



ZENY DUARTE
LÚCIO FARIAS
Organizadores

A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO

A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Naomar Monteiro de Almeida Filho

Vice-Reitor

Francisco José Gomes Mesquita

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Titulares

Ângelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ EL-Hani

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria do Carmo Soares Freitas

Suplentes

Alberto Brum Novaes

Antônio Fernando Guerreiro de Freitas

Armindo Jorge de Carvalho Bião

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Cleise Furtado Mendes

Maria Vidal de Negreiros Camargo



ZENY DUARTE

LÚCIO FARIAS

(Organizadores)

A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO

EDUFBA
Salvador-BA
Novembro 2009

©2009 by Organizadores
Direitos de edição cedidos à
Editora da Universidade Federal da Bahia - EDUFBA
Feito o depósito legal

Revisão de linguagem
Lúcio Farias

Editoração eletrônica e capa
Rodrigo Oyarzábal Schlabit

Sistema de Bibliotecas - UFBA

A medicina na era da informação / Zeny Duarte, Lúcio Farias (Organizadores);
apresentação: Dora Leal Rosa; prefácio: Fernanda Ribeiro; posfácio: Maria José
Rabello de Freitas. - Salvador : EDUFBA, 2009.
506 p. il.

ISBN 978-85-232-0633-8

1. Ciência da informação. 2. Ciências médicas. 3. Arquivologia. 4.
Biblioteconomia. 5. Sistemas de recuperação da informação. 6. Cooperação
universitária. I. Duarte, Zeny. II. Farias, Lúcio. III. Rosa, Dora Leal. IV. Ribeiro,
Fernanda. V. Freitas, Maria José Rabello de.

CDD - 025.065

CDD - 610



EDUFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n - *Campus* de Ondina,
40170-115 Salvador-BA
Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br
edufba@ufba.br

SUMÁRIO

NOTA PRÉVIA

Zeny Duarte, Lúcio Farias

11

APRESENTAÇÃO

Dora Leal Rosa

13

PREFÁCIO

Fernanda Ribeiro

15

A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO:

acção humana e novas tecnologias

João Paulo Marques Sabido Costa

19

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO PROJETO
EPISTEMOLÓGICO EM PORTUGAL E NO BRASIL

Armando Malheiro da Silva

27

PERSPECTIVAS DE INTERCÂMBIO BRASIL-PORTUGAL
NAS ÁREAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Edivaldo Machado Boaventura

57

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO
PARA A SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Lorene Louise Silva Pinto

61

A UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA NO
UNIVERSO DAS REDES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Suzy Santana Cavalcante, Luiz Ary Messina, Claudete Alves

67

OS ESCULÁPIOS E A CULTURA EM PORTUGAL E NA BAHIA:
estudo de vida, obra e arquivos, bibliotecas, museus e casas-museus
de médicos que ultrapassaram a fronteira da ciência médica

Zeny Duarte, Armando Malheiro da Silva

87

REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA
INFORMAÇÃO ARQUIVÍSTICA EM SAÚDE:
construção de vocabulário controlado

Dulce Amélia de Brito Neves

103

MEDICINA E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO:
uma abordagem integradora e interdisciplinar

Fernanda Ribeiro

111

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE EM PORTUGAL:
mito e realidade

Olívia Pestana

127

A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL ENTRE A UNIVERSIDADE
DO PORTO E AS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS:
o caso da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Sofia Gramaxo Ferreira

141

FONTES PARA O ESTUDO DA HISTÓRIA DA MEDICINA:
acesso facilitado pelas novas tecnologias

Esther Caldas Bertoletti

155

O MÉDICO E A MEDICINA NA CRIAÇÃO LITERÁRIA, HISTÓRICA,
ARTÍSTICA E NA PRODUÇÃO FILOSÓFICA E CULTURAL:
panorama português nos tempos modernos

Daniel Serrão

165

A MEDICINA E A TRADIÇÃO MÉDICA EM JÚLIO DINIS:
um estilete sentimental na “ciência do coração”

Carmen Abreu

185

EXPERIÊNCIA E VIVÊNCIA COM E NO ACERVO
HISTÓRICO E BIBLIOTECA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Ana Albergaria Quininha

219

UMA POLÍTICA PARA OS ARQUIVOS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Paulo Roberto Elian dos Santos

223

AS CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO E A SAÚDE HUMANA

Roberto Figueira Santos

233

PERSPECTIVAS DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
NA BAHIA APLICADA À ÁREA DA SAÚDE

Rosely Cabral de Carvalho, Meire Jane de Oliveira

239

COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
contribuições das teorias cognitivas

