquia.

Nwezeh, Shabi e Shabi (2011) levantaram informações sobre a busca informacional de médicos de um hospital universitário, na Nigéria. Entrevistaram 112 médicos, que apontaram que suas necessidades não são atendidas pelos serviços de bibliotecas da universidade e priorizam as fontes como livros e jornais especializados, além do contato com colegas de trabalho, pesquisas na internet, seminários e congressos. Os médicos da categoria júnior e sênior primeiro buscam informações com os colegas de profissão e depois na internet, por último consultam suas coleções particulares (livros e revistas). Relacionaram esse comportamento ao fator financeiro, argumentando que livros e revistas especializadas têm alto custo no país.

Gilman (2011) estudou o comportamento de busca de terapeutas ocupacionais e detectou a necessidade de incluir esse assunto nos currículos de graduação do profissional. Descreveu a iniciativa de um trabalho em conjunto da biblioteca com o corpo docente das universidades, oferecendo treinamentos informacionais, desde 2008. Os profissionais que apontaram na coleta de dados o uso da internet, de contatos pessoais e da educação continuada como principais fontes de pesquisa concordam ao afirmar que a presença da biblioteca próxima ao curso facilitou o aprendizado sobre melhores estratégias de busca em tais fontes.

O'Leary e Ni Mhaolrúnaigh (2011) apresentaram um relatório de estudo realizado na Irlanda, no período de 2006 e 2007, sobre o comportamento informacional de enfermeiros que se atualizam nos locais de trabalho. A fonte de informação mais utilizada é a pessoal, por questões de tempo e facilidade de acesso,

pois, além de outros enfermeiros, os médicos também contribuem para a atualização e consulta.

Hunt, Cimino e Koziol (2013) estudaram a comparação entre o acesso dos médicos aos recursos online usando dois tipos de aplicativos projetados para a recuperação de informações em hospitais. O estudo contribuiu para fornecer informações para analistas e especialistas em sistemas de informação hospitalar.

Num estudo, Machado e Barbosa (2014) descreveram o comportamento de busca de informação de médicos (atuantes como médicos e professores), no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da aplicação de questionário eletrônico, onde identificaram as necessidades informacionais e a influência de fatores contextuais como cargo e atividade realizada nos processos de busca. Os autores apresentaram um modelo fundamentado no comportamento informacional dos médicos, enfatizando as funções e os papéis desempenhados como fator motivador para os processos de busca informacional.

Nos estudos que identificam as fontes de pesquisa mais utilizadas estão Camargo Jr (2003), Pereira (2008), Al-Dousari (2009), Savi e Silva (2010), Savi e Silva (2011), Botello-Harbaum et al. (2013) e Galvão (2014a).

A investigação de Camargo Junior (2003) teve por objetivo avaliar como os médicos selecionam as informações mais relevantes e confiáveis, conforme o que lhes é apresentado. Para isso, foram entrevistados 24 professores de clínica médica de duas faculdades de medicina no Rio de Janeiro. A dificuldade em analisar criticamente foi um dos maiores problemas apontados. A influência de pesquisas recentes na prática clínica também foi comentada, um professor criticou a fonte dizendo que o uso desses estudos é bem comum em profissionais mais jovens.

Isto é muito comum em médicos jovens, você vê isto nos residentes, eles surgem com um artigo da New England [New England Journal of Medicine] de ontem querendo tratar daquela forma [a doença], uma coisa que é claramente experimental ainda. Não é consenso de diagnóstico ou de tratamento daquela doença, mas ontem saiu na New England isto, então... Isto é complicado, isto tem de ser ponderado, jovens médicos em geral têm tendência a acreditar, principalmente nestas revistas... Também se publicam bobagens nestas revistas." (CAMARGO JR, 2003, p.1168).

O comentário do professor entrevistado remete mais uma vez à necessidade de avaliar criticamente as informações, ainda que publicadas em revistas reconhecidas.

Independente da escolha da fonte de pesquisa, a tomada de decisão é sempre do profissional, considerando o prontuário do paciente, portanto a crítica do médico citado no estudo de Camargo Junior (2003) só faz sentido se estiver baseada em critérios, e não em generalizações oriundas do senso comum.

Sobre a informação científica, Pereira (2008) estudou a rotina de médicos residentes no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), baseado na opinião de 28 dos 34 médicos residentes em oftalmologia. Identificou-se que a informação científica é pouco utilizada na rotina desses residentes, talvez pelo fato não possuírem acesso adequado e constante a essas fontes. Diante disso, trata-se de mais um estudo que mostra a dificuldade dos profissionais em termos de elaboração de estratégias e dificuldades na recuperação de informações, oferecendo para a Biblioteconomia um amplo campo de atuação ainda não explorado. A preferência por materiais gratuitos também foi evidenciada, assim como a preferência por materiais mais recentes e textos de fácil acesso. Entre as fontes mais utilizadas estão a coleção particular, o contato com médico supervisor (novamente a preferência por uma fonte pessoal), seguido das bases de dados e sites especializados.

Al-Dousari (2009) também investigou a classe médica, analisando as necessidades de informação e o comportamento de busca desses profissionais em hospitais públicos do Kuwait. O autor analisou as fontes de informação usadas e concluiu que as mais utilizadas são a comunicação pessoal (colegas de trabalho) e a coleção pessoal de materiais, uma espécie de biblioteca particular, apontando a biblioteca e a internet como recursos de pouca utilização. Segundo o estudo, os médicos podem obter informações clínicas em diferentes formatos: impressão, recursos eletrônicos e comunicação interpessoal (por exemplo, conversando com os colegas). No entanto, o processo de procura de informação é afetado por fatores contextuais, tais como restrições organizacionais, limitações de tempo, disponibilidade, acessibilidade das fontes e a confiabilidade da informação.

O autor baseou-se no modelo de tomada de decisão clínica e apresentou o modelo conceitual global de buscas de informações médicas em hospitais do governo do Kuwait. Nesse modelo (BAUCHNER; SIMPSON E CHESSARE, 2001 apud AL-DOUSARI, 2009) enfatizam a importância de compreender o processo dos médicos, a fim de ajudar na prestação adequada e eficaz dos serviços na saúde. Os autores do modelo afirmaram ainda que não são raras as vezes em que as decisões clínicas são

tomadas de acordo com o contexto das normas sociais, o que varia de um país para o outro. Diante dos resultados do estudo, foi desenvolvido o modelo conceitual de informações do governo do Kuwait propondo melhorias, recomendações e implicações na prestação de informações nos hospitais públicos locais.

Savi e Silva (2010) analisaram o acesso à informação de médicos na perspectiva da medicina baseada em evidência, numa revisão de estudos realizados sobre a seleção de fontes de informação na prática clínica. As autoras consideraram que as habilidades para pesquisa devem ser trabalhadas ainda na formação do profissional e que o grande crescimento da informação na área se deve à expansão da tecnologia, o que chama a atenção para o ambiente de pesquisa na internet pela classe médica, ou seja, é preciso cuidado com as informações disponíveis. As evidências podem interferir na prática e na decisão clínica, no entanto torna-se necessário que as unidades de informação ofereçam programas de treinamento e utilização das fontes de informação para que a medicina se torne “mais humana e eficiente”.

Em outro estudo, Savi e Silva (2011) analisaram o uso da informação e a prática clínica de médicos residentes no hospital universitário da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) identificando suas necessidades informacionais e as fontes mais utilizadas no processo de busca por solução para questões surgidas no atendimento ambulatorial do hospital. No estudo realizado com 38 médicos, 37 reconhecem a informação científica importante para a prática médica, seguidos da internet (bases de dados gratuitas), embora apontem esta como um fator de preocupação em virtude da confiabilidade das informações disponibilizadas e da consulta aos acervos particulares.

Novamente, as bibliotecas foram apontadas como pouco utilizadas, e a consulta aos bibliotecários foi indicada somente por dois médicos. Esses dados chamam atenção para saber até que ponto o profissional está se fazendo importante nesses processos.

Botello-Harbaum et al. (2013) analisaram a busca informacional de dentistas em três redes de pesquisa. Constatou-se que estudos sobre comportamento informacional de dentistas são poucos e que os profissionais precisam associar a pesquisa clínica à prática odontológica. Na pesquisa com 950 dentistas, 618 responderam às questões. Os periódicos da área foram as fontes mais utilizadas e que mais influenciam na prática clínica, sendo os impressos os de maior uso. Os

dados mostraram que os dentistas mais experientes utilizam fontes mais variadas para a leitura do que os menos experientes.

Galvão (2014a) cita o estudo realizado por Januário (2013), que descreve o uso das fontes de informação em um hospital universitário de grande porte em uma universidade pública brasileira com 52 médicos, onde 51 apontavam ter dúvidas no processo de assistência ao paciente. A consulta aos colegas foi apontada por 27 profissionais, enquanto 23 informaram consultar livros; artigos científicos são consultados por 12 profissionais e apenas 8 consultam as bases de dados (sendo que apenas 3 informaram consultar a base *UpToDate*); já a internet é fonte de consulta para 7 profissionais, os exames são apontados por 5 e os históricos dos pacientes, por 4. De acordo com esse relatório, o acesso à internet é crítico, assim como a falta e a desatualização de recursos informacionais. Diante disso, é comum que profissionais mais jovens se guiem pelos mais experientes, e que a tomada de decisão seja baseada em conhecimentos e experiências anteriores, e não nas evidências atuais divulgadas nos meios científicos.

Estudos como o citado, que abordam mais de uma categoria (fontes, busca e acesso à informação), não são raros, segundo Case (2012), e acabam por dificultar a categorização destes ao longo de outros estudos. É o caso, por exemplo, de França (2002), Martinez-Silveira (2005), Sigolo (2012), que serão apresentados de forma mais detalhada, a seguir, por terem objetivos mais próximos deste trabalho.

França (2002) defendeu uma dissertação intitulada “O comportamento informacional dos profissionais médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF) – Sistema Único de Saúde (SUS)”, cujo objetivo era estudar o comportamento informacional de médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), da cidade de Teresina, Piauí. Foi uma pesquisa exploratória e descritiva visando conhecer e analisar como se dá o processo de busca de informações diante das fontes de informações disponíveis no ambiente interno e externo de uma organização de saúde, além de verificar o acesso desses profissionais à biblioteca.

Por meio da aplicação de questionários mistos, os profissionais afirmaram que compartilham informações entre colegas de equipe, embora não exista incentivo ou políticas de compartilhamento. Detectou-se também a preferência por fontes pessoais (ou informais), como agentes comunitários de saúde, colegas do PSF, entre outros.

As bibliotecas não são frequentadas e não há acesso a informações eletrônicas, pois em algumas unidades não há computador disponível.

As fontes informais são bastante utilizadas na área médica, relacionadas ou não com bibliotecas, assim como contato com colegas de área, encontros profissionais, cursos etc.[...] (FRANÇA, 2002).

O trabalho de França (2002) aponta, dentre outras questões, o problema grave de falta de acesso às informações por parte dos profissionais, principalmente tratando-se de saúde pública. O Ministério da Saúde disponibiliza diversos materiais que podem e devem ser utilizados e compartilhados na área da saúde, e negar o acesso a isso é negar o direito à informação. Mesmo assim, verifica-se que os médicos e enfermeiros buscam, a sua maneira, ampliar as possibilidades de entendimento, recorrendo aos colegas de profissão, algo que a literatura tem mostrado ser bem comum nessa área e também apontado nos estudos a seguir.

Em 2005, na dissertação de Martinez-Silveira – “A informação científica na prática médica: estudo do comportamento informacional do médico-residente” –, a autora investigou o comportamento informacional dos profissionais de um hospital universitário por meio da aplicação de questionários.

Identificou 85 médicos residentes, por nome e especialidade (do primeiro, segundo e terceiro ano – R1, R2 e R3, respectivamente) e aplicou o questionário com 35 questões, que foi respondido por 73 profissionais. A primeira parte abordava dados demográficos; a segunda se referia ao comportamento desses profissionais em relação às necessidades de informação que surgem durante a prática médica, visando identificar as fontes e os motivos que os levam a buscar informações; a terceira buscava conhecer hábitos e preferências de utilização e recursos informacionais; na quarta parte, analisaram-se os recursos informacionais e habilidades no uso delas; na quinta parte, as perguntas eram focadas no incidente crítico, objetivando uma informação mais realista do comportamento do médico residente, colocando-o diante de alguma situação da vida real. Dos 85 questionários entregues, 73 voltaram respondidos.

Os resultados mostraram que os médicos residentes necessitavam de informação sobre temas relacionados ao tratamento com medicamentos e ao diagnóstico. Para isso, recorriam aos profissionais supervisores ou mais experientes, ou utilizavam as coleções particulares. Na época da coleta de dados, os recursos

tecnológicos ainda eram de pouco uso, mas os profissionais já mostravam dificuldade no manejo ou, até, desconhecimento.

Questionados ainda sobre a frequência às bibliotecas, as respostas apontaram uso restrito, pois consideravam o acervo do local desatualizado e escasso.

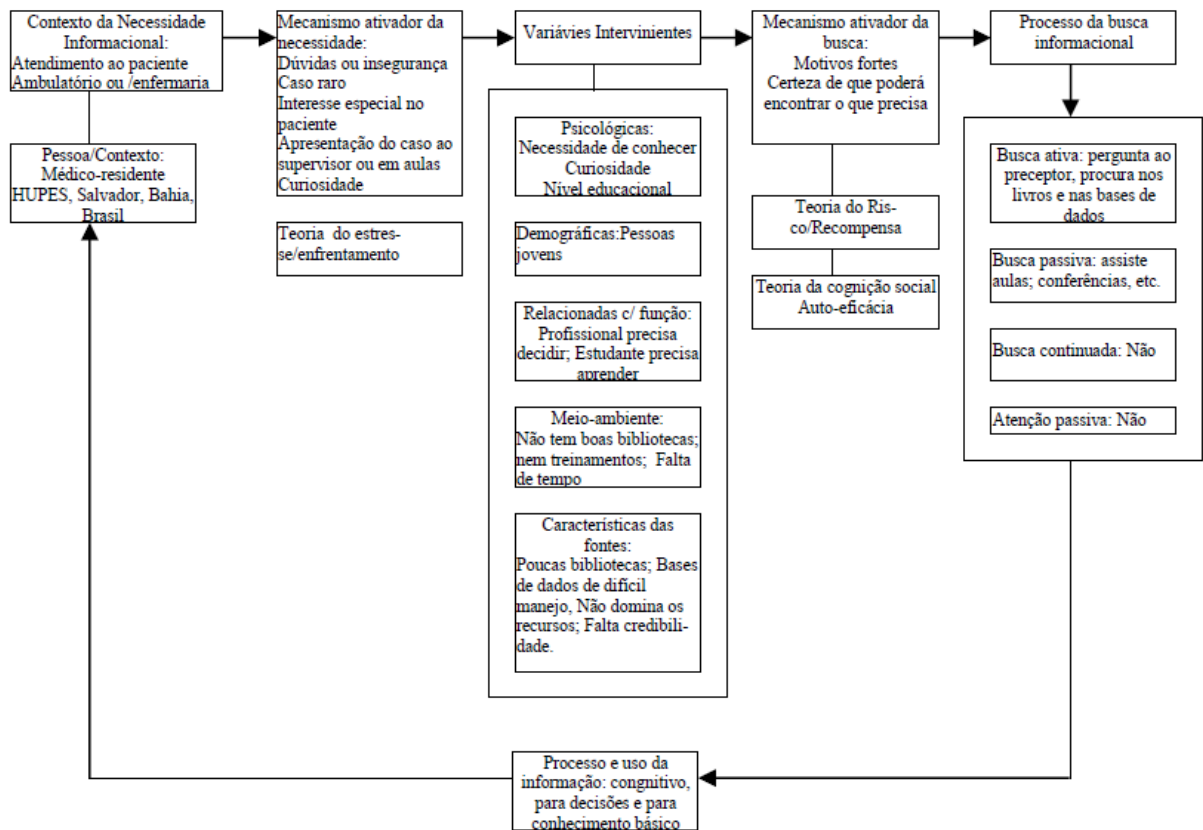
Infelizmente eles frequentam muito pouco as bibliotecas especializadas, pois não acreditam que lá possam encontrar a informação que necessitam, acham que os acervos são incompletos e desatualizados e não visualizam a probabilidade de contar com um profissional especializado em informação como colaborador neste processo. (MARTINEZ-SILVEIRA, 2005, p.149)

A consulta ao médico supervisor ou colega de profissão foi escolhida como a fonte mais procurada, seguida de consulta à coleção particular e ferramentas de pesquisa não especializadas, como Google, Yahoo e Cadê. Só na quarta posição apareceram as bases de dados, seguidas de outro colega de profissão, sites de informação médica, portal Capes, biblioteca e bibliotecário e, por fim, outros recursos, como “*palm top*”, livros de serviço e sites não médicos (MARTINEZ-SILVEIRA, 2005).

Como motivação para a busca informacional, foram apontados os seguintes fatores: dúvida ou insegurança, evidências de casos raros ou desconhecidos, interesse especial no paciente, curiosidade, intenções de publicar ou pesquisar o caso, além de responder às perguntas dos pacientes, receio de cometer erros médicos. Paralelo a isso, apontaram-se também os motivos pelos quais o processo de busca de informação se torna dificultoso: falta de tempo, inexistência de uma biblioteca de fácil acesso com um acervo atualizado, dificuldade em localizar documentos pertinentes as suas necessidades, custos financeiros com os documentos, bem como barreiras linguísticas, não dispor de computador próprio, não saber manejar as bases de dados e não dispor de coleção particular. Entre as bases de dados mais utilizadas pelos médicos do estudo estavam: *Medline*, *Lilacs*, *Embase*, *Cinahl*, *Psycinfo*, *Web of Science* e *Cochrane*.

A partir dos resultados da pesquisa, Martinez-Silveira (2005) elaborou um modelo de comportamento informacional dos médicos e residentes a partir do modelo de Wilson (2000), como demonstra a figura seguinte. No modelo proposto, a autora considera como mecanismo ativador da necessidade informacional o próprio paciente (seja por curiosidade, caso raro, dúvidas no atendimento ou a apresentação do caso a um supervisor, por exemplo). Considera também as variáveis psicológicas, demográficas, relacionadas à função, fatores do meio ambiente ou características da fonte como parte do processo que antecede a busca.

Figura 6 - Modelo de comportamento informacional dos médicos residentes, de Martínez-Silveira (2005)



Fonte: Martinez-Silveira e Oddone (2007, p.145)

Um estudo mais recente mostra o comportamento informacional de cirurgiões dentistas. Sigolo (2012), num estudo intitulado “Comportamento informacional de cirurgiões dentistas: um estudo junto a ortodontistas da cidade de São Paulo”, teve por objetivo caracterizar o comportamento informacional dos cirurgiões dentistas da área de ortodontia, além de identificar os fatos que motivam ou impedem a busca pela informação, detectar as principais necessidades de informação do grupo e identificar as fontes mais empregadas. Para isso, foram utilizados dois modelos de comportamento informacional: Wilson e Walsh (1996) e Leckie, Pettigrew e Sylvain (1996).

A coleta de dados reuniu dez cirurgiões de São Paulo, selecionados de acordo com a técnica bola de neve, com entrevista semiestruturada, cujos resultados analisados foram submetidos à análise de conteúdo. A autora observou que as

necessidades informacionais dos cirurgiões, em sua maioria, estão ligadas aos cuidados dos pacientes e é esse o fator que os motiva a buscar informações a fim de se atualizar, complementar e confirmar seus conhecimentos. Além disso, há a busca pelas novas técnicas, materiais e procedimentos, utilizando-se fontes como cursos, congressos, revistas, artigos, livros. Detectou, ainda, que os cirurgiões, semelhantes aos profissionais já citados nos estudos anteriores, também recorrem a outros colegas de profissão em alguns casos. Já para as buscas de informações na internet, utilizam bases de dados científicas, além do buscador *Google*, a *Wikipédia*, catálogos de bibliotecas e bibliotecas especializadas em odontologia.

No próximo capítulo, intitulado Hospital de Anomalias Craniofaciais da USP, na cidade Bauru, apresenta-se a contextualização do local da coleta de dados do presente trabalho, bem como a atuação das bibliotecárias clínicas da instituição.