Aida Varela Varela

245

ESTRATÉGIAS DE BUSCA EM FONTES
DE INFORMAÇÃO ELETRÔNICA:
a pragmática médica

Bárbara Coelho Neves, José Carlos Sales dos Santos

265

REPRESENTATIVIDADE DOS PERIÓDICOS DA
BIBLIOTECA DO CPOGM / FIOCRUZ / BAHIA NAS BASES
DE DADOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

**Celeste Maria de Oliveira Santana, Ana Maria Fiscina Vaz Sampaio,
Adelvani de Araújo Boa Morte, Anderson Silva da Rocha, Martha Silvia Martínez-Silveira**

279

O IMPACTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E PADRÕES
DE CITAÇÃO ENTRE PESQUISADORES DO CENTRO DE
PESQUISA GONÇALO MONIZ (CPOGM / FIOCRUZ / BAHIA)

**Celeste Maria de Oliveira Santana, Ana Maria Fiscina Vaz Sampaio,
Adelvani de Araújo Boa Morte, Anderson Silva da Rocha, Martha Silvia Martínez-Silveira**

293

A GESTÃO INTEGRADA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE
PARA GERAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO CONHECIMENTO:

elemento de apoio diagnóstico/terapêutico e desenvolvimento
técnico-científico em instalações hospitalares

Fabrcio Veloso Costa

307

O USO DAS BASES DE DADOS EM
SAÚDE – DO CD-ROM À BUSCA *ONLINE*:

uma experiência da biblioteca central da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA

Isabel Cristina Nascimento Santana, Maria do Carmo Sá Barreto Ferreira,

Rejane Maria Rosa Ribeiro, Balmukund Niljay Patel

315

A MEDICINA TROPICAL NA BAHIA DE 1500 A 1886:

etapas anteriores ao período científico

Jorge Antônio Costa de Santana, Celeste Maria de Oliveira Santana

323

GRUPO DE ESTUDO, EXTENSÃO E PESQUISA
EM ARQUIVOLOGIA E SAÚDE (GEPAS):

uma experiência de interdisciplinaridade científica

Zeny Duarte, Lúcio Farias, Teresa Coelho, Ademir Silva, Joseane Oliveira, Luciene Brito

331

A RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
E O ACERVO DOCUMENTAL DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES:

estudo de caso

Josivaldo Soares Ferreira, Marli Batista Fidelis, Maria José Cordeiro de Lima

343

IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS E / OU
IMPRESSOS QUE COMPÕEM O PRONTUÁRIO MÉDICO

Jucélia de Oliveira Santos

359

COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

considerações iniciais

Luciene Jesus de Brito, Joseane Oliveira, Patrícia Fernandes, Sany Santana

365

POSSIBILIDADES E CONTRIBUIÇÕES DO LÚDICO NA CONSTRUÇÃO
DO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE:

Escola Municipal Elza Rogério, Muriaé – MG

Maria Aparecida Alves de Oliveira, Leiva Nunes

375

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE DOCENTES E TÉCNICOS
DO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA INDEXADA NAS
BASES DE DADOS LILACS E MEDLINE – 1982-2002

Maria Creuza Ferreira da Silva, Nanci Oddone

407

INOVAÇÃO METODOLÓGICA NO ENSINO DAS
DISCIPLINAS BÁSICAS NA ÁREA DE SAÚDE USANDO
FILMES CIENTÍFICOS EM ANIMAÇÃO ELETRÔNICA

Marcondes Queiroz Oliveira, Danilo Rogel Oliveira

419

GESTÃO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Margarete Farias de Moraes, Luciene Salies

429

NOVOS CAMINHOS PARA O PROFISSIONAL
DA INFORMAÇÃO BIBLIOTECÁRIO:

competências, habilidades, atitudes e a MBE

Maria da Graça Gomes Almeida, Kátia de Carvalho

443

ARQUIVO MÉDICO DE EMPRESAS:

instrumento para concepção de programas de

qualidade de vida dos funcionários

Nadja dos Santos Oliveira Carvalho, Patrícia Fernandes, Alessandra Santana

463

RISCOS PATOLÓGICOS NOS ESTOQUES DE INFORMAÇÕES:

implicações para o profissional bibliotecário

Nadja dos Santos Oliveira Carvalho, Patrícia Fernandes, Alessandra Santana

473

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:

em destaque o prontuário eletrônico do paciente no Hospital do Câncer de Londrina

Rosane Suely Alvares Lunardelli, Letícia Gorri Molina, Rosana Olavo Boscarior Alves

489

POSFÁCIO

Maria José Rabello de Freitas

503

Zeny Duarte
Lúcio Farias
(Organizadores)

Dedicamos este livro à professora e bibliotecária Eurydice Pires de Sant'Anna, homenageada do Medinfor 2008, e aos professores médicos Rodolfo dos Santos Teixeira e Roberto Figueira Santos, pela competência pessoal nas áreas da informação e saúde e pelo exercício profissional ético e humanístico.

O exercício da multidisciplinaridade (multi, inter e trans) nas ciências da informação, comunicação e saúde foi o macro-objetivo do Colóquio Internacional “A medicina na era da informação”, denominado Medinfor, promovido pela Universidade Federal da Bahia (Ufba), através do Instituto de Ciência da Informação, da Faculdade de Medicina, do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, pela Universidade do Porto, através da Secção Autónoma de Jornalismo e Ciências da Comunicação da Faculdade de Letras (Flup), e com a colaboração da Universidade Católica Portuguesa do Porto, através do Instituto de Bioética.

A reunião congregou em Salvador pesquisadores de Portugal e do Brasil em debates sobre temas relacionados às ciências da informação, da comunicação e da saúde. Ao final dos trabalhos, o evento demonstrou “ser não apenas possível, como necessário e útil, que estudiosos portugueses e brasileiros produzam o conhecimento científico em regime de intercâmbio, na medida em que sobressai mais aquilo que os une do que aquilo que os separa”, como observou o professor Armando Malheiro da Silva, da Universidade do Porto, em sua exposição na abertura do evento.

No pré-evento, realizou-se *workshop* com o tema *Aplicação da estatística na área da saúde e sexualidade: uma experiência a partir do estudo epidemiológico das práticas sexuais desprotegidas em uma população de homens e travestis*, coordenado pelas professoras Sandra Mara Silva Brignol, Maria Inês Costa Dourado e Leila Denise Alves Amorim, do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba.

Na sessão de encerramento foram aprovadas as seguintes recomendações: dar continuidade bienal ao Medinfor de forma intercalada na Bahia e no Porto; promover a divulgação ampla e intensa dos trabalhos nele apresentados, de modo a envolver especialistas e profissionais das duas áreas em publicações científicas;

incentivar os grupos de pesquisa em informação a participar de eventos organizados por profissionais / cientistas da área da saúde; sugerir que o acervo documental da Faculdade de Medicina da Bahia amplie ações voltadas à preservação e partilha social da memória histórica e institucional da Faculdade; propor que o *SiS Os médicos e a cultura* se constitua em plataforma de recolha, organização e recuperação da informação, a partir da qual sejam potencializados estudos no âmbito das ciências da informação e biomédicas.

Por meio de aditivo ao convênio de cooperação técnico-científica e de intercâmbio cultural assinado pela Ufba e UP, tanto o Colóquio quanto este livro são resultado feliz do plano de estudos pós-doutorais realizados pela Prof^a. Zeny Duarte na Secção Autónoma de Jornalismo e Ciências da Comunicação (Grupo de Ciência da Informação) da Flup, sob a orientação do Prof. Armando Malheiro da Silva, com bolsa da Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Portugal, fazendo valer o desenvolvimento científico e a inovação nas áreas da informação e saúde.

Para a realização do evento foi imprescindível o apoio da Fundação de Amaro à Pesquisa do Estado da Bahia, da Pró-Reitoria de Extensão da Ufba, da Editora da Ufba, da Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão, do Consulado Geral de Portugal em Salvador, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado da Bahia, da Fundação Oswaldo Cruz, da Editora da Bahia, da Associação dos Arquivistas da Bahia, do Hotel Pestana, do Salvador Convention Bureau, do Instituto Sócrates Guanaes, da Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia, da Clínica Delfin, da Telos, da Cantina da Lua e da Fundação Pedro Calmon, entidades às quais externamos nosso reconhecimento.

Igualmente agradecemos o valioso apoio da Secção Autónoma de Jornalismo e Ciências da Comunicação da Universidade do Porto, representada pelos professores Fernanda Ribeiro e Armando Malheiro da Silva, e do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa – Porto, representado pelo professor Daniel Serrão. *Last but not least*, aos ilustres doutores João Sabido Costa, cônsul de Portugal na Bahia, Edivaldo Machado Boaventura, presidente da Academia de Letras da Bahia, pela recepção aos conferencistas e a José Tavares-Neto, diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, pela inclusão do Colóquio nas comemorações do bicentenário dessa instituição-mãe da universidade brasileira.

Esta publicação, patrocinada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e dada a lume pela Editora da Ufba, colige e organiza por ordem de apresentação os textos das conferências e comunicações e divulga-os para a comunidade científica. É também um contributo no âmbito dos estudos em arquivologia, biblioteconomia, ciência da informação e comunicação na sua relação com as áreas da saúde, quando o assunto é acesso à informação médica.

Dora Leal Rosa

dora@fapesb.ba.gov.br

Vivemos em um novo mundo caracterizado por transformações tecnológicas e econômicas e pelo uso intensivo e extensivo das tecnologias da informação e comunicação. Nesse cenário, a sociedade contemporânea tem sido conceituada, dentre outros termos, como *sociedade pós-industrial*, *sociedade da informação* ou *sociedade do conhecimento*.