4 HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BAURU, SP

4.1 Histórico institucional

A história do Centrinho teve início na década de 1960, quando um grupo de professores da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB), da Universidade de São Paulo, detectou, por meio de uma pesquisa na cidade (a 335 km da capital paulista), que, a cada 650 crianças nascidas, pelo menos uma tinha malformação congênita de lábio e/ou palato. Diante dos resultados, os professores preocuparam-se em oferecer tratamentos a essas crianças. Assim, em 1967, nasceu um Centro Interdepartamental da FOB/USP, o Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais, desde então conhecido como Centrinho. Sua rápida expansão levou à inauguração de instalações próprias no ano de 1973, retratadas na figura a seguir.

FIGURA 7– Primeiras instalações do Centrinho em 1973



Detalhe para fachada em 1973 do HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru – SP. Foto: Arquivo HRAC

Em 1976, o Centro passou a Unidade Hospitalar Autônoma da USP, com a denominação Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais (HPRLLP/USP).

Na década de 1980, tornou-se o primeiro hospital universitário do Estado, conveniado com o sistema público de saúde, prestando assistência especializada e

integral às pessoas com malformações faciais e visando também aos estudos sobre o tratamento dessas deformidades.

Com o aumento dos atendimentos e a ampliação do campo de atuação dos profissionais, em 1998, sua denominação foi atualizada para Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP), continuando, porém, a ser conhecido como Centrinho.

Em 1994, foi iniciada a construção da Unidade II, com 22 mil metros quadrados destinados a melhor acomodar as áreas de internação, cirurgia e laboratórios. Desse modo, seriam liberados espaços para instalação dos serviços que, atualmente, estão funcionando em prédios alugados fora do campus. Até o ano de 2014, a nova unidade não se encontrava totalmente pronta e equipada, e está parcialmente ocupada. As figuras a seguir mostram a unidade II e o mapa das instalações do HRAC/USP.

Figura 8 – Fachada do HRAC/USP



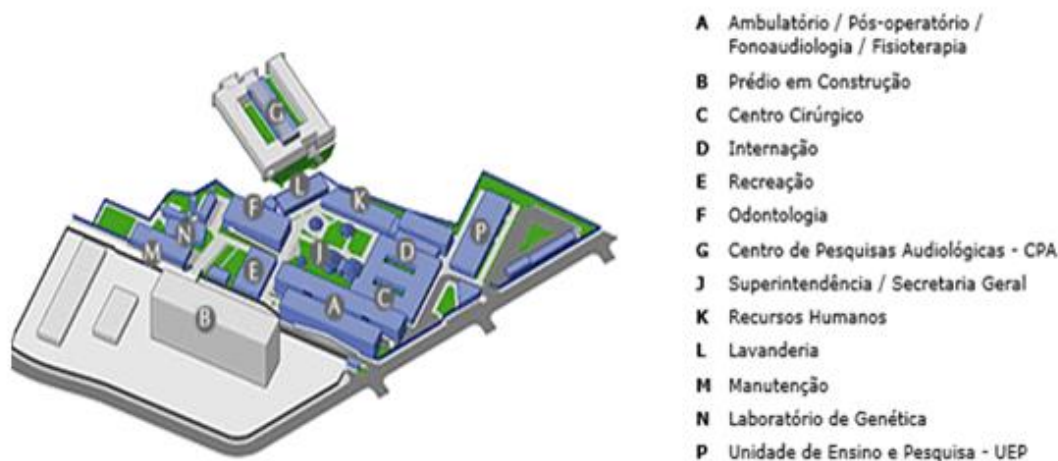
Detalhe para a fachada (área externa) da Unidade I do HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru – SP. Foto: Adauto Nascimento / Banco de Imagens do HRAC



Detalhe para a fachada (área externa) da Unidade II do HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru – SP. Foto: Tiago Rodella. SerCom HRAC

Atualmente, o hospital ocupa 19,7 mil metros quadrados, numa área verde de 36,3 mil metros quadrados, e é dividido em setores interdisciplinares e unidades de serviço que oferecem à comunidade tratamento integral aos pacientes cadastrados. Sua produção anual, em 2013, somou mais de 637 mil procedimentos, 4.700 internações e 8.400 cirurgias, todos ofertados pelo SUS (CENTRINHO, 2014).

Figura 9– Mapa institucional



Fonte: site institucional do Centrinho (2014)

O Centrinho conta com uma equipe composta por 700 funcionários. Por dia, em média, são atendidas 319 pessoas, sendo que em dezembro de 2013 já eram computados 92 mil pacientes matriculados, provenientes de 4 mil cidades brasileiras (cerca de 70% dos municípios existentes no Brasil). Desse total, 53 mil apresentam anomalias craniofaciais e cerca de 36.500 têm problemas auditivos (CENTRINHO, 2014).

Ainda, segundo dados do Centrinho (2014), 2.500 desses pacientes não têm fissura, anomalia craniofacial ou deficiência auditiva. Eles são provenientes de Bauru e das demais 67 cidades integrantes da região, e foram encaminhados pelo Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI) para procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos no Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia, radiografias odontológicas, exames cariótipos (genéticos) e avaliações audiológicas e otoneurológicas (vertigens e desordens do equilíbrio).

O Centrinho busca a reabilitação e inclusão social das pessoas com fissura labiopalatina, malformação craniofacial congênita e deficiência auditiva. Para isso, pacientes e familiares se envolvem em diversas atividades que humanizam o atendimento durante o período de internação e proporcionam a interface com a comunidade. As figuras a seguir mostram atividades em desenvolvimento na seção de recreação e atuação dos corais.

Figura 10 – Atividades de humanização e inclusão desenvolvidas pelo Centrinho



Equipe realiza contação de histórias aos pacientes no HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru - SP. Foto: Aduino Nascimento / Banco de Imagens do HRAC



Equipe realizando atividades teatrais e de dança com os pacientes do HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru - SP. Foto: Aduino Nascimento / Banco de Imagens do HRAC



Crianças cantando e encantando no Coral Cedau. O Coral Cedau (Centro Educacional do Deficiente Auditivo) é formado por pacientes crianças com perdas auditivas e devidamente adaptadas com Aparelhos de Amplificação Sonora ou usuárias do Implante Coclear (Ouvido Biônico) do HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru - interior de SP. Foto: Arquivo SerCom HRAC



Pacientes "cantam" em Libras (Língua Brasileira de Sinais) no Coral Vibrar "Mãos que falam". O Coral Vibrar é formado por crianças e jovens surdos, e faz parte do NIRH - Núcleo Integrado de Reabilitação e Habilitação do HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru - interior de SP. Foto: Arquivo SerCom HRAC

Na área das anomalias craniofaciais, a cirurgia plástica reparadora, a odontologia e a fonoaudiologia são as especialidades que se destacam desde o início do tratamento. No entanto, a equipe é composta por enfermeiros, fisiologistas, fisioterapeutas, geneticistas, nutricionistas, otorrinolaringologistas, pediatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc. (CENTRINHO, 2014).

Para a área de saúde auditiva, há programas que visam prevenir, diagnosticar, tratar, habilitar e reabilitar por meio de tratamentos clínicos, cirúrgicos, ou por adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual, além de atividades terapêuticas. São destaques os programas de implante coclear (dispositivo eletrônico que estimula o nervo auditivo, por meio de pequenos eletrodos inseridos cirurgicamente na cóclea do paciente) e de próteses auditivas implantáveis

cirurgicamente de orelha média (indicados para pessoas com perda auditiva que não se beneficiam ou não podem utilizar o aparelho convencional) (CENTRINHO, 2014).

Desde 1995, o Centrinho oferece cursos de pós-graduação *stricto, lato sensu* e de extensão. Há ainda cursos de atualização, aprimoramento profissional, prática profissionalizante, residência médica em otorrinolaringologia, residência multiprofissional em síndromes e anomalias craniofaciais e, desde 2013, residência em saúde auditiva. O Centrinho formou 1.035 especialistas, mestres e doutores, do país e do exterior (CENTRINHO, 2014).

Figura 11 – Atividades de ensino e pesquisa no Centrinho



Detalhe de micropipetador, instrumento utilizado para manejar DNA em pesquisas realizadas na área de Genética no HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru - SP. Foto: Aduino Nascimento / Banco de Imagens do HRAC



Técnico opera tomógrafo computadorizado por feixe cônico em paciente, equipamento que também auxilia as pesquisas realizadas no HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho) em Bauru - SP. Foto: Aduino Nascimento / Banco de Imagens do HRAC

4.2 A filosofia de trabalho do Centrinho - Humanização

Em meio a esse contexto de informação, políticas públicas de informação em saúde, direito e acesso à informação, está o paciente que, independentemente de saber ou não sobre sua condição, durante o tratamento em hospitais e clínicas, em um ambiente estranho à sua rotina, pode sentir angústia, medo e solidão, seja ele criança ou adulto. Daí a importância da humanização nos ambientes hospitalares.

No universo teórico de Paulo Freire, é preciso humanizar para humanizar-se, pressupondo, além de um tratamento solidário e acolhedor, uma postura ética e comprometida com a realidade, refletindo sobre princípios e valores que norteiem as práticas profissionais, no sentido de transformá-los em agentes de transformação (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

Para Ribeiro (2006), o desafio da humanização está na sensibilização de reconhecer no outro um semelhante e estabelecer relações mais solidárias por meio do diálogo compreensivo, não só quanto à comunicação, mas quanto aos cuidados de forma geral.

A preocupação pela humanização emergiu desde que se constatou que a evolução científica e as técnicas nos serviços de saúde não acompanharam a qualidade em termos de contato humano (BALLONE, 2008). A própria história dos hospitais⁵ e suas fases de transição, inicialmente, relacionava-se aos menos favorecidos (pobres e doentes, uma vez que os mais favorecidos eram assistidos em casa, por médicos familiares), até que, depois do século XIX, surge a medicina científica e a tecnologia trazendo mais possibilidades e oferecendo tratamentos especializados, demonstrando que as instituições, com o passar dos anos, não incluíram em suas mudanças a questão do paciente enquanto ser humano, que necessita de cuidados além da sua dimensão física, mas também de atendimento social, psíquico e emocional.

Segundo Martins (2001), esse processo de humanização é amplo, demorado e complexo, pois envolve mudanças de comportamento, que podem gerar resistências, despertar insegurança, e cada equipe ou instituição terá seu processo de humanização específico.

Para Rios (2009, p.10), o fundamento da humanização está

[...] no respeito e na valorização da pessoa humana, constituindo um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços. Esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização supracitadas como abordagens complementares, que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição. A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

⁵A título de curiosidade, o primeiro hospital no Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, erigido em 1543, por Brás Cubas. No Brasil Colônia e Império surgiram outros hospitais dentro do modelo das Santas Casas de Portugal, cujos objetivos eram prestar caridade e abrigar os pobres e desabrigados em fase de doença ou próximos da morte. À época, não havia nenhuma preocupação com o ser humano emocional, isso ocorreu somente a partir do século XIX/XX.

De forma geral, nem sempre as relações entre profissionais da saúde e pacientes foram estáveis. Com tantas interferências, as relações mudaram e mudam a cada dia.

A relação profissional-paciente nos serviços assistenciais, no que se refere à comunicação, informação e humanização das relações, apresenta-se como importante temática na área da saúde. Desde as últimas décadas, já é possível perceber a preocupação com os modelos de relação profissional-paciente, a qual tem culminado com o aumento das reflexões e discussões sobre a necessidade de mudança nesse âmbito. Essas mudanças são motivadas, principalmente, por questões éticas referentes ao direito dos pacientes em receberem informações a respeito de suas enfermidades (LIMA; OLIVEIRA, 2012, p.47).

O discurso e a busca pela pessoa, além do estado de paciente, vêm de longa data. A humanização nas relações dos profissionais com os pacientes tem sido mais discutida e requerida nas esferas da sociedade, tornando-se um diferencial competitivo na área da saúde. Os hospitais buscam a humanização como forma de oferecer mais “conforto” em um momento difícil não só para o paciente, mas também para sua família. No entanto, para que isso aconteça de forma plena, há questões a serem consideradas e superadas. Com os médicos, por exemplo, barreiras como a falta de atenção e de tempo são apontadas há muitos anos, como uma situação que precisa ser repensada. Cassel (1991) falava sobre essa necessidade de reflexão nas práticas profissionais

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (p.10).

Na Enfermagem, a humanização surgiu como uma resposta para maiores interações entre paciente/profissionais, proporcionando maior qualidade na assistência e nos serviços (RIZZOTO, 2002; SIMOES et al., 2007).

Na área da Odontologia, a discussão sobre humanização começa na formação do profissional, com reformulações curriculares e práticas de atendimento apoiadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB e Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN).

Na psicologia, a humanização é entendida como uma forma de assistência “que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico e o reconhecimento dos direitos do paciente” (CARVALHO; SANTANA; SANTANA, 2009, p.173).

Para Viegas (2008, p.49),

Falar de humanização é fácil, difícil é praticá-la. Humanização é respeitar alguém fragilizado, com naturalidade, sem parecer superior. No caso de pessoas doentes, procurar aliviar o seu sofrimento, ter compaixão no bom sentido, com atitudes positivas. Não é esmola, é realizar realmente alguma coisa para melhorar a sua qualidade de vida – um tratamento, um gesto de amizade, um conforto, uma atenção, uma palavra, um sorriso, uma esperança ou a explicação com delicadeza de uma situação grave.

Há apontamentos que também precisam ser considerados, como Martins (2003, p. 1), que acredita que na formação do profissional de saúde são as “difíceis condições de trabalho, [que] restringem sua disponibilidade tanto para o contato com o paciente quanto para a busca de formação mais abrangente”, e afirma:

Por outro lado, sabe-se que muitos problemas dos pacientes podem ser resolvidos ou atenuados quando se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais; a falta de acolhimento e de continência a seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à rejeição ao tratamento e favorecer a busca de caminhos sociais alternativos, que ofereçam maior receptividade e compreensão. A relação profissional-paciente tem especial importância no processo de adesão ao tratamento.

Ainda sobre a questão da formação, Campos, Aguiar e Belisário (2008, p.1011) descrevem:

A formação de profissionais da saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde. Essa importância reside no fato de o trabalho em saúde se basear, necessariamente, no elemento humano – ou seja, na sua capacidade de agir, refletir, colocar-se no lugar das pessoas que recebem seus cuidados e entender os determinantes do processo saúde-doença em sua dinamicidade e complexidade.

Os autores apontam para uma defasagem entre o que se ensina nos cursos de graduação e o que se enfrenta na realidade, nos serviços de saúde. Um problema de longa data, já estudado em 1961 nos Estados Unidos, por meio da pesquisa de White, Williams e Greenberg, evidenciava que o hospital universitário era apontado como “único lugar de aprendizado das profissões da saúde” (CAMPOS; AGUIAR; BELISARIO, 2008, p.1021).

Na América Latina, um estudo de 1967 apontou que 107 das 135 escolas médicas existentes na época tinham caráter “essencialmente escolar, havendo uma dissociação importante entre o ensino e trabalho” (CAMPOS; AGUIAR; BELISARIO, 2008, p.1021), o que comprova o quão pertinente é repensar a formação dos

profissionais e o quanto a ausência dessa reflexão e prática reflete nas relações profissionais/pacientes.

4.3 Fissuras labiopalatinas

As fissuras são más formações que afetam lábios e gengivas. As fendas mais complexas atingem o palato ou “céu da boca”, comprometendo não só a estética do sujeito como também sua dentição, audição e fala. O tratamento indicado compreende desde cirurgias plásticas para fechamento do lábio até implantes dentários específicos. São tratamentos longos que, na maioria dos casos, exigem muita disposição por parte das famílias.

As fissuras podem decorrer de infecções durante a gravidez, como rubéola e toxoplasmose, uso de determinados remédios, álcool, cigarro e outras drogas, deficiências nutricionais, além de fatores genéticos (BRASIL ESCOLA, 2013).

A fissura labiopalatina está definida no capítulo XVII da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – (CID 10) da Organização Mundial de Saúde, que inclui as malformações, deformidades e anomalias cromossômicas, agrupadas em três categorias, sendo: fenda palatina, fenda labial e fenda labial com fenda palatina (GRACIANO; SPOSITO, 2011, p.144)

Segundo Monlleó e Gil-Da-Silva-Lopes (2006, p.914),

A história da atenção às anomalias craniofaciais no Brasil confunde-se com a luta de profissionais, pesquisadores e famílias de portadores que, ao longo dos últimos 35 anos, não mediram esforços para a inserção desses defeitos congênitos na pauta das políticas de saúde. Como resultado desses esforços, o Brasil conta hoje com centros de excelência no tratamento de anomalias craniofaciais, sendo um deles reconhecido como referência mundial pela OMS⁶. Apesar disso, apenas na década de 1990, mediante o processo de implantação e consolidação do SUS, foram dados os primeiros passos para a efetiva inclusão da assistência aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS.

Segundo Rafacho (2012), a classificação orientadora da conduta dos profissionais no HRAC – USP é a de Spina et al. (1972), modificada por Silva Filho

⁶ A instituição citada pelas autoras é o Centrinho, reconhecido em 1976, conforme já informado à página 59 deste trabalho.

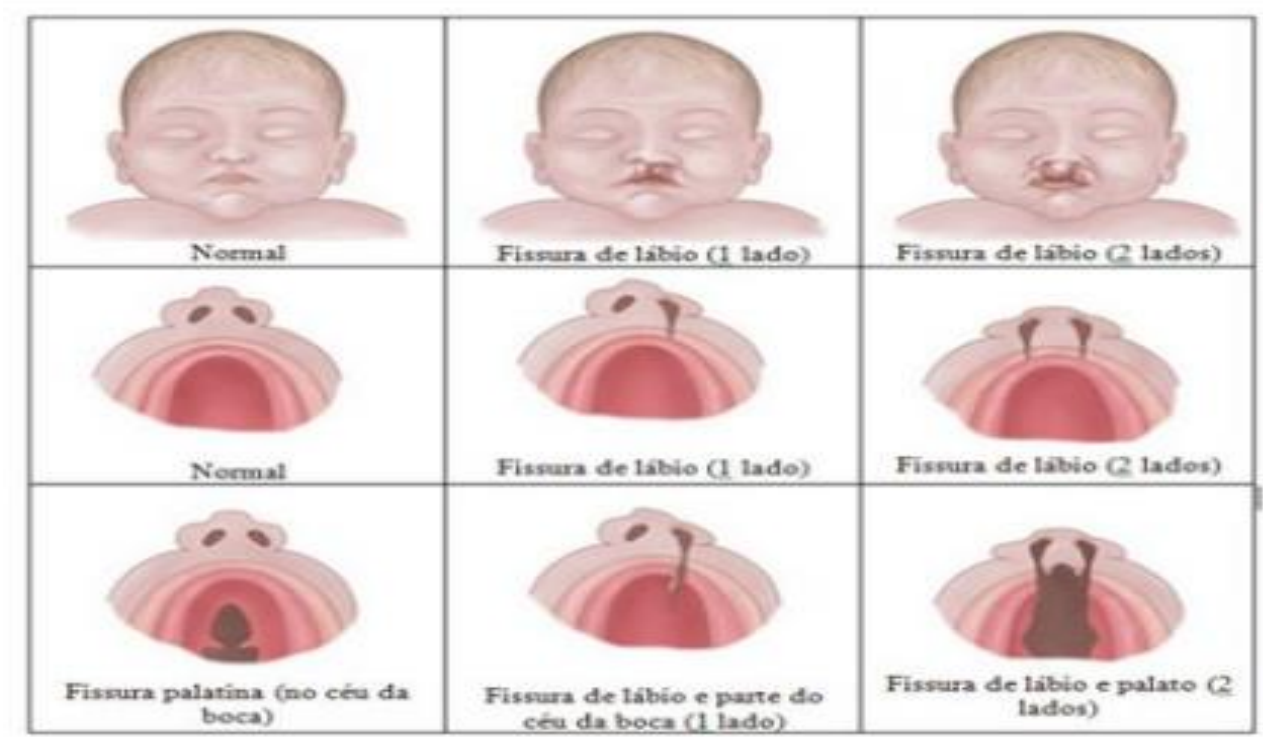
(2007). Essa classificação foi baseada na posição da fissura em relação ao processo alveolar, sendo dividida em três grupos:

Grupol- Fissura pré-alveolar, quando envolve somente o lábio. Pode ser unilateral, bilateral ou mediana.