Manuel Castells, sociólogo espanhol, em sua trilogia *A era da informação: economia, sociedade e cultura* busca compreender nossa época, que é, segundo ele, marcada pela informação – um dos princípios organizadores de um novo modo de desenvolvimento, base material de uma nova sociedade – e pela estrutura em rede que transforma todos os domínios da vida social e econômica.

Explica-se assim que professores da área da ciência da informação, da Universidade Federal da Bahia e da Universidade do Porto, ao se proporem a organizar um evento em comemoração aos duzentos anos de criação do curso de medicina na Bahia, marco inaugural do ensino superior no Brasil, tenham tomado a medicina e a informação como tema do encontro.

O Colóquio Internacional *A medicina na era da informação* (Medinfor), reuniu, em Salvador – Bahia, pesquisadores brasileiros e portugueses que, entre os dias 14 e 17 de outubro de 2008, realizaram conferências e apresentaram comunicações em torno da temática da produção, organização e gestão da informação em medicina, pois a medicina contemporânea é, sem dúvida, tributária das novas tecnologias da informação e comunicação e campo privilegiado para a discussão sobre o controle social da informação na área da saúde.

A riqueza da programação do Medinfor 2008 e a qualidade dos trabalhos apresentados motivaram este livro-coletânea, *A medicina na era da informação*, organizado pelos professores Zeny Duarte e Lúcio Farias, cuja publicação assegura a memória do evento e principalmente a socialização das questões abordadas no Colóquio, uma das recomendações aprovadas na sessão de encerramento.

O êxito desse evento internacional motivou seus participantes a recomendarem sua realização bienal de forma intercalada na Bahia e no Porto, fortalecendo o intercâmbio acadêmico entre o Brasil e Portugal e a possibilidade da construção de um campo de investigação em torno da temática informação e ciências da saúde.

Certamente, o próximo colóquio, a ser realizado na cidade do Porto em 2010, contribuirá para o aprofundamento e avanço das discussões iniciadas em Salvador, ampliando assim nossa compreensão a respeito da sociedade informacional e, em particular, das articulações entre conhecimento, informação e ciências biomédicas.

Dora Leal Rosa

Licenciada e mestre em ciências sociais pela Ufba. DEA pela Université des Sciences Humaines de Strasbourg, França. Doutora em educação pela Ufba. Professora da Ufba. Diretrora-geral da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Membro do corpo editorial de *Práxis Educacional* e de *Gestão em Ação*.

Fernanda Ribeiro

fribeiro.hierro@netcabo.pt

O Colóquio Internacional *A medicina na era da informação* (Medinfor), realizado entre 14 e 17 de outubro de 2008, em Salvador, por ocasião do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia e dos 60 anos do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, foi fruto de um trabalho conjunto de docentes e investigadores da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), do Instituto de Ciência da Informação (ICI) da Universidade Federal da Bahia e da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Portugal), através dos docentes de ciência da informação, integrados na Secção Autónoma de Jornalismo e Ciências da Comunicação. Esta parceria internacional assenta num convénio firmado entre as duas universidades (Ufba e UP), que visa a cooperação docente e científica na área da ciência da informação, como forma de estreitar relações académicas e desenvolver trabalho de investigação conjunto, congregando docentes e investigadores portuenses e baianos.

Foi, justamente, no âmbito deste convénio, que a Prof.^a Zeny Duarte iniciou em outubro de 2006, a sua pesquisa de pós-doutoramento na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, circunstância feliz, que acabou por ser o factor que fez germinar a ideia do Colóquio, com organização luso-brasileira. O facto de a temática da pesquisa daquela investigadora se debruçar sobre a produção literária e artística de médicos portugueses e baianos, com identificação dos respectivos acervos e criação de instrumentos de acesso à informação neles contida, foi determinante para congregar diversos interesses e pessoas em Portugal e no Brasil, em torno da ideia do Colóquio. O empenho de diversas personalidades das instituições acima referidas, quer na Bahia, quer em Portugal, estimulado pela determinação e entusiasmo da Prof.^a Zeny Duarte, coadjuvada com idêntico empenho, pelo Prof. Lúcio Farias, puseram de pé o projecto e consumaram a sua concretização. O apoio da Faculdade de Medicina da Ufba e do Consulado de Portugal na Bahia, bem como o carinho especial com que o reitor da Universidade acolheu o evento, ajudaram ao sucesso conseguido.

Pode-se afirmar sem qualquer hesitação que o objectivo central do evento foi o exercício da interdisciplinaridade na ciência da informação e na medicina. A apresentação de trabalhos académicos ou de âmbito mais profissional num espaço de debate e de troca de ideias permitiu pôr em confronto perspectivas diversas e

estreitar laços entre profissionais das áreas da saúde e da informação, dos dois lados do Atlântico.