Grupoll- Fissura pós-alveolar, comprometendo palato mole, palato mole mais palato duro ou fissura submucosa.

Grupolll- Fissura alveolar, que pode ser unilateral, bilateral ou mediana.

Figura 12 - Tipos de fissura labiopalatina



Fonte: Blog Fono Trata (2009)

O tratamento de um portador de fissura é oferecido desde recém-nascido até 20 anos de idade (dependendo da gravidade e comprometimento de cada caso). Além das cirurgias primárias (de lábio aos três meses e de palato com um ano), podem ser necessárias ainda cirurgias secundárias, que buscam a melhora no lábio, nariz, fala, além de correções no nariz (na adolescência), cirurgia de enxerto ósseo alveolar, cirurgias otológicas e ortognósticas (CENTRINHO, 2014).

As fissuras labiopalatinas são defeitos congênitos comuns entre as malformações que atingem a face e a prevalência varia entre 1 e 2 indivíduos brancos para cada 1000 nascimentos e no Brasil os dados estatísticos

oscilam em torno de 1:650. [...] A meta terapêutica é a reabilitação integral do paciente que envolve uma equipe multi e interdisciplinar, reconstruindo o defeito anatômico, devolvendo a estética, a função e sobretudo a integração psicossocial com a sociedade (OZAWA, 2014, não paginado)

Para as anomalias craniofaciais, há o tratamento com implante ósseo integrado, intra e extraorais. Já para a audição, há tratamentos que visam a prevenção, educação, reabilitação ou até a habilitação por meio de atividades e adaptações terapêuticas, como o implante coclear (CENTRINHO, 2014).

Quando detectado o caso de anomalia ainda na gestação, o médico que acompanha o pré-natal orienta os pais na busca de tratamento em um centro craniofacial, pois, dependendo da fissura, a criança pode ter não só a estética afetada como também a fala, a dentição e a audição.

O primeiro contato com o Centrinho pode ser feito por telefone, e-mail ou pessoalmente na recepção do hospital. É nesse primeiro contato que o paciente e sua família recebem orientações gerais sobre o atendimento oferecido pelo SUS aos portadores de anomalias congênitas.

Depois de receber orientações e esclarecimentos, faz-se um cadastro para avaliação inicial (nome do paciente, nome dos pais, endereço completo e tipo de anomalia que possui). Daí, é necessário aguardar a convocação, que se realizará através de uma das formas de contato sugeridas pelo paciente ou família, e quando disponível, o agendamento pode ser imediato (seja para a avaliação inicial ou para a avaliação com reserva de internação).

Pacientes com fissura de palato ou lábio, que nunca foram tratados, terão prioridade no agendamento. Para outras anomalias craniofaciais, é preciso aguardar agendamento. O Centrinho mantém no prontuário do paciente o termo de concordância de matrícula para utilização dos dados para pesquisas, além do termo de responsabilidade de internação, a fim de proteger os direitos do paciente.

No dia da avaliação inicial (ou da matrícula), o paciente precisa estar acompanhado dos pais ou responsável legal (se menor de idade), neste caso, com autorização judicial obtida no juizado de menores, com firma reconhecida. Após essa avaliação, a equipe de diagnóstico comprova a existência da anomalia a ser tratada e é efetivada a matrícula como paciente, passando então a contar com um prontuário único que o acompanhará durante todo seu tratamento.

Os prontuários dos pacientes do Centrinho são impressos e, em virtude da extensão do tratamento, algumas vezes, são volumosos. O acesso aos mesmos é

restrito aos profissionais da saúde, sendo permitido a pesquisadores mediante autorização do comitê de ética institucional. Além do prontuário, há o registro de atendimento feito no sistema.

O sistema utilizado no HRAC é o *Gandhi*. Segundo informações obtidas no Serviço de Informática Hospitalar (SIH), o *Gandhi*tem é um módulo computacional que gerencia as informações hospitalares, auxiliando os profissionais da saúde no acesso às informações do paciente. Foi desenvolvido (em linguagem de programação PROGRESS – 4GL) em parceria com uma empresa privada da cidade de Bauru, SP.

“Quando criado em 1999 sua principal função era o agendamento dos pacientes, controle de atendimento, faturamento e dados básicos para pesquisas”, informou Rosemari Frediani Motta, chefe do Serviço de Informática Hospitalar do HRAC – USP.

No Sistema *Gandhi*, temos um cadastro de todos os pacientes, suas fissuras, deficiência auditiva, cirurgias realizadas, internações, cadastro só serviço de genética clínica, ficha de classificação socioeconômica, um vasto número de arquivo fotográfico do paciente, pré e pós cirúrgico, documentação odontológica e radiológica. Não temos o prontuário inteiro digitalizado, mas muitos protocolos já estavam no *Gandhi*.

A mudança do Sistema *Gandhi* para o *Tasy* ocorreu, para que no futuro tenhamos o prontuário totalmente eletrônico. Outro motivo é que o *Gandhi* cresceu muito, ficando bastante remendado. Inicialmente, em janeiro de 2013, começou a migração do sistema, sendo que hoje já temos quase todos os módulos, que tínhamos no *Gandhi*, dentro do *Tasy*. Pretendemos aumentar ainda mais sua utilização, chegando no futuro, ao prontuário eletrônico. O acesso ao sistema está sendo disseminado, conforme os módulos estejam funcionando no *Tasy*.

Continuamos fazendo as listas de dados para o auxílio das pesquisas dos profissionais. (MOTTA, 2014, via e-mail)⁷

Existe interesse pela implantação do prontuário eletrônico no HRAC – USP, segundo Motta, no entanto, por hora, os sistemas citados, aliados ao prontuário do paciente, constituem os registros utilizados por profissionais no atendimento aos mesmos.

A fim de auxiliar as famílias e/ou responsáveis no acompanhamento, o Centrinho disponibiliza informações sobre acolhimento, oferece as primeiras informações para pacientes e acompanhantes e conta com a equipe de apoio que atua junto à recepção.

⁷MOTTA, R.F. *Sistema Gandhi e Tasy*. [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <danysp@gmail.com > em 01 out. 2014.

Em 2012, em um trabalho de mestrado da instituição, foi proposto um site com informações sobre a fissura labiopalatina a fim de orientar pais de crianças fissuradas de um mês a dez anos de idade. Segundo Rafacho (2012, p.8), trata-se de um recurso informacional que “[...] pode contribuir para a divulgação dos aspectos estéticos, funcionais e psicossociais da malformação, favorecendo pacientes, familiares e profissionais”. O manual de informação está disponível para livre acesso no endereço <<http://www.fissuralabioepalato.funcraf.org.br>> .

Para os pacientes com deficiência auditiva, o primeiro contato é junto à Divisão de Saúde Auditiva, por telefone ou e-mail. Os pacientes recebem orientações sobre a consulta e, a partir dela, outras atividades são agregadas ao tratamento, inclusive para a família, a fim de reduzir a ansiedade nos acompanhantes enquanto os filhos passam por intervenções cirúrgicas (CENTRINHO, 2014).

Para os pais que residem em outras localidades, há a orientação para procurar em sua região o auxílio para tratamento fora de domicílio, um recurso destinado por autoridades da saúde para custear a viagem até o hospital. Esse recurso foi criado pela Portaria Federal SAS n.55, de 24 de fevereiro de 1999⁸, e tem o manual disponível para consulta pública no sítio do Ministério da Saúde.

4.4 Equipe multiprofissional⁹

Dentro das equipes multiprofissionais, a informação é como uma ferramenta estratégica que favorece a tomada de decisão. É um trabalho realizado em equipes numa modalidade coletiva, que se configura na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, construindo consensos que resultam em um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2001).

Segundo Pinho (2006), os processos de formação de equipes surgiram nas décadas de 1950 e 1960, mas só na década de 1980 começaram a ocupar espaço nas organizações. Frequentemente, os médicos assumem a liderança das equipes “[...] devido a fatores culturais de gênero e poder” (PINHO, 2006, p.76).

⁸ Informações sobre a rotina do tratamento fora do domicílio é disponibilizada pelo Ministério da Saúde, em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>> Acesso em: 28 nov.2014.

⁹A exemplo de Galvão e Ricarte (2012b, p.3), adotaram-se neste trabalho como equivalentes os termos equipe de saúde, profissionais de saúde e equipes multiprofissionais de saúde, entendendo a composição multiprofissional como pressuposto da assistência em saúde.

O trabalho em equipe necessita da interação dos profissionais, trocando experiências e informações, a fim de criar um campo de produção sobre o paciente, de forma que todos possam contribuir com os conhecimentos específicos de suas áreas. Porém não são raros os problemas de relacionamentos por causa da autoafirmação para conquistas de espaço, e, quando não existe a responsabilidade coletiva, a divisão hierárquica acaba aparecendo e desintegra a equipe (PINHO, 2006).

Segundo Camelo (2011, p.735), o trabalho em equipe pode ser compreendido como uma estratégia para organização do trabalho. Para o autor, ações e saberes de diversas categorias profissionais são articulados de maneira simultânea, visando consenso e resultados em “qualidade de atenção integral às necessidades de saúde”.

Costa, Enders e Menezes (2008, p.530) também relacionam o trabalho em equipe multiprofissional à reorganização do trabalho em saúde, considerando essa forma de atuação como um pressuposto orientador para transformações. Desse modo, a interação entre os profissionais e suas ações influenciaria no processo saúde/doença da população.

De acordo com Peduzzi (2001), uma equipe pode ser caracterizada como um agrupamento de agentes, com fragmentações das ações justapostas sem objetivos comuns, mas pode também constituir-se como modalidade de trabalho coletivo configurando a relação de reciprocidade entre as múltiplas intervenções técnicas e interações de agentes de diferentes áreas profissionais.

O *Health Institute* (2012) reuniu algumas ideias que merecem ser citadas sobre o trabalho em equipe.

Tradicionalmente as decisões competem aos médicos. No entanto, com o aparecimento de novas especialidades, os médicos contam hoje com o auxílio de diversos profissionais de campos emergentes (TONETTO, 2007). Os avanços da prática psicológica estão associados à capacidade de justificar procedimentos e ações (WILD; BOWDEN; BELL, 2003). O educador físico pode transmitir a importância do exercício físico para a prevenção de doenças (CARVALHO; FONSECA; PEDROSA, 2004). O nutricionista avalia as necessidades dietéticas do indivíduo e planeja uma dieta individualizada de acordo com a realidade de cada paciente (LEITE et al, 2001). Os enfermeiros complementam o trabalho médico (SILVA, 2000), avaliam se os medicamentos estão sendo administrados de forma correta, ajudam o paciente no entendimento da implementação terapêutica, na maneira de atingir seus objetivos e de monitorar o progresso dos mesmos (LEITE et al, 2001)

Há, na literatura, materiais referentes às experiências do trabalho em equipe e aos objetivos a serem atingidos, resultando num atendimento mais humanizado e completo. É o caso de Bigatão et al. (2009, p.4), que descrevem como trabalha a equipe multiprofissional do Ambulatório de Neurocirurgia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

O trabalho em equipe multiprofissional integrada qualifica a assistência dos pacientes oncológicos. Essa inter-relação de diversos saberes profissionais na proposição das condutas terapêuticas, contando também com a efetiva participação do paciente e de seus familiares e/ou cuidadores no tratamento, é que constrói a ação integral e integrada, que abrange os aspectos físicos, psicossociais e espirituais, tendo como base o respeito ético e o respeito à dignidade humana.

Alves (2008, p.29) descreve reuniões de equipes multiprofissionais de dois hospitais, em Lisboa, como espaços de partilha, debate e reflexão dos profissionais “[...] acerca das experiências em contexto de trabalho [...]” bem como “[...] local potencial de aprendizagens, desprendendo-se um sentido formativo”.

A troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico são mencionadas por Ferreira, Varga e Silva (2009, p.1423), como possibilidades a serem obtidas com uma equipe de saúde. Conforme os autores, “[...] as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas”, e a cooperação entre os membros da equipe é instrumento para enfrentá-las e responder à exigência de ações que precisam ser construídas coletivamente.

Para os autores citados, há níveis de agrupamentos nos relacionamentos multiprofissionais na saúde por meio de diferentes interações disciplinares:

- Multidisciplinaridade: várias disciplinas com propostas simultâneas, mas sem transparecer as relações existentes entre elas.
- Pluridisciplinaridade: justaposição de várias disciplinas (geralmente no mesmo nível hierárquico) agrupadas de forma que apareça a cooperação entre elas.
- Interdisciplinaridade: disciplinas conexas e definidas em um nível superior imediato. Ou seja, embora a equipe seja composta por vários profissionais, é ao saber médico que cabe a coordenação e a tomada de decisão.
- Transdisciplinaridade: quando a equipe possui diversas formações, mas sem a necessidade de uma coordenação fixa, se ajudando reciprocamente nas dificuldades.

O trabalho em equipe e esses relacionamentos multiprofissionais são fundamentais para o atendimento humanizado nos hospitais. Dessa forma, conhecer o comportamento informacional dos profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais favorece a adequação e a disponibilização de produtos e serviços especializados, a fim de atender às necessidades do grupo e colaborar com subsídios para o atendimento integral ao paciente.

Robbins (2002) argumenta que as equipes são capazes de melhorar o desempenho dos sujeitos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiências, pelo simples fato de serem mais flexíveis e reagirem melhor às mudanças. Nesse momento, surge a diferença entre grupo e equipe.

Para Camelo (2011), o grupo é aquele cujo processo de interação é usado para compartilhar informações e para tomadas de decisão com o objetivo de ajudar cada membro dentro de sua área de atuação. Já a equipe de saúde, embora tenha todos os elementos, tem algumas especificidades referentes à condição de convivência com outras especialidades. Definição contrária tem Drinka (2000), que considera a equipe multidisciplinar de atenção à saúde como um grupo com diversas formações, trabalhando juntos e colaborando mutuamente.

Independentemente de serem chamadas de grupos ou equipes, é essa integração na saúde que se torna necessária para o atendimento e o cuidado do paciente, considerando suas necessidades como um todo (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

Segundo Macedo (2007, p.38),

Vemos que os projetos de humanização tendem a sensibilizar os profissionais para uma mudança de atitude, mas também são exigentes quanto a sua forma de organização e estruturação, com a adoção de protocolos e métodos de trabalho que tendem a ser controlistas e, portanto, também tendem a gerar resistência. Neste sentido vemos a importância da constituição e manutenção de espaços estimulados pelos gestores, com o objetivo de se realizar constante “diálise dos processos de trabalho”, pois a geração de conflitos é permanente e há necessidade de se criar mecanismos para abordagem dos mesmos. Esse enfrentamento permanente das dificuldades e problemas do cotidiano parece ser a força motriz para a produção de cuidados em saúde. Ou seja, o auto cuidado e o cuidado com os outros acontecendo permanentemente e incessantemente.

No caso do HRAC – USP, sendo um hospital que atende pessoas com malformações complexas e muitas vezes associadas, Rafacho (2012, p.33) salienta

que a equipe é composta por “[...] médicos, geneticistas, cirurgiões dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas”, dentre outras especialidades, e que sua atuação considera a complexidade e os fatores estéticos, funcionais e psicossociais envolvidos. Ou seja, é uma forma de trabalho que favorece a discussão sobre as condutas, ao mesmo tempo em que estas podem se somar para um melhor resultado no processo de reabilitação.

Num hospital de especialidades como o Centrinho, a assistência multiprofissional é necessária em virtude da anomalia congênita, que requer tratamento diversificado. Diante disso, é possível caracterizar duas equipes atuantes, para fins de estudo: equipe de atendimento e equipe de apoio.

Contextualizando, a equipe de atendimento do Centrinho é formada por profissionais da área de medicina (anestesiologista, cirurgia plástica, genética, clínica geral, otorrinolaringologia, pediatria e UTI); odontologia (Cirurgia buco-maxilo-facial, dentística, endodontia, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese e radiologia); enfermagem (ambulatório, central de materiais e esterilização, centro cirúrgico e internação); fonoaudiologia (divisão de saúde auditiva, CEDAU, CPA, fissura/síndromes e prótese de palato). A equipe de apoio é formada por profissionais da fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia, pedagogia/recreação e serviço social. Além das equipes complementares de diagnóstico e do grupo de pesquisa institucional (CENTRINHO, 2014).

Moraes (2012) também afirma que o paciente com fissura precisa de atendimentos específicos, por isso as equipes multiprofissionais e interdisciplinares são importantes, para abordar aspectos não só funcionais, mas também de estética e social. A autora descreve o atendimento inicial de um paciente recém-chegado no Hospital Centrinho, demonstrando o trabalho das equipes.

A avaliação inicial é realizada por uma equipe composta por um cirurgião plástico, um odontólogo e um fonoaudiólogo para diagnosticar o tipo de fissura. Durante esse atendimento em equipe, os pais são informados sobre a abordagem terapêutica a ser seguida e, depois, recebem orientação de outras áreas, tais como: pediatria, clínica geral, enfermagem, serviço social, nutrição (menores de dois anos), otorrinolaringologista (acima de quatro anos), genética. Quando indicado pelos profissionais, o paciente é atendido também nas áreas de cardiologia, neurologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia. [...]

Entre avaliações, cirurgias e hospitalizações, um tratamento de fissura pode durar em média 20 anos. As equipes acompanham o paciente e a família, trabalhando

integrados com o objetivo de proporcionar o melhor tratamento (SOUZA-FREITAS, 2006; MORAES, 2012).

A equipe médica do HRAC - USP está presente nas seguintes seções: Divisão de Sindromologia; Seção Genética Clínica e Biologia Molecular; Seção de Anestesiologia; Seção de Cirurgia Craniofacial e Cirurgia Plástica; Clínica Geral, Seção de Otorrinolaringologia; Pediatria e Serviços Médicos. Os médicos atuam junto a outros profissionais compondo a equipe multiprofissional do hospital.

Dentre as justificativas sobre a importância da atuação de uma equipe junto ao portador de fissura labiopalatina, Miguel (2014, não paginado) descreve que ações mal conduzidas sobre as anomalias “[...] podem trazer na sua evolução alterações na alimentação, audição, fala, oclusão dentária e estética da face”. Trabalhando juntos, os profissionais da equipe podem “proporcionar o aproveitamento de todas as potencialidades do paciente possibilitando o alcance do desejado sucesso terapêutico”.

Também no HRAC – USP, os procedimentos realizados no setor de fonoaudiologia vão desde o trabalho com a equipe de Casos Novos, cujo enfoque é orientação a pais e gestantes, até o diagnóstico e a fonoterapia. De acordo com Miguel (2014, não paginado), o objetivo do trabalho do fonoaudiólogo é eliminar as alterações compensatórias da fala e a “sistematização de padrões corretos para o uso na fala espontânea, favorecendo a adequação da função velofaríngea e eliminação da hipernasalidade”.

Para Pimentel (2014), no HRAC – USP, o psicólogo atua junto às equipes multiprofissionais e contribui para o estabelecimento de condutas [...] e avaliando o paciente em seus aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, assim fornecendo subsídios para o planejamento e a condução do tratamento. Dessa forma, o atendimento ambulatorial concentra-se na prevenção e detecção de distúrbios emocionais e psicológicos, apoiando tratamentos específicos e preparando o paciente para procedimentos mais invasivos. Quanto às internações, integra o paciente à rotina hospitalar e trabalha sentimentos como angústia e ansiedade, que envolvem os processos de internação e cirurgia. O psicólogo também atua no esclarecimento, orientação, motivação e apoio aos pais e acompanhantes, oferecendo suporte durante todo o tratamento.

Na equipe multiprofissional do Centrinho, o Serviço Social tem a responsabilidade de trabalhar a questão social do sujeito e as experiências que ele vivencia e que possam interferir no início e andamento do processo de reabilitação.

Segundo Sposito et al. (2014), a equipe está ligada ao apoio hospitalar e compreende três seções técnicas: no ambulatório, na internação e projetos comunitários.