Ao longo de quatro dias, houve oportunidade para cruzar saberes e partilhar resultados de actividades de pesquisa teórico-prática nas áreas da análise, processamento, organização, avaliação e gestão da informação médica, a par com os problemas sentidos pelos profissionais da saúde quanto ao acesso e uso da informação mediados tecnologicamente. Nos dias de hoje, a informação constitui um recurso incontornável na tomada de decisão e no desenvolvimento da actividade clínica, nos mais diversos níveis e, por isso, a relação interdisciplinar entre a ciência da informação e as áreas da saúde (medicina, biologia, genética, química, etc.) é, cada vez mais, uma necessidade e uma obrigação.

A problemática inerente à informação médica passa por diversas instâncias, de que podemos citar alguns exemplos: o uso da informação conservada no que comumente se chama “arquivo clínico” e que põe problemas vários, quer de organização, quer de recuperação, quer de privacidade no uso e acesso; a informação científico-técnica resultante de investigação de ponta na área da medicina e das ciências biomédicas, que normalmente se guarda e se difunde a partir de bibliotecas ou centros de documentação de instituições hospitalares ou de ensino e que é fundamental para que os profissionais da saúde se mantenham actualizados e possam estar a par dos mais recentes desenvolvimentos decorrentes da investigação científica; o uso de bases de dados de referências bibliográficas, de artigos em texto integral, de informação clínica, de imagiologia, etc., que é outra das áreas fundamentais no apoio à actividade clínica. Estes e outros exemplos são uma amostra elucidativa da complexidade e da vastidão de conexões que se podem estabelecer entre a informação e o mundo da medicina e revelam a importância que um acesso rápido e eficiente à informação tem para a actividade dos profissionais e dos investigadores que operam em ligação com a área da saúde.

O volume desta obra, que agora se dá à estampa, reúne os trabalhos apresentados no Colóquio, num total de dezassete conferências e dezanove comunicações, de autoria muito variada, entre as quais se contam sete provenientes de Portugal ou envolvendo portugueses. Académicos, médicos, outros profissionais da saúde, arquivistas, bibliotecários, gestores da informação, de diversas regiões do Brasil e do país irmão, dão testemunho das suas preocupações, não só quanto à importância da informação para o exercício da actividade médica, como também no que respeita à preservação da memória das instituições, designadamente da Faculdade de Medicina da Ufba. Neste particular, o papel da Prof.^a Maria José Rabello de Freitas, que assina o posfácio deste volume, merece ser relevado e registado como *élan* fundamental para dar corpo ao projecto de preservação da memória desta faculdade.

A iniciativa de que esta publicação é, também ela, um traço de memória, foi um primeiro passo, já muito significativo, no estabelecimento de relações interdisciplinares entre a ciência da informação e a medicina, na criação de redes de cooperação académica e profissional nestas áreas entre o Brasil e Portugal ou no desenvolvimento de condições para a efectivação de projectos de trabalho e de pesquisa com colaboração portuguesa e brasileira. Foi um passo que deixou resultados concretos e que contribuiu para estimular outras realizações. O compromisso de realização do Medinfor II, que terá lugar em finais de 2010, na cidade do Porto, será, porventura, a oportunidade para consolidar esta cooperação que em tão boa hora se iniciou e para abrir novos caminhos em campos do saber que se mostram fecundos e propícios para o desenrolar de um trabalho promissor.

Fernanda Ribeiro

Doutora em ciências documentais e licenciada em história pela Universidade do Porto, PT. Bibliotecária-arquivista pela Universidade de Coimbra. Professora associada da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Realiza investigações na área da ciência da informação.

A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO: acção humana e novas tecnologias

João Paulo Marques Sabido Costa
jcosta@salvador.dgaccp.pt

INTRODUÇÃO

Nos dias que correm, a informação é cada vez mais um bem precioso. O saber, o conhecimento, cada vez mais alargado, constantemente renovado, é um valor essencial na vida das pessoas e um importante contributo para a organização das sociedades modernas.

Na área da medicina e da saúde, que é o seu objecto, a aquisição de novos conhecimentos, a troca de ideias e impressões, a discussão de propostas e conclusões são ainda mais relevantes, por ainda mais intimamente se encontrarem ligadas à qualidade de vida das pessoas e das populações, à sua existência saudável, realizada e produtiva. Nesse sentido, a medicina e a saúde têm conhecido progressos espantosos e fulgurantes, revolucionando assim as perspectivas de combate às doenças, consolidando o prolongamento de uma vida saudável, da infância à velhice, e garantindo uma maior dignidade da vida humana, individualmente e no seu conjunto.

Órgãos da medicina (e da saúde) são as universidades e centros de formação, onde se criam e aperfeiçoam os novos médicos ou profissionais congéneres - enfermeiros, gestores hospitalares e técnicos de saúde. São os hospitais e centros de saúde e atendimento, onde esses conhecimentos são aplicados em benefício dos doentes e da população. São os órgãos estaduais e estatais responsáveis pelo ensi-

no e pela saúde, nomeadamente, onde são planeadas e orientadas as políticas nessas áreas. São os centros de investigação, onde constantemente se estabelecem novos desenvolvimentos na área, a serem depois aplicados na prestação de cuidados aos doentes.

De salientar, também, a importante área da prevenção e formação sanitária, inclusivamente junto da infância, juventude e populações menos habilitadas, actividade que em Salvador (e na Bahia) é prosseguida de forma distinta por uma entidade como o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, da Fundação Osvaldo Cruz.

A área médica implica, assim, hoje, “acções de promoção, prevenção, reparação e reabilitação”, assistência, ensino, pesquisa e acção comunitária. Para além disso, como refere o Prof. Rodolfo Teixeira, o “saber sobre doenças, como tratá-las ou evitá-las, deixou de ser privilégio dos tratados de medicina. As suas raízes impõem avanços e extrapolam os acontecidos nos hospitais, nos ambulatórios, nos consultórios, nos laboratórios - o seu mundo presumível. Passam a depender de outras ciências, desde aquela que se interliga com a essência da própria vida - a biologia - a de outras, tais como a sociologia, a economia, a educação, a bioética, a política e, afinal, a de todas as que cuidam do comportamento humano e da sua relação com os ambientes em que vivem as pessoas”.

A GLOBALIZAÇÃO DO SABER E DA ACÇÃO HUMANA

Por outro lado, a aparição de novos conhecimentos não tem lugar fixo para se realizar: todo o mundo se tornou hoje um “canteiro de inovação”. Já a aquisição desse conhecimento poderá ser buscada, ou no local da sua criação, ou, em vez, através das novas tecnologias de informação, no próprio lugar de residência e trabalho dos interessados.

Como diz o Prof. Rodolfo Teixeira, “os meios de comunicação, a informática, a telemedicina, os deslocamentos que permitem visitas e estágios nos melhores centros do mundo tornaram realidade a medicina globalizada”. Refere Alfredo Matta: “Cada vez mais as instituições e organizações têm necessidade de agentes detentores de conhecimento teórico, mas aplicado aos problemas emergentes e práticos e capazes de se adaptar com rapidez na busca de novas soluções e de sua integração a contextos plurais e diversos”.

“A sociedade actual vive em um ambiente pleno de informação e conhecimento, continuamente renovado e colectivizado. Esta situação produz a diminuição do número de cargos, empregos formais ou ocupações baseadas no acúmulo de registos de conhecimento, na memorização ou na experiência com repetições de tarefas capazes de manter-se actualizadas por muito tempo (...)”

Devido a tal, todas as acções, iniciativas e impulsos na área da medicina só beneficiam, nos dias de hoje, se puderem ser desempenhadas e enquadradas em processos de cooperação, desde logo internacional, facilitadas e possibilitadas, por um lado, pela rapidez dos transportes e, por outro, pela proximidade criada pelas novas tecnologias de informação e comunicação, hoje em dia parte integrante da eficácia de qualquer actividade exercida em projectos de saúde.

A cooperação internacional consegue, assim, ir-se desenvolvendo em círculos cada vez mais alargados, atingindo dimensão global e podendo ser enquadrada em entidades como a Organização Mundial de Saúde. E poderá beneficiar-se de laços anteriormente criados e fortalecidos por relações históricas e linguísticas, como é o caso da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que no corrente ano instituiu uma reunião periódica dos ministros de saúde dos seus Estados membros, cuja primeira sessão teve lugar em Cabo Verde, em abril findo.

Será, assim, interessante recordar a Declaração saída dessa reunião, a qual salienta, principalmente, a “importância do desenvolvimento da cooperação multilateral no espaço da CPLP para a criação de sinergias no domínio da Saúde”. Procura-se, assim, “minimizar a fragmentação existente no plano das cooperações entre os países da CPLP”. Do mesmo modo, foi aprovada a Elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP).

De salientar, o relevo atribuído às redes já criadas na CPLP no âmbito da malária e Aids, bem como dos respectivos institutos nacionais de saúde pública, reconhecendo-se as redes da saúde da CPLP “como mecanismos privilegiados de intercâmbio de informação, partilha de experiências e promoção de boas práticas na área da saúde”. Nesse sentido, da referida reunião saiu também destacada a “importância da utilização do portal da CPLP como “meio privilegiado de divulgação e comunicação das redes de saúde”.