Há, ainda, os programas em parceria com recursos governamentais, institucionais e municipais, como: a Mobilização do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura o benefício ao paciente em ter um acompanhante durante o tratamento (incluindo passagens e ajuda de custo); e a Assistência social integrada HRAC e Associações de Pais e Portadores de Fissura Labiopalatais (PROFIS), visando desenvolver programas integrados e viabilizando a continuidade do tratamento. Seus programas de ensino e pesquisa colaboram na formação de recursos humanos, capacitando profissionais e alunos do Serviço Social para atuar no campo da saúde e da reabilitação, participando também nas pesquisas interdisciplinares e contribuindo com outros pesquisadores (SPOSITO, et al., 2014).

O Serviço de Enfermagem é outra equipe que trabalha integrada e inserida em todas as seções (Internação, semi-intensiva e intensiva, ambulatório, centro cirúrgico e central de material e esterilização) do HRAC – USP.

Segundo Mondini et al. (2014), o atendimento sistematizado de enfermagem abrange desde a gestante (transmitindo orientações que visam à estimulação do vínculo materno-infantil, incentivo ao aleitamento materno e futuros cuidados com o bebê), até o acompanhamento do paciente já adulto. Durante a internação, os acompanhantes (sejam pais ou responsáveis) fazem parte do Programa Mãe-participante, que capacita cuidadores para a manutenção dos cuidados após a alta hospitalar. Inicialmente instituído para a faixa etária do zero aos 4 anos, a preocupação com pacientes com idade entre 4 e 18 anos fez ampliar a permanência do cuidador, buscando minimizar os efeitos negativos da internação, colaborando com a recuperação cirúrgica e promovendo o autocuidado.

Há, ainda, a equipe de atendimento na área de Odontologia, organizada de acordo com as especialidades. Segundo Gomide (2014), o processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas deve ser iniciado já na primeira consulta do paciente, pois é preciso entender que a saúde dos dentes e dos tecidos de suporte (gengivas e osso alveolar) são de extrema importância em virtude da estreita relação que a fissura tem

com os dentes. Por esse motivo, o acompanhamento deve ser feito antes mesmo do nascimento dos dentes, e o cirurgião dentista atua na prevenção, obtenção e manutenção da saúde bucal do paciente. Posteriormente, seguem atuando com o paciente a Odontopediatria, a Dentística, a Periodontia, a Endodontia, a Prótese e a Ortodontia, esta de grande importância para o reposicionamento dos dentes, que ficam comprometidos por causa da fissura.

Ainda para contextualizar o HRAC – USP, no próximo tópico, serão apresentadas as Seções de Documentação e Informação, Apoio à Pesquisa e referência Especializada em Malformações Congênitas Craniofaciais. Juntas, elas constituem o Centro de Documentação Científica e Informação do HRAC – USP, cuja missão é apoiar as atividades clínicas de ensino, pesquisa e extensão, oferecendo suporte informacional necessário para um sistema modelo de prestação de serviços, proporcionando um atendimento diferenciado e especializado.

4.5 Serviço de Documentação e Informação

Em 1978, a fim de disponibilizar informações técnico-científicas na área de malformações craniofaciais, o Serviço de Documentação e Informação (anteriormente sem este nome), a bibliotecária Ana A. Gomes Grigolli¹⁰ iniciou a organização e o tratamento técnico de um acervo especializado para o hospital, localizado no anfiteatro do HRAC – USP, onde se manteve até 1983. Em paralelo a esse acervo, nasceu também a hemeroteca e a fototeca, num trabalho retrospectivo, desde o início da fundação do hospital.

Com o crescimento do acervo, a então biblioteca foi transferida em 1988 e adquiriu um espaço maior. Esse acervo formou a Unidade de Ensino e Pesquisa (UEP, como é conhecida), tornando-se um polo que gera controle e dissemina a informação para a comunidade não só do campus, mas de forma geral. Em 2005, a UEP foi incorporada ao Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão, que atualmente se divide em duas seções: a seção de Documentação e Informação e a Seção de apoio à pesquisa. A equipe de trabalho é formada por duas bibliotecárias (uma responsável

¹⁰ Autora do Memorial UEP: Trajetória histórica: 1978-2003. 2.d. Bauru, SP. 2v. (Ainda não publicado)

pelo Centro de Documentação na parte técnica e outra atuando no Núcleo da Telessaúde), além de técnicos, auxiliares de documentação e informação e auxiliares administrativos, com expediente de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Na Seção de Informação e Documentação funciona anexo o Núcleo de Telessaúde, onde a Rede Universitária de Telemedicina - RUTE¹¹ foi implantada.

Como o HRAC atende pacientes provenientes de mais de três mil municípios brasileiros, as teleparcerias são essenciais para a continuidade do tratamento, particularmente no que se refere aos serviços de atenção básica que devem ser oferecidos na cidade de procedência do paciente, com maior impacto em sua qualidade de vida sempre que envolvem a integração e a valorização dos profissionais locais envolvidos nos cuidados em saúde da criança com anomalias. Várias áreas do HRAC estão aderindo à proposta de telessaúde, buscando oferecer serviços (tele assistência) e estabelecer teleparcerias com equipes de profissionais no Brasil (DUTKA, 2013) e no exterior (SEMB, 2013). A partir das teleparcerias e das vivências em teleassistência, várias ações estão sendo implementadas contemplando a iniciativa do SUS de promover teleconsulta síncrona e assíncrona e também segunda opinião formativa. (DUTKA et al, 2014, p. 96-97)

O Centro teve duas aprovações da FAPESP: uma destinada à aquisição de livros nacionais e internacionais e outra para aquisição de computadores. O acervo do Centro é composto por livros, trabalhos acadêmicos (trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses), periódicos impressos e on-line, folhetos, relatórios, separatas, material audiovisual e a documentação dos pacientes como radiografias, moldes dentários (que passarão pelo processo de digitalização 3D), slides de acompanhamento do tratamento dos pacientes entre outros documentos com acesso restrito permitido mediante liberação do comitê de ética local. O Centro disponibiliza uma área física de 466.28 m², com ambiente climatizado, dividido em salas: administrativa, tratamento técnico da informação, fotocópia, atendimento ao usuário (circulação do acervo), atendimento especializado, referência e informação, apoio à publicação científica, apoio ao projeto de pesquisa e convênios, além de sala de estudo individual, sala de leitura central e laboratório de informática, como o próprio guia de usuário informa.

O acervo do HRAC – USP é integrado ao acervo da FOB (Faculdade de Odontologia da USP) desde 1987, ficando apenas com a parte mais especializada

¹¹ A RUTE é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia. A adesão à rede proporciona a prática da telessaúde na instituição, favorecendo o compartilhamento do conhecimento especializado e a otimização de programas que envolvam teleparcerias, teleassistência e teleducação (DUTKA et al, 2014).

disponível no Centro. Os acervos também estão disponíveis online para consulta pelo banco de dados bibliográficos DEDALUS (www.usp.br/sibi).

Pelo DEDALUS, é possível acessar bases nacionais e internacionais, como: Bibliografia brasileira de Odontologia, *Cochrane BVS*, *Dentistry & Oral Sciences Sources*, *EBM*, *Embase*, *Eric*, *Food Science & Technology Abstracts*, *ISI web of knowledge*, *Lilacs*, *Medline*, *Omin*, *Ovid*, *Web of Science*, entre outras. Há também acesso à base institucional: *Thotline*, *Delfos* e *Dafneé*, e às bases textuais, como a Sibinet (revistas eletrônicas, livros eletrônicos e biblioteca digital de teses e dissertações), além do *Scielo* e *Pubmed Central*.

O acervo do Projeto Biblioteca Viva também fica localizado no Centro de documentação. O projeto faz parte do Serviço de Educação e Recreação do HRAC – USP e é destinado aos pacientes e familiares. São obras de literatura geral, oferecidas aos interessados como forma de incentivar a leitura e proporcionar diversão. Essas atividades são realizadas em todas as dependências do hospital por profissionais e alunos voluntários.

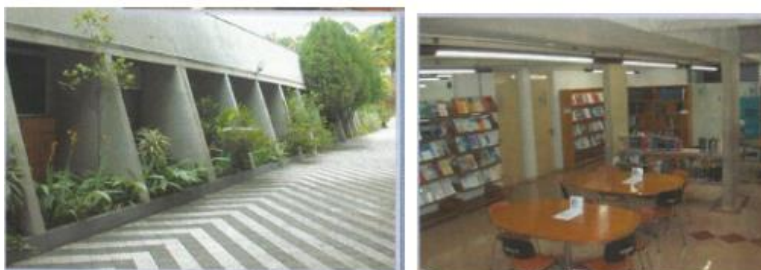
No serviço de referência e informação – além dos serviços de circulação, visita orientada, pesquisa bibliográfica e normalização de trabalhos científicos, capacitação de usuários para acesso e uso das fontes de informação em saúde, comutação bibliográfica, empréstimo entre bibliotecas –, há assistência aos usuários do HRAC – USP e de instituições congêneres, na busca por informações sobre malformações craniofaciais, síndromes relacionadas e/ou distúrbios da audição, por meio do Serviço de Referência Virtual. Alertas eletrônicos informam sobre sumários eletrônicos, e as recentes aquisições incorporadas ao acervo divulgam de eventos científicos HRAC – USP e notícias de órgãos fomentadores.

Como apoio à publicação científica, o Centro oferece orientação ao profissional com a verificação de revistas indexadas, descritores, normalização técnica de acordo com as normas da revista selecionada, formatação e submissão dos trabalhos. Há, ainda, divulgação da produção científica (suporte online ou impresso) e o cadastramento dela na base *Thotline* e no banco de dados DEDALUS.

Além dos serviços listados, temos a atividade de inscrever e alimentar o perfil de profissionais HRAC com sua produção, no Sistema de Identificação Única de Pesquisadores (*ResearcherID / Orcid*) e a cooperação técnica que está na fase de implantação, onde a Bibliotecária orientará os pesquisadores no uso do Portal Saúde Baseada em Evidências, capacitando e incentivando seu uso, que favorecerá uma prática clínica com mais qualidade e segurança, auxiliando nas decisões clínicas pois facilita a obtenção de informações no local onde

se oferece a assistência médica , e reduzindo a incerteza na tomada de decisão em Saúde. (GILLIO, 2014, via e-mail)¹².

Figura 13 – Fachada externa e interior do Centro de Documentação e Informação



Fonte: Guia do usuário (2013)

4.6 Serviço de Apoio à Pesquisa

A Seção de Apoio à Pesquisa é responsável pelo apoio, auxílio e incentivo às atividades de pesquisas, que reflete nos índices de produtividade da instituição diante da comunidade científica. Assim, incentiva o ensino, a pesquisa e atuação dos pesquisadores diante dos processos da sociedade por meio dos programas institucionais, promovendo e gerando novos conhecimentos.

Além disso, a seção apoia, secretaria e executa trabalhos administrativos para a Comissão de Pesquisa (CPq) e para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP).

A Comissão de Pesquisa foi implantada em 2001 e, além de estimular a pesquisa no hospital, oferece uma infraestrutura para trabalhos interdisciplinares entre pesquisadores da instituição e externos, favorecendo a comunicação entre os grupos de pesquisa , estimulando a promoção de eventos e atividades técnico-científicas, contribuindo para programas de pós-doutoramento, auxiliando a superintendência em novos convênios relativos à pesquisa e coordenando programas institucionais.

O Comitê de Ética, cuja secretaria é mantida na Seção de Apoio à Pesquisa, foi implantado em 1997. De acordo com o item VII. 1 da Resolução nº 196/96, do

¹²GILLIO, D.A.G. Questionário [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <danysp@gmail.com > em 30 set. 2014.

Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 16/10/96), “é um Colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (informação de acordo com o Guia do Usuário disponível na instituição).

Para auxiliar os processos de submissão de projetos ao comitê, a seção mantém um blog informativo(<http://scapesq.blogspot.com.br/>) com dicas, modelos, cronogramas e demais informações para os interessados em pesquisa, sejam internos e externos à instituição.

A seção também oferece assistência na utilização de ferramentas de estatística descritiva e inferencial para auxílio na análise e interpretação dos dados nas pesquisas científicas aos pesquisadores e comunidade do hospital.

O Centro é, portanto, um serviço de apoio aos profissionais, alunos e usuários do HRAC – USP, com atividades e acervos especializados. A diversificação de documentos que compõem o acervo contribui para o acompanhamento evolutivo dos pacientes e para a consulta dos profissionais, quando necessário.

No próximo capítulo será descrita a metodologia utilizada neste trabalho e, posteriormente, serão apresentados os resultados e a discussão.

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA

Esta pesquisa tem caráter exploratório – uma vez que se propõe a estudar e analisar aspectos particulares de determinado grupo – e qualitativo, no que diz respeito às descrições do ambiente e do contexto no qual se insere (GIL, 1999).

Trata-se de um estudo de caso, que, segundo Ludke e André (1988, p.17), “[...] é bem delimitado, com seus contornos definidos, podendo ser similar a outros, sendo ao mesmo tempo distinto com interesse próprio.” Como características, o estudo de caso visa à descoberta, enfatiza a interpretação no contexto em que se situa, busca retratar a realidade de forma mais completa e profunda, utilizando para isso uma grande variedade de fontes de informação, permitindo relatar experiências e fazer generalizações naturalistas. Os estudos de caso também representam diferentes pontos de vista sob diferentes perspectivas, utilizando uma linguagem mais acessível do que outros relatórios de pesquisa.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Hospital De Reabilitação De Anomalias Craniofaciais, que é vinculado à Universidade de São Paulo USP - campus de Bauru, SP, já descrito no capítulo anterior.

Para elaboração do referencial teórico da pesquisa, foi realizado um levantamento bibliográfico e análise do material encontrado. Nessa etapa, buscaram-se publicações científicas nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2014. Eventualmente, algumas referências da década de 1990 também foram incluídas por causa da sua importância na argumentação dos fatos.

Para a construção teórica, foram feitos levantamentos bibliográficos em fontes primárias e secundárias, bases e bancos de dados nacionais e internacionais e ferramentas de busca, entre eles: Periódicos Capes, IBICT, *Scielo*, Bireme, Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações, *Lisa*, *Web of Science*, *Scopus*, *EBSCO*, *Lumen*– PUC, *BVS*, *World Cat*, *Embase*, *Medline/Pubmed*, *Lilacs*, *Instituto de investigaciones bibliotecologicas y de La informacionón*, *Centro universitário de investigaciones bibliotecologicas*, *Journal of american society for informatiion science*, *NLM*, *OVID*, *Elsevier Science*, *Google*, Biblioteca de Saúde Pública (FIOCRUZ), Bibliotecas temáticas – Prossiga, Digitalia, Biblioteca virtual do Ministério da Saúde, além de catálogos de instituições de ensino superior (Athena - UNESP, Dédalus - USP, Acervus - UNICAMP, da UFSCar, e demais instituições públicas do país).

Como termos de busca, foram escolhidos: *informationbehavior*, *informationbehaviour*, *informationneed*, *informationseeking*, *informationhealth*, *teamwork*, *teamworking*, *necesidad de información*, *necesidad y comportamiento informativo*, *información sobre lasalud*, *equipo multidisciplinario*, comportamento informacional, necessidade de informação, uso de informação, equipe multidisciplinar, equipe interdisciplinar, equipe multiprofissional, informação em saúde, aplicando-se dos operadores *booleanos* e truncamentos. Utilizaram-se também os termos aliados aos profissionais que atendem no Centrinho, médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos.

5.1 Coleta de dados

Segundo Ludke e André (1988) [...], nunca será possível explorar todos os ângulos de fenômeno num tempo razoavelmente limitado. A seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte são fundamentais para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar a uma compreensão mais completa da situação estudada.

Assim, a coleta de dados junto aos profissionais de saúde correspondeu à segunda parte do trabalho, na qual se optou pelo questionário por estimular respostas francas, em virtude da garantia do anonimato, além de contribuir para a eliminação de desvios e distorções, tendo seu formato fixo, evitando também as variações no processo de questionamento. Além disso, contribui para a coleta de dados em um período relativamente curto de tempo (VERGARA, 1997).

O questionário (apêndice A) foi elaborado com base em pesquisas da área, considerando os modelos até então estudados e visando atender aos objetivos da pesquisa, cujo foco foi o comportamento informacional dos profissionais da saúde atuantes em equipes multiprofissionais num hospital especializado. Dez perguntas foram formuladas, sendo oito questões de múltipla escolha e duas dissertativas, divididas em duas partes: na primeira (perguntas de um a cinco, de múltipla escolha), buscou-se a caracterização do sujeito com questões referentes ao gênero, faixa etária, formação e tempo de atuação dos participantes; na segunda parte, com as duas questões dissertativas e três questões de múltipla escolha, objetivou-se levantar

informações sobre a atuação profissional e a necessidade informacional dos profissionais em atendimento.

Visando garantir a fidedignidade, a validade, clareza e acessibilidade dos dados, foi realizado um pré-teste para identificação da necessidade de possíveis ajustes, aprimorando o instrumento selecionado para a coleta de dados com os profissionais. O questionário foi aplicado a dez participantes voluntários, sendo esses excluídos da amostra definitiva, posteriormente.

Após a aplicação do teste piloto e feitas as alterações necessárias, submeteu-se o projeto à Plataforma Brasil para envio de documentos, informações e cadastramento sobre o estudo, a fim de ser julgado pelo comitê de ética do HRAC – USP. Obtendo a autorização por meio do Parecer nº 741.365/2014, iniciaram-se os trabalhos de coleta de dados.

Como critério para seleção dos sujeitos, estabeleceram-se os profissionais que comporiam a equipe de atendimento aos pacientes com fissura labiopalatina do HRAC – USP, delimitando-se às áreas de medicina, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, serviço social e psicologia.

Todos os sujeitos da pesquisa foram contatados inicialmente por e-mail para apresentação do trabalho e convite para participação. O e-mail foi encaminhado pela coordenadora do hospital a toda equipe de atendimento da fissura, responsável pelo primeiro atendimento ao paciente com fissura labiopalatina. O TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – APENDICEB) foi anexado ao e-mail para fins de apresentação e esclarecimentos sobre a coleta e o questionário incorporado ao corpo do e-mail.

Os profissionais que não responderam ao primeiro contato receberam o segundo e o terceiro e-mail, na tentativa de conseguir o maior número de resultados. Diante da necessidade, quando o endereço eletrônico era inexistente ou incorreto, foi realizado contato pessoal com os profissionais, com a ajuda de duas alunas do doutorado no HRAC – USP. Com o questionário e o TCLE em mãos, os profissionais foram abordados e convidados a participar da pesquisa. Enquanto alguns respondiam de imediato, outros ficavam com o material para ser entregue depois. Finalmente, obteve-se o retorno de 56 sujeitos dos 6 grupos de profissionais envolvidos, representando 32,94% do universo de 170 sujeitos da equipe.

A fim de identificar e contextualizar os serviços informacionais oferecidos na instituição, realizou-se uma visita técnica ao Centro de Documentação, para conhecer

os produtos e serviços que a comunidade interna pode usufruir em termos de informação. Mediante o agendamento da visita com as bibliotecárias, buscaram-se subsídios para caracterizar o ambiente informacional disponível para os profissionais da saúde que atuam no hospital.

5.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Para conhecer o universo de pesquisa, identificou-se, em janeiro de 2014, que 196 profissionais compunham a equipe que realizava os atendimentos no Centrinho. Verificaram-se os maiores contingentes de profissionais nas carreiras de médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, seguidos de assistentes sociais e psicólogos (estes considerados como equipe de apoio). Assim, a coleta de dados foi delimitada para esse grupo de 170 profissionais.

As categorias foram estabelecidas de acordo com os seis grupos de profissionais para melhor apresentar e discutir os dados no trabalho. A Tabela 1 apresenta essas informações, bem como os sujeitos da pesquisa, ou seja, aqueles que aceitaram participar e contribuir voluntariamente com o trabalho.