Dever-se-á também, ainda, referir, nesse âmbito, a criação, em julho de 2008, do “Fórum Saúde e Sociedade Civil da CPLP”. Trata-se de uma iniciativa promovida pelo Sr. Dr. Jorge Sampaio, antigo presidente de Portugal, enviado especial das Nações Unidas para a luta contra a tuberculose e embaixador da boa vontade da CPLP, que agrega organizações da sociedade civil vocacionadas para a saúde pública de vários países da CPLP.

Enfim, trata-se de projectos de cooperação internacional que aliam a potencialidade dos contactos humanos com as mais modernas tecnologias de comunicação, e de guarda e transmissão do conhecimento, incluindo modalidades como “a formação de recursos humanos de nível médio e superior, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde, investimentos, assessoria técnica e assistência farmacêutica”.

A FUNÇÃO DO CONSULADO-GERAL DE PORTUGAL NESSE CONTEXTO

Naturalmente, essas estruturas de cooperação internacional, seja no contexto da CPLP, seja em outros, em toda a sua amplitude e dimensão, terão também de ser concretizadas em acções pontuais e localizadas geograficamente. Cabe, assim, também às missões diplomáticas dos respectivos Estados encontrar e encorajar hipóteses de colaboração e intercâmbio entre os países que representam e aqueles onde estão representadas, nas suas áreas de competência e jurisdição, no nível, é certo, das autoridades locais, mas também das instituições de ensino, pesquisa e formação, das entidades representativas da sociedade e de todas as instituições que se enquadrem na área visada.

Num país imenso como o Brasil, para além da representação diplomática junto das autoridades federais, torna-se assim também fundamental o papel das representações consulares, que melhor e mais facilmente poderão interagir na área de sua actuação.

O estado da Bahia, pela sua antiguidade, pela natureza da sua cultura, pelas ligações próximas sempre mantidas com a sociedade portuguesa, oferece, por seu lado, um amplo e frutuoso campo de colaboração. Aliás, foi na Bahia, em Salvador, que foi criada a primeira faculdade de medicina do Brasil, que deu, inclusive, início aos estudos superiores neste país.

O Consulado-Geral na Bahia tem, desse modo, como dever não deixar perder hipóteses de cooperação que porventura surjam entre Portugal e as instituições baianas, ou em âmbitos internacionais mais alargados onde portugueses e baianos possam interagir e cooperar com proveito. Terá, assim, como dever, dar estímulo e continuidade a projectos que surjam e se desenvolvam, aproveitando, naturalmente, os mecanismos de cooperação internacional já criados, e em estreita articulação com a Embaixada em Brasília e as autoridades de Portugal.

Uma área, entre várias, em que o Consulado-Geral deverá estar actuante será, por exemplo, aquela pelo “Programa de Cooperação entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Federativa do Brasil no âmbito da Subcomissão para as áreas da Educação, Cultura, Comunicação Social, Ciência e Tecnologia, Juventude e Desporto para 2006-2009,” assinado em Lisboa em 23 de novembro de 2005, no âmbito do Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta de 2000.

Embora não abrangendo, naturalmente, todas as áreas implicadas pelas questões da medicina, ou da saúde, podemos encontrar no seu Capítulo III, o propósito de promover “cooperação nos campos da ciência, tecnologia e ensino

superior, visando o acesso à informação científica e tecnológica, o apoio à mobilidade de cientistas e académicos, a participação em projectos conjuntos de investigação e de desenvolvimento tecnológico e a promoção de conferências científicas e outros eventos de natureza semelhante”.

Importante, ainda, é, nomeadamente, a referência ao intercâmbio de alunos, como já se processa entre universidades e centros de ensino da Bahia e de Portugal, mas que poderá ser ainda muito mais desenvolvido.

Outras áreas de relevo, no que respeita à circulação de profissionais, são as da aceleração dos processos de reconhecimento de graus e títulos académicos, e da possibilidade do acesso a profissões e seu exercício, matérias que têm vindo a ser tratadas nas instâncias bilaterais especialmente criadas para o efeito, também no âmbito do Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta de 2000.

O BICENTENÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Como especial efeméride bilateral em que o Consulado-Geral de Portugal esteve presente e seguiu com interesse e empenho, gostaria de destacar a cerimónia de comemoração, em 18 de fevereiro de 2008, dos 200 anos de criação da actual Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), que contou com a presença de altas personalidades brasileiras, bem como com uma delegação da Universidade de Coimbra - considerada “escola-mãe” daquela instituição baiana - presidida pelo seu reitor.

É aliás no contexto dessa mesma efeméride – a dos 200 anos do ensino médico superior no Brasil, que se realiza o presente colóquio sobre a “Medicina na Era da Informação”, comprovando a importância da história como, não apenas uma recordação de um passado extinto, mas enquanto um impulso vital e vitalizante para o presente e para o futuro.