Tabela1 – Categorias profissionais dos sujeitos da pesquisa

CATEGORIAS	QUANTIDADE TOTAL DE PROFISSIONAIS	RESPOSTAS	% (SOBRE O TOTAL DE PROFISSIONAIS)
MEDICO	54	7	12,96
CIRURGIÃO DENTISTA	44	11	25,00
ENFERMEIRO	28	13	46,43
FONOAUDIOLOGO	17	9	52,94
ASSISTENTE SOCIAL	16	6	37,50
PSICOLOGO	11	10	90,91
Total	170	56	32,94

Nesta Tabela, constata-se a participação de 56 profissionais dos 6 grupos envolvidos, representando 32,94% do universo constituído pela equipe dessas áreas que atendiam aos casos com fissura labiopalatina. Tais sujeitos corresponderam, no mínimo, a 12,96% de representantes na área médica e, no máximo, a 90,91% de representantes da área de psicologia. Eram 7 homens e 49 mulheres, com idade variável entre 31 e 60 anos.

O predomínio do gênero feminino nas equipes de trabalho do HRAC – USP comprova a expansão da participação feminina nos setores da saúde, mostrando “a

ampliação do leque profissional das mulheres nos últimos 40 anos, de forma inquestionável e contínua, que se deve, entre outras razões, ao aumento da sua escolaridade e à diversificação das suas escolhas educacionais”, segundo Amado (2013). Machado et al. (2006, p.11) comentam que “no setor da saúde a participação feminina chega a quase 70% do total, sendo 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior e chegando a 74% dos profissionais de nível médio e elementar.”

Sobre a titulação, analisando o nível de pós-graduação informado pelos profissionais envolvidos, há um total de 21 especialistas, 8 mestres e 27 doutores. Esse perfil dos sujeitos da pesquisa permite verificar que todos eles possuíam formação superior à graduação, a maioria com especialização e doutorado. Em geral, são cursos de pós-graduação que levam o profissional à busca de informações, em bibliotecas ou internet, em bases físicas ou digitais, para a realização dos trabalhos solicitados. Não se questionou a origem dessa capacitação, ou seja, se foram estudos desenvolvidos no próprio hospital ou não, mas, em virtude dos programas de pós-graduação que o hospital oferece, acredita-se que sejam eles os responsáveis pela maioria ou, até, por toda essa formação.

Notou-se também que as extremidades demonstradas na formação profissional (maioria são especialistas ou doutores) identificam que o profissional do Centrinho investe na formação continuada, o que pode estar também relacionado a planos internos de incentivo ao crescimento profissional.

Tabela 2 – Sujeitos da pesquisa de acordo com as categorias profissionais e o tempo de atuação no HRAC - USP

CATEGORIAS	MENOS DE 5 ANOS DE ATUAÇÃO	DE 6 A 10 ANOS DE ATUAÇÃO	MAIS DE 11 ANOS DE ATUAÇÃO	(%) PROFISSIONAIS QUE RESPONDERAM
MEDICO	3 (5,36)	0	4 (7,14)	7 (12,50)
CIRURGIÃO	3 (5,36)	0	8 (14,29)	11 (19,64)
DENTISTA				
ENFERMEIRO	3 (5,36)	1 (1,79)	9 (16,07)	13 (23,21)
FONOAUDIOLOGO	1 (1,79)	3 (5,36)	5 (8,93)	9 (16,07)
ASSISTENTE SOCIAL	1 (1,79)	1 (1,79)	4 (7,14)	6 (10,71)
PSICOLOGO	1 (1,79)	0	9 (16,07)	10 (17,86)
Total	12 (21,43)	5 (8,93)	39 (69,64)	56 (100,00)

O tempo de atuação no hospital variou entre menos de 5 anos (21,43%) e mais de 11 anos (69,64%). Recentemente, no ano de 2013, o quadro do hospital foi

preenchido mediante concurso público para diversos cargos (Assistente Social, Cirurgião Dentista, Médico, entre outros), o que proporcionou novas contratações e justifica o número de profissionais em atuação com menos de cinco anos. Por outro lado, a tendência que se observa é que seus profissionais se mantêm por muitos anos, já que 70% deles estão no HRAC - USP há mais de 11 anos.

5.3 Análise dos resultados

As respostas às questões de múltipla escolha foram digitadas em planilhas e tabuladas, utilizando-se métodos descritivos absolutos e relativos. Com as questões dissertativas, foram realizadas leituras exploratórias das respostas, para identificação de temas comuns. Dessa forma, os dados foram agrupados e organizados em tabelas, quando possível, para apresentação e discussão conforme a literatura encontrada.

Visando à preservação e o respeito da identidade dos participantes da pesquisa, nas indicações de resposta, os nomes dos profissionais foram codificados pela letra inicial da área. Sendo assim, quando o profissional for médico, será mencionado como M, cirurgião dentista CD, assistente social AS, enfermeiro EF, psicólogo PS e fonoaudiólogo FO, aparente em alguns momentos no texto.

A análise foi contextualizada e interpretada de acordo com os objetivos propostos e o resultado será apresentado no próximo capítulo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na segunda parte do questionário (Questões de 6 a 10), foi abordado o comportamento de busca informacional. Os sujeitos foram questionados sobre a suficiência (ou não) das informações dos prontuários para a realização dos atendimentos (Questão 6). Quarenta e oito profissionais (85,71%) afirmaram que as informações são suficientes, enquanto 8 apontaram o contrário, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 3 – Opinião sobre a suficiência das informações dos prontuários de pacientes, segundo as categorias profissionais (=56)

CATEGORIAS	SIM %	NÃO %
MEDICO	6 (10,71)	1 (1,79)
CIRURGIÃO DENTISTA	9 (16,07)	2 (3,57)
ENFERMEIRO	12 (21,43)	1 (1,79)
FONOAUDIOLOGO	8 (14,29)	1 (1,79)
ASSISTENTE SOCIAL	4 (7,14)	2 (3,57)
PSICOLOGO	9 (16,07)	1 (1,79)
Total	48 (85,71)	8 (14,29)

De acordo com as respostas, a maioria dos sujeitos da pesquisa (85,71%) considera que o prontuário traz informações suficientes para a realização dos atendimentos. Oito profissionais (14,29%), que não consideram as informações dos prontuários suficientes, fizeram críticas sobre a ausência de informação (ou de informação incompleta) e dificuldades no entendimento das anotações, o que será discutido posteriormente.

Embora a questão fosse múltipla escolha, os quatro assistentes sociais e os nove psicólogos, que optaram pela resposta “sim”, fizeram apontamentos na frente da mesma questão no questionário aplicado, argumentando quanto à necessidade de complementação das informações do prontuário, consultando também outras fontes de pesquisa e sugerindo melhor detalhamento sobre a evolução e o acompanhamento dos pacientes nos prontuários. Fato característico em algumas áreas, como, por exemplo, na Psicologia e no Serviço Social, é possível que tais profissionais necessitem de informações que vão além do prontuário, por estarem relacionadas aos aspectos de personalidade e comportamentais do paciente a ser atendido, bem como

de sua família e do contexto em que vive. Por isso esses profissionais acabam precisando de informações além daquelas que constam nos prontuários, sendo comum buscarem informações complementares em outras fontes, seja em sites, bases ou até com o paciente, para conduzir o atendimento, o que torna o paciente também uma fonte de informação.

O mesmo não ocorre com as áreas médica, odontológica, enfermagem e fonoaudiologia, que podem necessitar de mais informações relacionadas ao diagnóstico e condições físico-funcionais de reabilitação, as quais poderiam constar dos prontuários. Esses dados concordam com as afirmações de Osheroff et al. (1991) e Galvão e Ricarte (2012b), ao sugerirem que o prontuário pode ser fonte das informações necessárias aos médicos.

Utilizando-se da técnica de incidente crítico, propôs-se que os profissionais descrevessem uma situação de atendimento na qual se deparassem com alguma necessidade de informação e qual foi o procedimento adotado (Questão 7). Quatro profissionais não responderam à questão completamente e apenas dez (três cirurgiões dentistas, um enfermeiro, três fonoaudiólogas e três psicólogas) descreveram as situações que geraram dúvidas e como procederam. Os demais profissionais relataram a fonte de informação que utilizaram para a busca durante o atendimento, conforme a tabela seguinte demonstra.

Tabela 4 – Fontes de informação consultadas no atendimento segundo as categorias profissionais

CATEGORIAS	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E/OU COLEGAS	PRONTUARIOS	NAO RESPONDEU	OUTROS	TOTAL
MEDICO	5 (8,93)	0	2 (3,57)	0	7 (12,50)
CIRURGIÃO DENTISTA	6 (10,71)	5 (8,93)	0	0	11(19,64)
ENFERMEIRO	4 (7,14)	5 (8,93)	1 (1,79)	3 (5,36)	13(23,21)
FONOAUDIOLOGO	8 (14,29)	0	0	1 (1,79)	9 (16,07)
ASSISTENTE SOCIAL	5 (8,93)	1 (1,79)	0	0	6 (10,21)
PSICOLOGO	7 (12,50)	1 (1,79)	1 (1,79)	1 (1,79)	10(17,86)
Total	35 (62,50)	12 (21,43)	4 (7,14)	5 (8,93)	56(100,00)

De acordo com as opções apontadas pelos profissionais, a mais frequente foi a consulta à equipe multiprofissional e/ou colegas de profissão, com 35 ocorrências (62,50%). Os prontuários aparecem em segundo lugar, com 12 ocorrências (21,43%).

Quatro profissionais (7,14%) não identificaram nenhuma fonte de preferência e cinco profissionais (8,93%) citaram outras a escolha de outras fontes. Tais resultados mostram a similaridade dos resultados coletados com a revisão bibliográfica realizada.

Para Cunha (2001, p.8), fontes de informação podem abranger diversos materiais. Dessa forma, pode-se considerar como fontes de informação tudo aquilo que gera ou veicula informação “[...] descrita como qualquer meio que responda a uma necessidade de informação por parte de quem necessita, incluindo produtos e serviços de informação, pessoas ou rede de pessoas, programas de computador, meios digitais, *sítes* e portais”.

Segundo Figueiredo (1994), é a acessibilidade, a familiaridade e a facilidade de uso que determinam a escolha da fonte de informação. Dessa forma, os médicos participantes desta pesquisa manifestaram preferência pelos colegas de profissão e/ou equipe multiprofissional (8,93%), assim como os cirurgiões dentistas (10,71%), os fonoaudiólogos (14,29%), os assistentes sociais (8,93%) e os psicólogos (12,50%). Tal conduta pode estar relacionada às características da clientela atendida e ao modo de atuação do hospital, cuja equipe foi desenvolvendo seus próprios protocolos. O trabalho especializado e interdisciplinar no processo de reabilitação das anomalias craniofaciais requer conhecimento técnico e experiência na aplicação das estratégias, compreensão sobre o contexto no qual o paciente e sua família estão inseridos, bem como sobre suas expectativas. Observa-se que na área da saúde, principalmente entre equipes, a questão do compartilhamento de informações é comum e necessária para o andamento dos atendimentos e decisões de condutas diante dos tratamentos.

A consulta a colegas de profissão ou equipes multiprofissionais foi também a fonte de pesquisa mais apontada nos estudos de França (2002), Ajayi (2005), Martinez-Silveira (2005), Davies (2007), Al-Dousari (2009), Silva (2010), Cullen, Clark e Esson (2011), Nwezeh, Shabi e Shabi (2011), Gillman (2011), O’Leary e Ni Mhaolrúnaigh (2011), Sigolo (2012).

Em algumas respostas deste trabalho, os profissionais apontaram um misto de consultas, a fim de satisfazer suas necessidades de informação.

“Pelo agendamento vi que atenderia um caso difícil, li artigos científicos sobre as condutas indicadas, li um capítulo de um livro sobre a síndrome e conversei com um médico e uma fono da equipe multi” (FO6)

“Atendi uma criança com problema renal e que precisava de antibiótico, mas não tinha informação sobre a conduta anterior, fiz a busca no Google Scholar

e confirmei a informação encontrada com o médico intensivista de plantão no hospital “(CD4)

Como segunda fonte de informação mais consultada surgem os prontuários, escolhidos por cirurgiões dentistas (8,93%), enfermeiros (8,93%), assistentes sociais e psicólogos (ambos com 1,79%). Esse tipo de fonte não foi indicado pelos médicos e fonoaudiólogos, que na questão número seis (sobre a suficiência ou não das informações nos prontuários) já haviam apontando o prontuário como uma fonte de pesquisa durante as consultas.

Três enfermeiros, um fonoaudiólogo e um psicólogo marcaram a categoria “outros” como opção, na qual foram incluídas: três ocorrências de consulta em sites especializados, ao buscador *Google*, livros específicos e consulta aos inter-setores, uma ocorrência de profissional que afirmou não ter dúvida e uma ocorrência que apontou como fonte a leitura de artigos especializados e a confirmação de dúvidas com médicos plantonistas do dia, quando necessário.

O “inter-setores”, apontado como fonte consultada pelo profissional, é um impresso no início do prontuário em que os profissionais fazem as anotações de interesse de outras áreas. Também funciona como um “encaminhamento” quando solicitam avaliação de outro profissional. Dois profissionais (um da psicologia e um do serviço social) apontaram o prontuário como uma fonte de pesquisa, assim como o uso do inter-setores para melhor entendimento durante a consulta.

Verificou-se que todos os profissionais optaram pela consulta à equipe multiprofissional ou colegas de profissão, independentes do tempo de serviço, ou seja: 23 dentre os 39 profissionais com mais de 11 anos; 4 dentre os 5 que trabalhavam no período de 6 a 10 anos; e 8 dos 12 com menos de 5 anos. A segunda fonte mais consultada, que eram os prontuários, foi indicada por 10 dentre os 39 profissionais com mais de 11 anos de atuação e por apenas 2 dentre os 12 com menos de 5 anos.

Ainda na questão 7, foram identificadas nas respostas algumas dificuldades levantadas pelos próprios profissionais, direcionando a consulta às fontes já citadas. Por ser uma pergunta com respostas descritivas, foi possível estabelecer duas categorias: falta de informações nos prontuários, correspondendo à falta de anotações e acompanhamento de evolução do paciente, falta de documentação visual (fotos), falta de indicação de conduta anteriormente adotada; e letra ilegível, totalizando 15 ocorrências.

A falta de informação nos prontuários foi detectada por um médico, dois cirurgiões dentistas, um psicólogo, dois assistentes sociais e um fonoaudiólogo. É preciso lembrar que o paciente em tratamento é direcionado a vários profissionais com diferentes formações, que compõem a equipe multiprofissional. Dessa forma, as anotações devem ser completas para facilitar o atendimento, evitando a busca de contato (seja por telefone ou busca pessoal) com outros profissionais.

A falta de documentação visual nos prontuários foi apontada apenas por um cirurgião dentista com mais de 11 anos de atuação. Não houve no instrumento de coleta de dados nenhum questionamento sobre a disponibilidade de recursos em salas de atendimento, a fim de saber o que está ou não acessível para o profissional, mas os registros do paciente ficam arquivados no Centro de Documentação, podendo ser consultados mediante autorização. No entanto, o processo de acesso pode ser um pouco mais demorado nos casos que envolvem a necessidade de consulta ao Comitê de Ética, e o fator tempo para autorização também pode dificultar o trabalho.

A falta de anotação sobre as condutas anteriores, de fato, pode comprometer o atendimento, exigindo que o profissional procure o responsável pelo atendimento anterior ou a própria equipe multiprofissional para colaborar com informações que possibilitem dar continuidade aos procedimentos. Entendendo que as equipes trabalham em plantões, vê-se a necessidade de melhor preenchimento nos formulários, a fim de facilitar e otimizar o tempo dos próprios profissionais.

Dois profissionais fizeram apontamentos interessantes que merecem um pouco mais de atenção:

“Médicos não preenchem o prontuário completamente. Quando há dúvidas em relação à conduta procuro profissionais da área para a discussão do caso” (M3).

“É muito comum faltar informação no prontuário. Mas lendo várias anotações é possível chegar à conclusão do que foi feito” (CD7).

A primeira fala é de um médico apontando a dificuldade dentro da própria classe profissional. A segunda é de um cirurgião dentista que explica que, mesmo que a informação não esteja explícita, pelas anotações é possível entender (ou inferir) o que foi feito anteriormente.

Podem ser consideradas afirmações complexas, pois demonstram que, mesmo existindo a dificuldade, há uma saída, seja pela consulta à equipe, seja pela leitura mais detalhada do prontuário. No entanto, como a própria literatura já apontou, o fator tempo é crucial na área da saúde, seja pela falta dele ou pela urgência que ele representa. Dessa forma, será que o profissional tendo consciência desse “lapso” consegue agir diferente? Faz algo para mudar essa realidade? E o tempo para analisar detalhadamente as anotações do prontuário, será que existe? Se as informações fossem registradas corretamente, o profissional não precisaria fazer a análise investigativa, embora essa atitude seja, talvez, um diferencial para um atendimento mais detalhado. De qualquer forma, foram pontos identificados que indicam a necessidade de reflexão sobre o que está sendo feito e o que pode ser mudado diante da realidade apresentada. Por ser uma instituição que trabalha em equipe, talvez seja conveniente a discussão e, posteriormente, a decisão pela mudança de comportamento.

Ainda sobre a ilegibilidade das informações, a dificuldade com a identificação da letra foi apontada por 8 profissionais, sendo 3 cirurgiões dentistas (2 com mais de 11 anos e um com menos de 5 anos de atuação) e 5 enfermeiros (sendo 2 com menos de 5 anos e 3 com mais de 11 anos de atuação no hospital). Estes, na última questão, sugerem mais orientação para o correto preenchimento dos prontuários e melhoria na letra, que será obtida com a implantação do prontuário eletrônico. Mesmo que o fator tempo de atuação possa ajudar os profissionais mais antigos a entender ou induzir o escrito, a dificuldade que encontram não deve ser descartada.

O prontuário no Centrinho é impresso e, dependendo do tempo de tratamento do paciente, pode ser volumoso, o que significa inúmeros registros, tipos de anotações e letras.

A importância da letra legível é uma preocupação de vários hospitais, tendo em vista a importância dos prontuários e as possíveis consequências de interpretação. No Centrinho, no ano 2000, foi lançada uma campanha visando à conscientização dos profissionais. Maria Irene Bachega (ouvidora e diretora do Departamento Hospitalar do Centrinho), em matéria publicada no informativo¹³ interno do Centrinho e Funcraf, na campanha “Por uma letra melhor”, explica a importância do prontuário e ressalta o quanto ele

¹³EM FOCO - Informativo do Hospital Centrinho/USP e Funcraf, ano 10, n.51, Bauru, nov./dez. 2010.

[...] possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada [...]. O prontuário é essencialmente do paciente, não do médico. Por isso é fundamental que todos os profissionais que lidam com o paciente façam ali suas anotações. No caso dos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente (Resolução CFM n.º 1.638/02). A prática foi novamente condenada pelo Conselho Federal de Medicina em seu novο Código de Ética Médica lançado neste ano (2010) [...] Além de cumprir o que determina a lei, a ideia da campanha é trazer outros benefícios, como: - estimular a leitura do prontuário; - agilizar a análise; - despertar o interesse dos profissionais em ler as anotações das outras áreas; - criar uma relação de cumplicidade entre os profissionais.

A questão da letra ilegível também foi abordada no estudo de Aguiar, Silva Junior e Ferreira (2006), quando analisaram 167 prescrições clínicas médicas, pediatra e obstétrica no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Fortaleza, CE. Classificando a legibilidade da prescrição em legível, pouco legível e ilegível, constataram que 46,7% eram pouco legível e 88%, ilegível, apontando a necessidade de a instituição reforçar a orientação sobre a necessidade de informações completas e legíveis nas prescrições.

Isso demonstra que a problemática da letra ilegível ou da falta de informações nos registros, sejam prescrições ou prontuários, requer solução para possibilitar o sucesso nos tratamentos, mas não se trata de uma discussão isolada ou de casos específicos. Ela está presente em qualquer ambiente da saúde, e a intervenção das instituições se torna essencial, seja por campanhas, como a do Centrinho, ou por orientações de forma geral a todos os profissionais da área. O problema da letra ilegível pode ser aparentemente resolvido com a informatização, como sugerido pelos profissionais de ambos os estudos, no entanto a questão da ausência de informações continua. É preciso pensar em políticas que auxiliem na conscientização do profissional quanto a essa necessidade, independentemente de qualquer possível justificativa.

Quanto às fontes de informação, agora com a intenção de identificar quais as mais utilizadas, propôs-se a Questão 8 de múltipla escolha: que fontes de informação você utiliza quando precisa obter informações que o auxiliem na definição de condutas para com os pacientes que atende? Nela, o profissional deveria marcar as fontes mais utilizadas para a definição de condutas e tratamentos dos pacientes, podendo assinalar mais de uma opção, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Fontes de informação utilizadas, segundo as categorias profissionais (=56)

Fontes De informação	Categoria	M	CD	EF	FO	AS	PS	TOTAL
Outros profissionais da área médica		6	7	9	8	2	8	40
Sites especializados		1	6	5	2	2	7	23
Artigos científicos em base de dados		4	10	5	5	2	4	30
Periódicos especializados		4	7	7	4	2	3	27
Relatórios de pesquisa		1	4	2	0	2	1	10
Protocolos ou <i>guidelines</i>		1	5	8	0	1	2	17
Outros profissionais da área da saúde		5	8	11	8	4	8	44
Coleção particular (Registros e documentos particulares)		3	3	3	2	2	5	18
Buscadores na internet		1	3	2	2	1	5	14
Biblioteca do HRAC - USP		4	4	7	1	1	5	22

Lembre-se que M se refere a médico, CD a cirurgião dentista, EF a enfermeiro, FO a fonoaudiólogo, AS a assistente social e OS a psicólogo.

De acordo com os resultados, a fonte mais utilizada corresponde aos profissionais da área da saúde no geral (44 ocorrências), seguidos de profissionais da área médica (40), artigos científicos em base de dados (30), periódicos especializados (27), sites especializados (23), biblioteca do HRAC – USP (22), coleção particular (18), protocolos e *guidelines*¹⁴(17), buscadores na internet (14) e relatórios de pesquisa (10).

Em 2002, França, que também estudava o comportamento informacional de profissionais da saúde, focado em médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família, já apontava preferências similares a este estudo. Visitas domiciliares e

¹⁴Conforme informações disponíveis no Portal da Biblioteca Virtual UNIFESP, “[...] *guidelines* são guias que devem ser utilizados durante a avaliação e manuseio dos pacientes com condições clínicas específicas. Constituem bases e recomendações produzidas de maneira estruturada (frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico, profilaxia), sendo utilizadas na assistência e na tomada de decisões.” Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med5/med5t41999/dado/dadomguid.htm>> Acesso em: 3 nov. 2014

reuniões com grupos-controle (especificidades do programa citado), além da comunicação com colegas de profissão foram as fontes mais citadas, seguidas dos prontuários, exames laboratoriais, coleções pessoais, livros, periódicos científicos, boletins informativos e colegas especialistas da própria instituição.

Observa-se em ambos os estudos que a comunicação entre os profissionais da equipe é a fonte de pesquisa mais utilizada, enquanto os periódicos – aqui apontados como a terceira mais utilizada, no estudo de 2002 – foram considerados a sétima opção. Provavelmente, a questão de o acesso ser ainda restrito naquele período ocasionava dificuldades, mas na atualidade oferece infinitas facilidades (comutação bibliográfica - COMUT, bases de dados institucionais, empréstimo entre bibliotecas, revistas on-line, acesso livre...).

Interessante também notar os livros foram apontados em quinto lugar pelos enfermeiros e sexto pelos médicos, no estudo de França, aqui classificados como coleção particular, foi apontado em sétimo lugar (com 18 ocorrências, sendo 5 respostas de psicólogos, seguidas de médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, com 3 ocorrências cada). Nota-se nova similaridade nos resultados, pois não houve tanta diferença nas opções em decorrência do espaço temporal entre os estudos.

Neste estudo, os médicos apontaram como fonte mais utilizada a consulta aos colegas de profissão, seguida de outros profissionais da saúde e artigos científicos. As fontes menos citadas foram sites especializados, relatórios de pesquisa, protocolos ou *guidelines* e buscadores na internet. Maciel Albuquerque (2010) também estudou as fontes de pesquisa mais utilizadas entre os médicos e constatou que a internet é a mais utilizada, sendo apontada por 86,4% do grupo, enquanto a biblioteca ficou em segundo lugar, com 46,4% de preferência.

Para os cirurgiões dentistas, a fonte de pesquisa mais utilizada são os artigos científicos e os profissionais da saúde; os menos citados foram as coleções particulares e os buscadores na internet.

Os enfermeiros consultam, preferencialmente, outros profissionais da saúde e, em seguida, os profissionais da área médica. As menos utilizadas pelo grupo foram os relatórios de pesquisa e os buscadores na internet.

Os fonoaudiólogos apontaram a consulta aos médicos e profissionais da área de saúde como a fonte mais utilizada, sendo a menos utilizada a biblioteca do HRAC – USP. As fontes relatórios de pesquisa e protocolos não foram citadas pelo grupo.

Os assistentes sociais e psicólogos apontam a consulta aos outros profissionais da saúde como fonte principal de pesquisa. Os assistentes sociais apontaram igualmente as demais fontes com menor indicação dos protocolos, buscadores da internet e biblioteca. Já os psicólogos também preferem médicos e sites especializados como suas melhores fontes, sendo os relatórios de pesquisa apontados em apenas uma resposta.

A biblioteca do HRAC – USP apareceu com 22 ocorrências, sendo apontada por 4 médicos, 4 cirurgiões dentistas, 7 enfermeiros, um fonoaudiólogo, um assistente social e 5 psicólogos. Ou seja, é mais utilizada por enfermeiros e menos utilizada por fonoaudiólogos e assistentes sociais. Enquanto no estudo sobre comportamento informacional de advogados, realizado por Silva (2010), a biblioteca era considerada como a fonte mais utilizada pelos profissionais da área de Direito, na saúde, há estudos que apontam o contrário (FRANÇA, 2002; MARTINEZ-SILVEIRA, 2005; SIGOLO, 2012).

No estudo de Dee e Stanley (2005), os enfermeiros clínicos não fazem uso das bibliotecas, e apenas 28% dos estudantes utilizam as bibliotecas hospitalares. Questões como acesso físico e localização distante dos plantões dificultam o uso das bibliotecas, segundo aponta o estudo.

No caso das equipes multiprofissionais, Moura (1999) verificou um baixo acesso às bibliotecas por parte dos profissionais, sendo que 42% raramente utilizavam os serviços e 22% não as frequentavam. Nos estudos de alguns autores presentes neste referencial teórico também se constatou que havia pouco ou quase nenhum uso pelos profissionais, por isso, na saúde, as bibliotecas aparecem como as fontes menos indicadas pelos profissionais. É o caso de Martinez-Silveira (2005), Ajayi (2005), Newzeh, Shabi e Shabi (2011), Savi e Silva (2011), cujos estudos apontavam que as bibliotecas tinham acervos desatualizados, escassos ou eram pouco interessantes para os profissionais da saúde. O uso ou não das bibliotecas em ambientes hospitalares também está associado à atuação do profissional, conforme alguns estudos. O que não coincide totalmente com a opinião dos profissionais do Centrinho, que recorrem sempre à biblioteca, apontada por eles como a sexta fonte mais utilizada.

Isso se deve à diversidade de serviços que estão à disposição dos profissionais. Seja na consulta ao acervo ou às bases de dados ou no auxílio à normalização de materiais para publicação, os profissionais recorrem à biblioteca. Beraquet et al.

(2007, p.4) lembram que, para trabalhar junto às equipes multidisciplinares, o bibliotecário precisa “[...] ter conhecimentos em redes de computadores, bancos e bases de dados, noções em saúde pública e no SUS, epidemiologia, terminologias além de flexibilidade e domínio da língua inglesa”.

A postura do bibliotecário clínico torna-se então fator determinante, pois, conhecendo as necessidades de seus usuários, pode oferecer serviços mais variados, que atendam de fato as suas expectativas. Partindo da premissa que os profissionais da saúde possuem pouco tempo para a busca por informações (DAVIES, 2011; MAJID, 2011; GALVÃO, 2011), o bibliotecário clínico precisa atuar de forma significativa.

Segundo Costa e Pires (2009, p.9), o bibliotecário atuante no ambiente hospitalar deve

[...] buscar também de aproximar não só o corpo clínico à biblioteca, mas procurar desenvolver projetos que auxiliem os pacientes, em especial aqueles internados por um longo período de tempo a frequentarem a biblioteca, sendo que através da leitura os pacientes sentirão menos os efeitos do tratamento, pois além do trato convencional o ato de ler pode ser considerado uma fonte de terapia que contribui no aumento das chances de cura.

O Centrinho compartilha esse pensamento, pois possui o projeto Biblioteca Viva, cujos processos técnicos e guarda do acervo são responsabilidades do Centro de Documentação.

Enfim, seja por questões de formação ou de atuação, o bibliotecário precisa agir de acordo com as necessidades de seus usuários, de acordo com os trabalhos de autores, como Crestana (2002), Silva (2005), Leite e Galvão (2006), Moreira (2008), Gutierrez- Olvera, Robles e Puente e Armandariz (2009), Beraquet e Ciol (2007; 2009), Ribeiro (2010), Guimaraes e Cadengue (2011), Souza e Santos (2013).

Costa, Silva e Ramalho (2009) afirmam, ainda, que, para o bibliotecário, conhecer as necessidades informacionais dos usuários significa entender o sentido da informação para eles. Por outro lado, o entendimento dessas necessidades habilita o profissional a oferecer serviços de informação mais eficientes e eficazes em relação ao atendimento.

Ainda na Questão 8, para as opções de número três e nove, havia um espaço disponível para a identificação dos sites especializados e buscadores mais utilizados

nas pesquisas na internet. A tabela seguinte demonstra as opções citadas pelos profissionais.

Tabela 6 – Fontes de pesquisa científicas e especializadas apontadas pelos profissionais

CATEGORIAS	PUBMED	SCIELO	LILACS	MEDLINE
MEDICO	3	0	0	0
CIRURGIÃO DENTISTA	2	0	0	0
ENFERMEIRO	1	2	1	3
FONOAUDIOLOGO	2	0	0	1
ASSISTENTE SOCIAL	0	2	0	0
PSICOLOGO	4	2	4	0
Total	12	6	5	4

Nota-se que a *PubMed* foi preferência geral entre as categorias, somando 12 ocorrências (21,43%), sendo também a preferida entre psicólogos e médicos, com 4 e 3 ocorrências, respectivamente. No estudo de Sigolo (2012), a base de dados *PubMed* também foi a mais citada por médicos e cirurgiões dentistas, representando mais uma similaridade com a literatura nos estudos da área de comportamento informacional.

A *MedLine* foi citada apenas pelos enfermeiros, com três ocorrências, e por um fonoaudiólogo (7,14%). *Scielo* e *LILACS* foram citadas por enfermeiros, com duas e uma ocorrência (10,71% e 8,93%, respectivamente); duas ocorrências para a *Scielo*, por assistentes sociais, e duas para os psicólogos, que também indicaram o *LILACS* com quatro ocorrências, aparentemente a preferida entre a categoria.

Houve, ainda, 17 ocorrências classificadas como outros: *SIBI* (Sistema Integrado de Bibliotecas da USP: uma ocorrência), *DEDALUS* (Banco de Dados Bibliográficos da USP: 2 ocorrências), *CleftPalateJournal* (Jornal internacional com publicações especializadas na área de anomalias craniofaciais da ACPA – *American Cleft Palate-Craniofacial Association*: 3 ocorrências), *Bireme* (Biblioteca Virtual da Saúde: 2 ocorrências), *OMIN* (Base de dados de genes e desordens genéticas: 2 ocorrências). Fontes de pesquisa específicas, tais como *Dysphagia*, *Hera*, *Speech e Chew*, cujos conteúdos estão relacionados à deglutição e distúrbios apresentados por indivíduos com fissura labiopalatina ou anomalias craniofaciais, foram mencionados em sete respostas.

Entre os buscadores (Tabela 7), o *Google* foi indicado por três categorias: enfermeiros (com duas ocorrências), fonoaudiólogos (duas ocorrências) e psicólogos (uma ocorrência). Já o *Google Scholar* foi citado cinco vezes, sendo uma vez pela categoria dos médicos e cirurgiões dentistas (uma ocorrência cada), duas vezes citado por enfermeiros e fonoaudiólogos (duas ocorrências cada) e pelos psicólogos (três ocorrências).

Tabela 7 – Buscadores na internet apontados pelos profissionais

CATEGORIAS	GOOGLE	GOOGLE SCHOLAR
MEDICO	0	1
CIRURGIÃO DENTISTA	0	1
ENFERMEIRO	2	2
FONOAUDIOLOGO	2	2
ASSISTENTE SOCIAL	0	0
PSICOLOGO	1	3
Total	5	9

Médicos e cirurgiões dentistas não assinalaram o uso do Google, mas pontuaram o Google Scholar. Apenas a categoria de assistente social permaneceu sem uso dos dois buscadores.

Na pergunta seguinte (Questão 9), solicitou-se aos sujeitos que indicassem quais eram suas dificuldades mais comuns ao buscar informações na internet, podendo marcar mais de uma opção, caso necessário.

Tabela 8 – Dificuldades apontadas pelos profissionais

DIFICULDADE PROFISSIONAL	M	CD	EF	FO	AS	PS	Total
Manejo de recursos	0	0	1	0	0	0	1
Seleção do que é relevante	1	9	8	9	3	4	34
Custo financeiro	0	0	4	4	0	1	9
Falta de tempo para pesquisa	3	8	5	2	1	3	22
Dificuldade na definição de palavras-chave	0	0	4	2	0	4	10
Outra	1	1	0	0	2	0	4
Total	5	18	22	17	6	12	80

Cinco profissionais não responderam à questão (três médicos, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social). Como demonstra a Tabela 8, a maior dificuldade apontada pelos profissionais é selecionar o que de fato é relevante diante dos resultados recuperados em suas buscas.

A segunda categoria mais pontuada foi a falta de tempo para pesquisar, com 22 ocorrências. Em terceiro surge a dificuldade na definição de palavras-chave para a busca, com 10 ocorrências.

Para Cardoso (2004, p.5), definir a necessidade de informação em termos de busca é uma tarefa difícil, “[...] pois existe uma distância semântica entre a real necessidade dos usuários e o que ele expressa na consulta formulada”. Sendo assim, a dificuldade em definir as palavras-chave para as buscas pode estar relacionada à dificuldade de expressar as necessidades reais informacionais e torná-las seus termos de busca (SIGOLO, 2012).

A dificuldade em selecionar o que é relevante nas pesquisas e a definição de palavras-chave representam mais um ponto em que o bibliotecário clínico pode (e deve) atuar (PEREIRA, 2008). Já foi discutido, por Galvão (2011), que as habilidades na busca por informação pelos profissionais da saúde são poucas. A autora cita uma pesquisa realizada com 400 alunos de ciências da saúde (84%) de uma universidade americana, que afirmavam num primeiro momento que consideravam suas competências na busca por informações boas ou excelentes, mas no decorrer do estudo constatou-se que 89% não conseguiram realizar estratégias avançadas de busca por informação, apresentando dificuldades também para julgar a confiabilidade das fontes de informação em saúde. Assim, se os alunos já apresentam dificuldades, acabam por estender essa dificuldade enquanto profissionais também, por isso o trabalho do bibliotecário clínico pode ser de grande valia em todas as fases da vida de um profissional. Trata-se de um processo educativo construído e que, quando ensinado, pode ser multiplicado, pois a comunicação na saúde, como já apontado, compartilha informações, frequentemente.

A questão do custo financeiro para acesso aos documentos selecionados vem em quarto lugar, com nove ocorrências, mesmo a instituição possuindo o SIBI USP (Sistema Integrado de Bibliotecas da USP), além de poder utilizar o acesso via VPN (*Virtual Private Network*) quando estiver fora da instituição. Os profissionais do Centrinho também podem contar com os serviços de COMUT oferecidos pelo Centro

de Documentação local, porém acredita-se que ou não conhecem ou não buscam por tais serviços.

A dificuldade com o manejo dos recursos apareceu com apenas uma ocorrência, apontada por um enfermeiro, com menos de 5 anos de atuação no HRAC – USP e na faixa etária de 31-40 anos. A dificuldade pode estar relacionada a alguma atividade exercida por esse profissional ou por alguma dificuldade com a tecnologia.

Cruz *et al.* (2011, p.1596) acredita que a dificuldade do enfermeiro diante dos recursos tecnológicos possa relacionar-se à falta de oportunidades durante sua formação, não possibilitando a formulação de “demandas de tecnologia e inovação em saúde a partir das necessidades e dos problemas dos serviços”, evidenciando que “os profissionais da enfermagem ainda não têm uma compreensão clara de como utilizá-la na prática profissional”. Campos, Aguiar e Belisário (2008) também acreditam que a defasagem na formação do profissional pode contribuir para dificuldades na prática profissional, conforme já comentado no capítulo dois deste trabalho.

Na categoria “outra”, havia um espaço para o profissional especificar alguma dificuldade não mencionada nas opções anteriores. Os quatro profissionais (um médico, um cirurgião dentista e dois assistentes sociais) apontaram não ter dificuldades nos processos de busca, sendo então a segunda categoria menos pontuada. Cinco profissionais não responderam a essa questão (três médicos, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social).

Analisando as dificuldades encontradas e considerando o fator tempo de atuação, das 80 ocorrências encontradas na Tabela 8, 54 foram apontadas por profissionais com mais de 11 anos de atuação no hospital, 17 por profissionais com menos de 5 anos e 9 por profissionais com atuação no período de 6 a 10 anos, o que pode demonstrar a necessidade de trabalhar a atualização em termos de recursos tecnológicos e acessibilidades aos novos formatos e informações com o público mais experiente do hospital.

A Questão 10 foi dissertativa e nela os profissionais deveriam apontar mudanças ou adequações para o Centrinho melhor atender às necessidades informacionais relacionadas às condutas com os pacientes.

De 56 profissionais que participaram da pesquisa, 22 apontaram a necessidade do prontuário eletrônico, argumentando que ele facilitaria o tempo, a consulta e a

compreensão das informações. Quatro profissionais não indicaram sugestões, mudanças ou adequações.

A análise do conteúdo sobre as sugestões apontadas possibilitou organizar as respostas em relação ao prontuário, à rotina dos atendimentos no hospital e à conduta dos próprios profissionais, conforme descrito a seguir:

- Sugestões relacionadas ao prontuário:
Prontuário eletrônico (22 ocorrências)
Melhorias no sistema (3 ocorrências)
Digitalização dos prontuários (uma ocorrência).

- Sugestões relacionadas à rotina dos atendimentos no hospital:
Mais reuniões (quatro ocorrências)
Protocolos de atendimento, protocolos revisados, medicações e condutas impressas (duas ocorrências)
Unificação de atendimentos (uma ocorrência)
Menos burocracia para uso e acesso ao sistema e documentação (uma ocorrência).

- Sugestões relacionadas à mudança de conduta dos profissionais:
Melhora na letra (três ocorrências)
Melhora na documentação dos pacientes (três ocorrências)
Maior detalhamento nos prontuários (três ocorrências)
Formação de grupos de estudo (uma ocorrência)
Orientação e capacidade para busca de informação (uma ocorrência)
Treinamento sobre prontuário (uma ocorrência).

Analisando os resultados da questão anterior, observa-se que os profissionais que mais solicitam a implantação do prontuário eletrônico são os que têm mais de 11 anos de atuação no hospital (14 ocorrências), seguidos pelos profissionais com menos de 5 anos (6 ocorrências) e apenas 2 no período de 6 a 10 anos. Ou seja, a indicação pela mudança é apontada nas extremidades, pelos mais “antigos” e pelos mais “novos”. A categoria que mais sugere mudança nos prontuários é a dos enfermeiros, que já haviam apontado algumas dificuldades quanto ao entendimento da letra.

A satisfação com os serviços oferecidos pelo Centro de Documentação existe, no entanto um profissional com mais de 11 anos de atuação sugeriu que houvesse orientação e capacitação no processo de busca, o que de fato precisa ser oferecido de forma mais constante, uma vez que a área exige atualização e que, em contrapartida, a tecnologia sempre em evolução oferece novas formas de acesso a diversos documentos que podem contribuir com os profissionais que buscam informações sobre tratamentos, descobertas e condutas para tratamentos.

De acordo com Silva (2010), muitos fatores relacionados ao ambiente de trabalho podem influenciar a busca pela informação, como relembra Wilson (2000), quando afirma que tais fatores podem influenciar de maneira decisiva, por isso o entendimento do comportamento informacional deve ser levado em consideração junto às variáveis contextuais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC - USP é um centro de referência, não só no atendimento para reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatinas, síndromes, anomalias e deficiência auditiva, como também nas oportunidades de ensino e pesquisa. Diversas atividades são realizadas, como cursos regulares de pós-graduação, eventos científicos, e projetos de pesquisa são desenvolvidos para atualização ou vinculação dos cursos. Tudo isso converge para a formação e o aprimoramento de profissionais, a divulgação do modelo de trabalho em equipe e da prática de humanização em suas rotinas.

A humanização, atualmente tão desejada nos ambientes hospitalares e tão discutida pela literatura, faz parte das práticas cotidianas do Centrinho. Assim como os pacientes, os familiares e/ou responsáveis pelo acompanhamento encontram atividades, projetos e informações para compreender melhor seus momentos e superar os longos tratamentos. A filosofia da humanização adotada pelo hospital leva “conforto e compreensão” (na medida do possível) não só para os familiares que acompanham o tratamento, como também para os pais que ainda esperam seu filho, mas já têm o diagnóstico da fissura, conforme apresentado no capítulo quatro.

Houve uma aproximação com os profissionais que desenvolvem suas atividades nesse ambiente, e os objetivos traçados para o desenvolvimento da pesquisa foram alcançados: identificaram-se as fontes de informação mais utilizadas pelos profissionais, sujeitos da pesquisa durante os atendimentos; verificaram-se as necessidades informacionais e ocorrência dos processos de busca, recuperação, acesso e uso da informação pelos profissionais da saúde que contribuíram com a pesquisa, com a participação dos 56 profissionais, representando 32,94% do universo constituído pelas áreas de medicina, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, serviço social e psicologia, que colaboraram com este trabalho.

Notou-se a preferência por fontes de informação informais (consultas a colegas e/ou à equipe multiprofissional), bem como o uso de bases de dados e artigos especializados como forma de atualização profissional. Constatou-se a dificuldade dos profissionais na elaboração de estratégias e na definição de palavras-chave para a busca informacional, o que acaba por influenciar os resultados das pesquisas e mostra a necessidade não só de mais treinamentos específicos, mas, também, de o bibliotecário clínico estar atuando junto às equipes, auxiliando nos processos de busca

e recuperação da informação, conforme apontado por autores citados neste trabalho. Com relação ao comportamento informacional dos profissionais, foi possível verificar, a partir dos resultados colhidos, que os profissionais realizam pesquisas com frequência, o que configura a predominância da busca ativa por informação.

Considerando que a informação é fator primordial no atendimento, as intervenções e condutas se realizam por vontade própria e desejo de contribuir para atendimentos mais humanizados no cenário da saúde.

É imprescindível usufruir de fontes de pesquisa diversificadas e ter à disposição recursos humanos e técnicos capazes de contribuir para a imagem do Centrinho. O Centro de Documentação é, na realidade, um polo informacional e de pesquisa, onde informações e registros de pacientes em diferentes formatos ficam disponíveis aos profissionais, ampliando suas possibilidades de atendimento. Com serviços diversos, o profissional do HRAC – USP encontra, além da documentação dos pacientes, serviços que favorecem seu crescimento e desenvolvimento enquanto pesquisador, apoiando os processos de submissão e publicação de trabalhos, auxílios às pesquisas, trabalhos estatísticos, entre outros já citados neste trabalho.

Constatou-se também maior uso do Centro de Informação por parte dos profissionais do HRAC – USP do que os demais profissionais citados em estudos nacionais e internacionais, o que demonstra, num panorama diferente do apresentado na literatura, o bom trabalho desenvolvido pelo Centro de Documentação, fruto da estrutura organizada para apoiar o profissional diante da informação desejada.

Como a revisão bibliográfica revelou neste trabalho, a equipe multiprofissional torna-se o diferencial, contribuindo para o atendimento de forma integral ao paciente. O conjunto de profissionais, divididos em equipes e compartilhando saberes, contribui para os tratamentos variados que o hospital oferece, além do amplo campo de estudo para a temática do comportamento informacional, uma vez que apresenta necessidades informacionais variadas de grupos com diversas formações.

E se o tempo é fator de urgência na área da saúde, o profissional no hospital precisa de informação em tempo hábil, necessitando de pessoal qualificado e preparado para oferecê-la. Seja durante a formação na universidade ou na formação continuada, o bibliotecário clínico precisa estar apto para atender à demanda de sua realidade. Não é possível ficar apenas em discussões intermináveis a respeito de formação ou estrutura dos cursos de Biblioteconomia e Ciência da Informação. É

preciso que o próprio profissional seja incentivado, por mecanismos internos ou externos, a buscar meios de se construir enquanto especialista na área de saúde.

Por outro lado, a equipe multiprofissional do HRAC – USP não se restringe ao grupo que atende aos casos de fissura labiopalatina. O hospital oferece serviços em saúde auditiva, conta com uma demanda de igual tamanho e importância, e atende aos complexos casos de síndromes associadas às anomalias craniofaciais. Portanto, ainda há muito a ser feito, tanto em termos de apoio aos atendimentos das equipes quanto em relação às pesquisas, sem falar nos serviços de auxílio à organização e guarda de documentação clínica.

A atuação das bibliotecárias clínicas no HRAC - USP demonstra a importância de conhecer a área da saúde e seus profissionais e, diante desse perfil, oferecer serviços especializados que atendam às necessidades de seus usuários potenciais ou reais. E ainda que muitos fatores apontados sejam positivos, ainda há profissionais que não utilizam os serviços do Centro. Com melhor divulgação e orientação, acredita-se que o aproveitamento poderia ser maior.

A instituição HRAC –USP também poderia trabalhar no acolhimento de novos profissionais, direcionando-os ao Centro, para que conhecessem os serviços e os incorporassem em sua rotina, sempre que necessário. Poderiam, ainda, intensificar treinamentos com os profissionais de carreira, uma vez que a tecnologia oferece oportunidades constantes em termos de acesso à informação, ampliando as possibilidades de uso e atualização.

A análise quanti-qualitativa das respostas obtidas com a aplicação do questionário permitiu caracterizar os grupos de profissionais de acordo com as áreas, conhecendo um pouco sobre necessidades e particularidades do comportamento informacional. Os resultados encontrados na coleta de dados, em muitos momentos, mostraram similaridade com a literatura estudada, o que parece apontar um padrão de comportamento informacional entre os profissionais da saúde, principalmente se trabalharem em equipes multiprofissionais.

A questão do tempo no comportamento informacional de profissionais da saúde é um fator de grande importância, não só pelo fato de interferir no processo de busca, uma vez que as longas jornadas dificultam a dedicação para pesquisas e atualizações exigidas pela sociedade em forma de tratamentos e novas descobertas na área, mas no próprio processo metodológico, pois os profissionais não dispõem dele para

atender e contribuir com pesquisas de forma geral, seja em formato de entrevista ou questionário. Portanto pesquisas na área da saúde precisam considerar esse aspecto.

Como considerações adicionais, foi possível apontar alguns aspectos que não faziam parte dos objetivos traçados (questões relativas à saúde e a internet, à atuação do bibliotecário na saúde, ao comportamento informacional de pacientes, por exemplo), mas adicionaram temas importantes que, de alguma forma, podem contribuir com estudos futuros e aprofundá-los.

Face ao exposto, verifica-se a contribuição da presente pesquisa não só para a área da Ciência da Informação e para os estudos de comportamento informacional, como também para a área da saúde, oferecendo informações sobre os grupos profissionais e suas necessidades em termos de informação. Acredita-se que a análise realizada neste trabalho não esgota as discussões sobre o comportamento informacional na saúde, o que permite contribuir com subsídios para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G.; SILVA JUNIOR, L.A.; FERREIRA, M.A.M. Ilegibilidade e ausência de informações nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.19, n.2, p.84-91, 2006.

AJAYI, N.A. Information seeking by nurses in the Obafemi Awolowo University teaching Hospital , Nigeria. *Information development*, v.21, n.2, may 2005.

AL-DOUSARI, E. *Information needs and information seeking behavior of doctors in Kuwait government hospitals: an exploratory study*. 2009. Disponível em: <<http://dspace.lboro.ac.uk/2134/9786>> Acesso em: 20 out 2013.

AMADO, T. *Banco de dados sobre o trabalho da mulher no Brasil*. Fundação Carlos Chagas. 2013. Disponível em <<http://www.fcc.org.br/bdmulheres/apresentacao.php?area=apresentacao>> Acesso em: 16 nov. 2014.

ANDRADE, André Queiroz de. *A tomada de decisão e sistemas de informação em saúde*. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Ciências da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECIC-7XMFGC/1/dissertacao_andre_queiroz.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2012.

ARAÚJO, C.A.A. O conceito de informação para a ciência da informação. *Inf. & Soc.: Est.*, João Pessoa, v.20, n.3, p.95-105, set./dez.2010.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES (ACRL). *Information literacy competency standards for higher education*. Chicago, 2000. Disponível em: <<http://www.ala.org/acrl/sites/ala.org/acrl/files/content/standards/standards.pdf>>. Acesso em: 28 jul.2012.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto e contexto enfermagem*, v.14, n,3, p.427-434, jul/set.2005.

BALLONE, G.J. Humanização do atendimento em saúde. *Psiqu Web*. 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=251>>. Acesso em: 20 set.2014.

BATES, M.J. *Information behavior*. 2010. Disponível em: <<http://pages.gseis.ucla.edu/faculty/bates/articles/information-behavior.html>> Acesso em: 25 out. 2013.

BATES, M. J. Fundamental Forms of Information. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, v. 57, n.8, p.1033-1045, 2006.

BATES, M.J. An Introduction to Metatheories, Theories, and Models. In FISHER, K. E., ERDELEZ, S.; MCKECHNIE, L. (Eds). *Theories of Information Behavior*. Medford, NJ: Information Today, 2005, pp. 1-24.

BAWDEN, D. Users, user studies and human information behaviour: a three decade perspective on Tom Wilson's. *Journal of documentation*, v.62, n.6, 2006.

BENTES PINTO, V.; CAMPOS, H.H. *Diálogos paradigmáticos sobre informação para a área de saúde*. Fortaleza: Edições UFC, 2012.

BERAQUET, V.S.M.; CIOL, R. O bibliotecário clínico no Brasil: reflexões sobre uma proposta de atuação em hospitais universitários. *Datagramazero*, v.10, n.2, abr.2009.

BERAQUET, V.S.M. et al. Bibliotecário clínico no Brasil: em busca de fundamentos para uma prática reflexiva. In: ENANCIB, 8, 2007, Salvador. *Anais...* Disponível em: <<http://www.enancib.ppgci.ufba.br/artigos/GT6--253.pdf>> Acesso em: 10 ago 2014.

BLOG FONOTRATA. *Fissura lábio palatina*. Disponível em: <<http://fonotrata.blogspot.com.br/2009/05/assunto-da-semana-fissura-labiopalatina.html>>. Acesso em 15 dez. 2013

BOTELLO-HARBAUM, et al. Information-seeking behaviors of dental practitioners in three practice-based research networks. *Journal dental education*, v.77, n.2, feb 2013.

BRANCO, M.A.F. *Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL ESCOLA. *Fissuras labiopalatais e a intervenção fonoaudiologia*. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/fonoaudiologia/fissuras-labiopalatais-intervencao-fonoaudiologica.htm>> Acesso em: 15 maio 2013.

CAMARGO JR, K.R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1163-1174, jul/ago 2003.

CAMELO, S.H.H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare enferm*, v.16, n.4, p.734-40, 2011.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T.; BELISARIO, S.A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L.(org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.1011-1034.

CAPURRO, R. Medicina 2.0: reflexões sobre uma patologia da sociedade da informação. 2003. IN: BENTES PINTO, V.; CAMPOS, H.H. *Diálogos paradigmáticos sobre informação para a área de saúde*. Fortaleza: Edições UFC, 2012.

- CARDOSO, O.N.P. *Recuperação de informação*. 2004. Disponível em <www.dcc.ufla.br/infocomp/artigos/v2/art07.pdf> Acesso em: 8 nov. 2014.
- CARVALHO, D.B.; SANTANA, J.M.; SANTANA, V.M. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicologia Ciencia e Profissão*, v.29, n.1, p.172-183, 2009.
- CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política nacional de informação e informática em saúde: avanços e limites atuais. *Perspectivas em gestão & conhecimento*, João Pessoa, v.1, n.2, p.91-104, jul./dez., 2011.
- CASE, D.O. *Looking for information: a survey of research on information seeking, needs and behavior*. London: Academic Press, 2007.
- CASE, D.O. *Looking for information: a survey of research on information seeking, needs and behavior*. 3.ed. London: Academic Press, 2012.
- CASSEL, E. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- CAVALCANTI, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política nacional de informação e informática em saúde: avanços e limites atuais. *Perspectivas em gestão & conhecimento*, João Pessoa, v.1, n.2, p.91-104, jul./dez. 2011.
- CENTRINHO. Institucional. Disponível em: <www.centrinho.usp.br> Acesso em: 20 nov. 2013.
- CENTRINHO. Profissionais da saúde. Disponível em: <www.centrinho.usp.br>. Acesso em 10 jan. 2014.
- CHATMAN, E.A. Framing social life in theory and research. *The review of information behaviour research*, v.1, p.1-18, 2000.
- COSTA, F.S.S.; PIRES, H.A.C. O profissional da informação na área de saúde: habilidades e competências. 2009. Disponível em: <http://portais.ufg.br/uploads/75/original_O_profissional_da_informa_o_na_rea_de_sa_de.pdf> Acesso em: 10 out. 2013.
- COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise conceitual. *Cienc. Cuid Saúde*, v.7, n.4, p.530-536, 2008.
- COSTA, L.F. ; SILVA, A.C.P.; RAMALHO, F.A. (Re)visitando os estudos de usuário: entre a “tradição” e o “alternativo”. *DataGramaZero*, v.10, n.4, ago, 2009. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/ago09/Art_03.htm> Acesso em: 10 set.2014.
- COURTRIGHT, C. Context in information behavior research. *Annual Review of Information Science and Technology*, v. 41, p. 273-306, 2007.

CRESPO, I.M.; CAREGNATO, S.E. Padrões de comportamento de busca e uso de informação por pesquisadores de biologia molecular e biotecnologia. *Ci Inf.* Brasília, v.35, n.3, p.30-38, set/dez 2006.

CRESTANA, M. F. *Discurso de bibliotecárias a respeito de suas profissões na área médica*. 2002. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CRUZ, Nathalia Santos da et al. A competência técnica em informática de alunos de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, v.45, n.especial, p.1595-1599, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em: 08 nov. 2014.

CULLEN, R.; CLARKT, M.; ESSION, R. Evidence-based information-seeking skills of junior doctors entering the workforce: an avaluation of the impact of information literacy training during pre-clinical years. *Health information and libraries journal*, n.28, p. 119-129, 2011.

CUNHA, M. B. *Para saber mais: fontes de informação em ciência e tecnologia*. Brasília: Briquet de Lemos, 2001. 168 p.

DEE, C.; STANLEY, E.E. Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: implications for health sciences librarians. *J. Med. Libr. Assoc.*, v.93, n.2, abr.2005.

DERVIN, B. Human studies and user studies: A call for methodological inter-disciplinarity. *Information Research*, n. 9, p.1-27, 2003.

DRINKA, T.J.K. *Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching*. Boston: Auburn House Publishing, 2000.

DUTKA, J.C.R. et al. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) – núcleo de Telessaúde. In: MESSINA, L.A.; RIBEIRO FILHO, J.L.; LOPES, P.R.L. (ed.). *RUTE 100: as 100 primeiras unidades de telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)*. Rio de Janeiro: E-papers, 2014. p.95-100. Disponível em <rute.rnp.br/c/document_library/get_file?uuid=fb64edda-ae06..> Acesso em: 12 out. 2014.

ELLIS, D. A behavioral approach to information retrieval system design. *Journal of Documentation*. London. v.45, n.3, p.171-212, sep.1989.

EUCLIDES, Maria Luzinete. *Representação das necessidades de Informação na organização da informação: uma análise dos modelos teóricos de busca*. 2007. 112f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2007.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, Rio de Janeiro, set.out.2009.

FIGUEIREDO, N.M. *Estudos de usos e usuários da informação*. Brasília: IBICT, 1994.

FISHER, K.; JULIEN, H. Information behavior. *ARIST*, v. 43, p.317-358, 2009.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, v.7, n.1, 2004.

FRANÇA, L.D. *O comportamento informacional dos profissionais médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF) – Sistema Único de Saúde*. 2002. 160f. Dissertação (Ciência da Informação), UFMG, Belo Horizonte, MG.

FREIMUTH, V.S.; KEAN, T.J. *Searching for health information: the cancer information service model*. University of Pennsylvania, 1989.

GALVAO, M.C.B. et al. Panorama sobre a informação em saúde em uma universidade pública brasileira: do ensino, dos usos e da pesquisa. 17 de julho de 2014. In: Almeida Junior, O.F. *Infohome* [Internet]. Londrina: OFAJ, 2014. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=849>. Acesso em: 10 set.2014. (a)

GALVAO, M.C.B.; FERREIRA, J.B.B.; RICARTE, I.L.M. Usuários da informação sobre saúde. In: CASARIN, H.C.S. (Org). *Estudos de usuários da informação*. Brasília: Thesaurus, 2014. p.183-219.(b)

GALVAO, M.C.B. Informação clínica: do prontuário do paciente às bases de evidência. 23 de agosto de 2012. In: Almeida Junior, O.F. *Infohome* [Internet]. Londrina: OFAJ, 2012. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=701> Acesso em: 5 dez. 2012. (a)

GALVAO, M.C.B.; RICARTE, I. *Prontuário do paciente*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.(b)

GALVAO, M.C.B. O profissional da informação e o paciente. 10 de novembro de 2011. In: ALMEIDA JR, O.F. *Infohome* [Internet] Marília: OFAJ, 2011. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=639> Acesso em: 08 nov. 2012.

GASQUE, K.C.G.D.; COSTA, S.M.S. Evolução teórico-metodológica dos estudos de comportamento informacional de usuários. *Ciência da Informação*, v.39, n.1, p.21-32, jan./abr. 2010.

GILMAN, I.P. Evidence-based information seeking behaviors of occupational therapists: a survey of recent graduates. *J. Med. Libr. Assoc.*, v.99, n.4, p.307-310, oct.2011.

GOMIDE, M.R. O papel da odontologia na reabilitação das anomalias craniofaciais. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 47. 2014, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais...* Bauru: HRAC- USP, 2014. CD-ROM.

GONZALEZ de GOMEZ, M. N. O domínio das informações em saúde. In: Virginia Bentes Pinto; Henry de Holanda Campos. (Org.). DIÁLOGOS PARADIGMÁTICOS SOBRE INFORMAÇÃO PARA A ÁREA DE SAÚDE. Fortaleza: Edições UFC, 2012, p. 14-39.

GONZÁLEZ TERUEL, A. *Los estudios de necesidades y usos de la información: fundamentos e perspectivas actuales*. Gijón: Ed. TREA, 2005.

GRACIANO, M.I.G.; SPOSITO, C. A pessoa com fissura labiopalatina: conhecimento e concepção sobre deficiência. *Arq. Ciênc. Saúde*, v.18, n.4, p.143-51, out./dez. 2011.

GRIGOLLI, A.A.G. *Metodologia do trabalho científico e recursos informacionais na área da saúde*. Santos: Santos Ed., 2008.

GUIA DE USUÁRIO. Serviço de Apoio ao ensino, pesquisa e extensão. Seção de Documentação e Informação do HRAC – USP. Atualizado em 2013. Folder.

GUIMARAES, A.G.R.; CADENGUE, M. A interferência da Biblioteconomia clínica para o desenvolvimento da saúde. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, v.9, n.1, p.150-165, 2011. Disponível em:<www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/sbu_rci/index> Acesso em: 20 jan 2014.

GUSTAFSON, D. et al. Internet-based interactive support for cancer patients: Are integrated systems better? *Journal of Communication*, 58, 238–257, 2008.

GUTIERREZ-OLVERA, M.; ROBLES, B.A.; PUENTE DE ARMENDARIZ, M. Perfil del bibliotecario médico. *Neumología y cirugía de tórax*, v.68, n.2, p.82-89, 2009.

HEALTH INSTITUTE. *O trabalho em equipe multidisciplinar*. 2012. Disponível em: <www.unileverhealthinstitute.com.br > Acesso em: 12 out. 2013.

HOUGUE, M.C.B.; DORAN, E.; HENRY, D. A prompt to the web: the media and health information seeking behaviour. *Plos one*, v.7, n.4, p.1-6, abril, 2012.

HUNG, P.W. A multi-level model of information seeking in the clinical domain. *J Biomed Inform*, v.41, n.2, p.357-370, 2008.

HUNT, S.; CIMINO, J.J.; KOZIOL, D.E. A comparison of clinician's access to online knowledge resources using two types of information retrieval applications in an academic hospital setting. *J Med Lib Assoc.*, v.101, n.1, jan. 2013.

JAMALI, H.R. Citation relations of theories of human information behavior. *Weblogy*, v.10, n.1, jun.2013.

JOHNSON, J.D. An impressionistic mapping of information behavior with special attention to contexts, rationality and ignorance. *Information processing and management*, n.45, p.593-604, 2009.

JOHNSON, J.D. et al. Fields and pathways: contrasting or complementary views of information seeking. *Information processing and management*, n.42, p.569-582, 2006.

JOHNSON, J.D. On contexts of information seeking. *Information processing management*, n.39, p.735-760, 2003.

JOHNSON, J.D. ; ANDREWSA model for understanding and affecting câncer genetics, Pergamon – Library & information Science Research, n.23, p.335-349, 2001.

JOHNSON, J.D. Cancer-related information seeking. N.J: Hampton Press, 1997.

JOHNSON, J.D.;MEISCHKE, H. A comprehensive modelo f cancer-related information seeking applied to magazines. *Human Communication Research*, n.19, p.343-367, 1993.

JULIEN, H.; PECOSKIE, J.L.; REED, K. Trends in information research, 1999-2008: a content analysis. *Library & Information Science Research*, n.33, p.19-24, 2011.

KAYE, B.K.; JOHNSON, T.J. From here to obscurity? Media substitution theory and traditional media in an on-line world. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, v.54, n.3, p.260–273, 2003.

KRIKELAS, J. Information seeking behavior: patterns and concepts. *Drexel library quaterly*. Spring, v. 19, n. 2. p. 5-20, 1983.

LECKIE, G. J.; PETTIGREW, K. E.; SYLVAIN, C. Modeling the information seeking of professionals: a general model derived from research on engineers, Health Care Professionals, and Lawyers. *Library Quarterly*, v.66, n.2, p.161–193, 1996.

LEE, S.Y; HAWKINS, R. Why do patients seek an alternative channel? The effects of unmet needs on patients' health-related Internet use. *Journal of Health Communication*, 15, 152–166, 2010.

LEITE, R.A.F.; GALVAO, M.C.B. *Os profissionais da informação em saúde: perfis e campos de atuação*. 2006. Disponível em:<<http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/941.pdf>> Acesso em: 20 nov 2013.

LEITE, R.A. F. Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos. 2010. Dissertação (mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP. Disponível em:<<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-16112010-110825/pt-br.php>>>Acesso em: 08 out.2014.

LIMA, P.M.; OLIVEIRA, A.C.M. Relação profissional-paciente: a busca pela humanização nos serviços de saúde. *Revista Fluminense de Odontologia*, v.1, n.37, 2012.

LONGO, D.R.; PATRICK, T.B.; KRUSE, R.L. The natural history of the use of healthcare information by women with breast cancer: a conceptual model. *Annual symposium*. Amia symposium, p.413-417, 2001.

LOO, J.L. *Health information behavior*. 2008. Disponível em: <<http://www.jeffloo.com/stuff/dissertation/infbe071208.doc>> Acesso em: 10 dez. 2013.

LOPES, IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web. *Ciência da Informação*, v.33, n.1, p.81-90, 2004.

LUDKE, M.; ANDRE, M.E.D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1988.

MACEDO, P.C.M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Revista SBPH*, v.10, n.2, dez.2007.

MACIEL ALBUQUERQUE, E. *Necessidades e uso de informação: um estudo com médicos de Unidades de Saúde da Família*. 2010. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Ciência da Informação, Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <<http://dci2.ccsa.ufpb.br:8080/jspui/bitstream/123456789/630/1/NECESSIDADES%20E%20USO%20DE%20INFORMA%C3%87%C3%83O%20-%20um%20estudo%20com%20m%C3%A9dicos%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2012.

MACHADO, M.N; BARBOSA, R.R. O comportamento de busca de informação dos profissionais médicos em um hospital universitário público brasileiro. *Brasilian journal of information Science: research trends*, v.8, n.1/2, 2014. Disponível em: <www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/bjis/article/view/4230> Acesso em: 10 janeiro de 2014.

MACHADO, M.H. et al. *Análise da força de trabalho no setor saúde no Brasil: focalizando a feminização*. Observatório de recursos humanos, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSP_SA-FIOCRUZ/Analise_forca_trabalho.pdf> Acesso em 11 nov. 2014.

MARTINEZ-SILVEIRA, M.; ODDONE, N. Necessidades e comportamento informacional: conceituação e modelos. *Ciência da Informação*, v.36, n.1, p.118-127, maio/ago.2007.

MARTINEZ-SILVEIRA, M.S. *A informação científica na prática médica: estudo do comportamento do médico residente*. 2005. 184f. (Dissertação). Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8175/1/DISSERTACAO%20PRONTA%201.pdf>>. Acesso em 20 out. 2013.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Phychiatry online Brasil*, v.8, n.5, maio 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php> Acesso em: 20 dez.2013.

MARTINS, M.C.F. *Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional da saúde*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

MESSNER, R. What patients really want from their nurses. *Am J. Nurs*, v.93, n.8, p. 38-41, 1993.

MIGUEL, H.C. A fonoaudiologia no HRAC – USP. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 47. 2014, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais...* Bauru: HRAC- USP, 2014. CD-ROM.

MONDINI, C.C.S.D. et al. Reabilitação de pacientes com fissuras labiopalatinas e anomalias relacionadas: assistência de enfermagem. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 47. 2014, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais...* Bauru: HRAC- USP, 2014. CD-ROM.

MONLLEO, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.5, p.913-922, 2006.

MORAES, M.C.A.F. *Contribuições das atividades expressivas e recreativas durante a hospitalização da pessoa com fissura labiopalatinas*. 2012. 125f. Tese (doutorado em Ciências da Reabilitação). Universidade de São Paulo, Bauru, SP.

MORAES, I.H.S.; GONZALEZ DE GOMEZ, M.N. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n. 3, p.553-565, 2007.

MORENO, A. B.; COELI, C. M.; MUNCK, S. Informação em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infosau.html>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

MOURA, V.H.V. A busca de informação em equipes multidisciplinares: estudo de caso de uma instituição psiquiátrica. Belo Horizonte. *Perspectiva em Ciência da Informação*, v.4, n.1, p.85-100, jan/jun.1999.

NWEZEH, C.M.T.; SHABI, O.M.; SHABI, I.N. Information-seeking behavior of doctors at the Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile, Ife, Osun State, Nigeria. *Journal of Hospital Librarianship*, n.11, p.126-139, 2011.

O'LEARY, D.F.; NI MHAOLRÚNAIGH, S. Information-seeking behaviour of nurses: where is information sought and process are followed? *Journal of advanced nursing*, v.68, n.2, p.379-90, fev.2011.

OLIVEIRA, Etiene Siqueira de *O comportamento informacional de pós-graduandos de engenharia: estudo sobre a influência da personalidade*. 2013. 192f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP.

OZAWA, T. O. Aspectos Etiológicos, classificação, etapas e condutas terapêuticas para o tratamento interdisciplinar das fissuras labiopalatinas. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 47. 2014, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais...* Bauru: HRAC- USP, 2014. CD-ROM.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, v.35, n.1, 103-109, 2001.

PEREIRA, J.D.S. *A informação científica na rotina dos médicos residentes: residência em Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas*. 2008. Disponível em: www.sbu.unicamp.br/snbu2008/anais/site/pdfs/3495.pdf Acesso em: 12 nov 2013.

PETTIGREW, K.E.; FIDEL, R.; BRUCE, H. Conceptual frameworks in information behavior. *Arist*, v.35, 2001. Disponível em: <http://projects.ischool.washington.edu/chii/publications/fidel/conceptualframeworks.pdf> Acesso em: 10 set. 2013.

PIMENTEL, M.C.M. A psicologia no HRAC – USP. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 47. 2014, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais...* Bauru: HRAC- USP, 2014. CD-ROM.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*, v.8, p.68-87, 2006.

POSTER, E.C.; BELIZ, L. The use of the Johnson behavioral system model to measure changes during adolescent hospitalized. *Journal of community: health nursing*, 1998.

POWELL, J. et al. The characteristics and motivations of online health information seekers: Cross-sectional survey and qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research*, 2011.

RAFACHO, M.B. *A internet como recurso de acesso à informação para pais de crianças com fissura labiopalatina*. 2012. 149p. Dissertação de mestrado. Hospital de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP.

RIBEIRO, G.R. *O bibliotecário e o compartilhamento de saberes e informação no contexto da avaliação de tecnologias em saúde*. 2010. 125f. Dissertação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. *Universalidade e singularidade no campo da saúde*, 2006. Disponível em: <http://www.humaniza.org.br>. Acesso em 20 dez.2013.

RIOS, I.C. *Caminhos da humanização em saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Aurea editora, 2009.

RIZZOTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.55, n.2, p.196-199, mar/abr.2002.

ROCHA, E. C. de F; SIRIHAL DUARTE, A B. Estudos de usuários na prática profissional de bibliotecários. In: XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação - XIV ENANCIB, 2013, Florianópolis. Disponível em <<http://enancib.sites.ufsc.br/index.php/enancib2013/XIVenancib/paper/view/3/152>> Acesso em: 02 ago 2014.

RODRIGUES, V.M.C.P. Transmissão e obtenção de informação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p.2639-2646, 2010.

RODRIGUES, Carlos Zalberto. *A necessidade de informação dos conselheiros de saúde*. 2009. 192 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciência da Informação, Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.cid.unb.br/m001/M0011000.asp?txtID_PRINCIPAL=2>. Acesso em: 12 de maio de 2012.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SANTOS, Eliane Pereira dos. *Estudo sobre demanda e oferta de informação em saúde*. 2009. 207f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciência da Informação, Universidade de Brasília. Disponível em: <http://btdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5309>. Acesso em: 12 set. 2014.

SAVI, M.G.M.; SILVA, E.L. O uso da informação e a prática clínica de médicos residentes. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v.16, n.3, p.232-254, jun./set, 2011.

SAVI, M.G.M.; SILVA, E.L. O uso da informação na prática clínica na perspectiva da medicina baseada em evidências. *Inf. & Soc, Est. João Pessoa*, v.20, n.2, p.37-50, maio/ago 2010.

SAVOLAINEN, R . Everyday life information seeking. In: FISHER, K. E.; ERDELEZ, S.; McKECHNIE. L. *Theories of information behavior*. New Jersey: ASIS&T, 2005. p.143-8.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.5, p.538-42, 1997.

SIGOLO, B.O. *Comportamento informacional de cirurgiões dentistas: um estudo junto a ortodontistas da cidade de São Paulo*. 2012. 132f. Dissertação (Ciência da Informação), UNESP, Marília, SP.

SILVA, L.A.; SANTOS, J.N. Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. *Revista de Ciências da Administração*, v.14, n.34, p.155-168, dez.2012.

SILVA, T.P. *Medicina em rede: um olhar sobre a saúde 2.0*. 2010. Disponível em:<http://www.academia.edu/287029/Medicina_em_rede_Um_olhar_da_comunica%C3%A7%C3%A3o_sobre_a_Sa%C3%BAde_2.0> Acesso em: 8 nov. 2014.

SILVA, P. M. *Modelo de aceitação de tecnologia (TAM) aplicado ao sistema de informação da biblioteca virtual em saúde (BVS) nas escolas de medicina da região metropolitana do Recife*. 154 f. 2008. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Ciência da Informação, Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <<http://dci2.ccsa.ufpb.br:8080/jspui/bitstream/123456789/40/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Patr%C3%ADcia%20Silva.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. de 2014.

SILVA, F.C.C. A atuação do bibliotecário médico e sua interação com os profissionais da saúde para busca e seleção de informação especializada. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v.3, n.1, p.131-151, jul./dez. 2005.

SIMEÃO, E; MENDONÇA, A.V.M. Comunicação da informação em saúde no Brasil: aspectos de qualidade e desafios. 2007. ANAIS do Congresso Ibero Americano de Comunicação da Informação em saúde (CIACIS). Disponível em:<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/719/727>> Acesso em: 20 nov. 2013.

SIMOES, A.L.A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n.3, p.439-444, jul/set.2007.

SOUZA, A.D; SANTOS, E. A atuação do bibliotecário clínico em oncologia. In: Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação, 25.2013, Florianópolis. *Anais... FEBAB*, 2013. p. 1-12. Disponível em:<<http://portal.febab.org.br/anais/article/view/1497>>. Acesso em: 21 set. 2014.

SOUZA-FREITAS, J.A. (GASTÃO). Ciência e humanismo a favor da reabilitação e do próximo. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 39. 2006, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais... Bauru: HRAC- USP*. Disponível em:<http://www.centrinho.usp.br/pub_online/anais_39_anomalias.pdf> Acesso em: 28 set. 2014.

SPOSITO, C. et al. Os desafios do Serviço Social do HRAC – USP: prestação de serviços, ensino e pesquisa. In: Anomalias Congênitas Labiopalatinas, 47. 2014, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Anais... Bauru: HRAC- USP*, 2014. CD-ROM.

TAGA, V.; BLATTMANN, U. Comportamento informacional em teses e dissertações na ciência da informação no Brasil entre 2007-2012: revisão de literatura. *Biblios*, n.47, p.30-49, 2012.

TARGINO, M.G. *Informação em saúde: potencialidades e limitações*. Inf. Inf., Londrina, v.14, n.1, p.52-81, jul./jun.2009.

TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. (coord). Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar, Santos: Santos Ed, 2007.

VERGARA, S.C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997.

VIEGAS, D. *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização*. 2.ed. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

WIDMAN, L.E.; TONG, D.A. Requests for medical advice from patients and families to health care providers who publish on the world wide web. *Archives of Internal Medicine*, 157, 209–212, 1997.

WILSON, T.D. Fifty years of information behavior research. Annual Meeting Coverage, *Bulletin*, special section, v.36, n.3, p.27-34, fev/mar 2010.

WILSON, T. D. Human information behavior. *Informing Science*, v. 3, n. 2, p. 49-55, 2000. Special issue on Information Science Research. Disponível em: <<http://inform.nu/Articles/Vol3/v3n2p49-56.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2013.

WILSON, T. D. Models in information behaviour research. *Journal of Documentation*, London, v. 55, n. 3, p. 249-270, 1999. Disponível em: <<http://informationr.net/tdw/publ/papers/1999JDoc.html>>. Acesso em: 10 out. 2013.

WILSON, T. D. *Information behavior: an interdisciplinary perspective*. London: The British Library Board, 1996. Disponível em: <<http://informationr.net/tdw/publ/infbehav/cont.html>>. Acesso em: 9 jun. 2006.

WILSON, T. D.; WALSH, C. *Information Behavior: an interdisciplinary perspective*. Sheffield: University of Sheffield, 1996. Disponível em: <<http://informationr.net/tdw/publ/infbehav/cont.html>>. Acesso em: 10 jan.2014.

WILSON, T. D. On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, London, v. 37, n. 1, p. 3-15, 1981.

ZEPEDA, V. Popularização da internet provoca mudanças na relação médico-paciente. *FAPERJ*, 2009. Disponível em: <http://www.faperj.br/boletim_interna.phtml?obj_id=5986> Acesso em: 20 jan. 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (Sra)

Sou aluna do Programa de Mestrado em Ciência da Informação na Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP/Marília). Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada "Comportamento informacional de profissionais no domínio da saúde", com o objetivo de investigar como profissionais da saúde se mantêm atualizados e buscam informações para o desenvolvimento de seus atendimentos em equipe multidisciplinar no HRAC-USP.

A participação na pesquisa é opcional, ficando assegurado o direito de não participar. Caso concorde, é preciso saber que:

- A pesquisa proposta não apresenta riscos aos participantes, uma vez que seu objetivo é analisar o processo de busca informacional em equipes de múltipla formação, assim, não haverá identificação, ou seja, seu nome será mantido em sigilo, sem exposição de imagem ou informações pessoais que possam lhe trazer qualquer risco ou constrangimento, assim como não causarão nenhum sofrimento psíquico, físico, intelectual, social, cultural ou espiritual;
- A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de questionário contendo dez questões que precisa ser respondido até o final;
- Os resultados serão divulgados em relatórios e publicações de cunho científico;
- O propósito do questionário não é avaliá-lo e sim identificar seu comportamento de busca e uso da informação diante de sua necessidade.
- O benefício esperado é a contribuição com a área da Ciência da Informação no aperfeiçoamento de suas práticas para oferecer melhores produtos e serviços aos profissionais da saúde.

Conforme a Resolução 466/2012 a pesquisa garante aos participantes a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa por parte da pesquisadora e das instituições participantes.

Contante em sua participação, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos necessários por meio dos telefones e e-mails:

(Danielle, aluna do Mestrado em Ciência da Informação) ou diany_unesp@yahoo.com.br; (Helen de C.S.Casarin, orientadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação) ou helen-cs@uol.com.br; (Telma F.G.Motti, co-orientadora e funcionária do HRAC-USP) ou telmotti@centrinho.usp.br.

CONSENTIMENTO:

Pelo presente Instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, após a leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art.2 do Código de Ética do Profissional em Biblioteconomia). Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas no item IV.3 e IV.4 (se pertinente) da resolução do CNS/MS n.466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias (uma via para o sujeito de pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término.

Bauru, SP _____ de _____ de 2014.

Assinatura do sujeito da pesquisa

pesquisadora: Danielle da Silva Pinheiro Wellichan

APENDICE B

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DO HRAC – USP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



Projeto: COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE PROFISSIONAIS NO DOMÍNIO DA SAÚDE

I - Caracterização dos participantes:

- 1) Gênero: () masculino () feminino
- 2) Faixa etária em anos: () 20-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () mais de 60
- 3) Formação: Graduação (curso/profissão): _____
 Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado
- 4) Profissão no HRAC-Centrinho: () médico () dentista () enfermeiro () psicólogo
 () assistente social () fonoaudiólogo
- 5) Há quanto tempo atua no HRAC-Centrinho: () menos de 5 anos () de 6 a 10 anos () mais de 11 anos

II – Busca de Informação:

- 6) O prontuário do paciente é uma fonte de informação muito importante. Você considera que os prontuários dos pacientes no HRAC-Centrinho contém informações suficientes para realização do atendimento?
 () sim () não
- 7) É possível surgirem dúvidas a respeito da conduta a ser adotada para com o paciente durante o atendimento. Você poderia descrever a situação mais recente em que isto aconteceu e como você procedeu para buscar as informações necessárias?
- 8) Que fontes de informação você utiliza quando precisa obter informações que o auxiliem na definição de conduta para com os pacientes que atende (assinale todas as que se aplicarem):
 outros profissionais da área médica
 sites especializados
 artigos científicos em base de dados, quais? _____
 periódicos especializados
 relatórios de pesquisa
 protocolos ou guidelines
 outros profissionais da área de saúde
 coleção particular (registros e documentos particulares)
 buscadores da Internet, por exemplo: _____
 biblioteca do HRAC-Centrinho
- 9) Ao buscar informações na Internet, quais as suas dificuldades mais comuns:
 dificuldades no manejo dos recursos;
 selecionar entre a grande quantidade de documentos recuperados nas buscas;
 custo financeiro dos documentos não disponibilizados de forma integral;
 falta de tempo para se dedicar a busca;
 encontrar palavras-chave adequadas para recuperar o que realmente preciso;
 outra. Por favor, especifique: _____
- 10) Você poderia indicar mudanças ou adequações para que o HRAC-Centrinho atendesse melhor as suas necessidades de informação relacionadas às condutas para com os pacientes?