PROJECTO DE AMPLIAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDOS PROF. DR. EGAS MONIZ, DO HOSPITAL PORTUGUÊS DA BAHIA, PARA UM CENTRO CIENTÍFICO E CULTURAL

Outro projecto que gostaria de referir, e que considero digno de ser apadrinhado, é o projecto de ampliação do Centro de Estudos Prof. Dr. Egas Moniz, do Hospital Português da Bahia. Desenvolvido pelo Prof. Rodolfo Teixeira, daquele hospital, visa esse projecto criar condições para que aquela instituição médica de referência baiana e portuguesa possa ainda mais do que até aqui “funda-

mentar a qualidade das suas actividades (...) na busca estruturada de informações geradas pelo trabalho que põe em prática, o que quer dizer pesquisa clínica e epidemiológica (...) e ainda no empenho de formação e de aprimoramento daqueles que vivem os seus problemas ou que procuram o hospital com o objectivo de aprendizado”.

Será, ainda, de mencionar, no âmbito das actividades do Hospital Português da Bahia, o I Congresso Lusófono de Medicina Familiar que tem lugar de 4 a 6 de novembro de 2009 em Salvador.

A IMAGEM DO MUNDO E A VISÃO DA REALIDADE

Como será de notar, nunca procurei dissociar os recursos dos desenvolvimentos tecnológicos da comunicação, da acção e contactos humanos. Na realidade, parece-me evidente que uns (o aspecto humano e contacto do ser com a realidade) e outros (as novas tecnologias do conhecimento) serão sempre indissociáveis, se quisermos que cumpram o objectivo de servir a humanidade.

Efectivamente, desde sempre, pôde ser constatado que o emprego de uma certa nova técnica ou tecnologia altera a nossa maneira de pensar. Mas quererá isso dizer que ela forçosamente nos “desumaniza”? Já Platão, no seu tempo, manifestava recear que o desenvolvimento da linguagem escrita levasse o homem a tomar o símbolo pelo representado, julgando-se tão sabedor quando, na realidade, seria ignorante.

Naturalmente, esse risco de alienação não pode ser ignorado, mas é também uma verdade, como o diz Nicholas Carr, a importância da linguagem escrita para divulgação de informação, instigação de novas ideias e disseminação do conhecimento, possibilitando o progresso e evolução da civilização e da humanidade. Escreve, assim, Alfredo Matta: “A acumulação do conhecimento, necessária para trabalhar a natureza em contextos e organizações cada vez mais complexos foi o que dificultou a oralidade, estimulando o registro escrito. A sociedade visual e mecânica que surge a partir da escrita passou a acumular um total de conhecimento maior do que a capacidade de registro natural de um indivíduo”.

Contudo, tal facto não invalida o atrás referido perigo, sempre latente, de nos dissociarmos do real, caindo na tal “desumanização”. Ao longo da história, foi comprovado, por exemplo, como a invenção e o desenvolvimento do relógio permitiu - mesmo que inconscientemente - separar o Tempo dos acontecimentos humanos, que passaram a ser regidos por aquele em vez de ser eles resultante.

E parece ainda que autores e filósofos como Nietzsche viram a sua forma de escrita - e consequentemente a de pensar - alterada pelo uso da máquina de escrever, passando de argumentos a aforismos, de pensamentos a trocadilhos, da retórica ao estilo telegráfico.

Tudo isso só leva a entender como, por a mente humana se ir mostrando maleável ao uso de novas tecnologias, também a Internet e as modernas técnicas científicas de comunicação virão alterar a nossa forma de pensar e agir de uma maneira que ainda não compreendemos totalmente.

Mas presume-se que tudo isso será inevitável, e que o progresso - pelo menos técnico - nunca poderá ser seriamente parado na história.

Importante, sempre, será não perder de vista, com cuidado, o objectivo último aonde nos deverá conduzir o progresso: à valorização da Humanidade, à sua evolução verdadeira, ao seu progresso coerente e sustentado. No fim, o que terá de ser respondido, é se efectivamente se comprova, eventualmente em cada caso, o que Alfredo Matta refere como “possibilidade (derivada das novas tecnologias) de trabalhar com a totalidade do que é observado”. A questão será, exactamente, a confirmação de que o que é conhecido, é mesmo “a totalidade” do que se pretende observar, ou, antes, uma sua desfiguração alienatória potencializada pela sua representação tecnológica.

Não poderá, assim, o homem desfazer-se da técnica. Não poderá, também, contudo, a técnica escravizar o homem, levando-o a alienar-se e a perder o sentido de si mesmo, através da perda do sentido da realidade.

CONCLUSÕES

Parece incontornável poder dizer-se que está a emergir “uma sociedade voltada para o conhecimento pragmático, para um conhecimento colectivo e disponível o tempo todo, actualizado e acessível a qualquer um, assim como ao conjunto da sociedade, pronto para ser usado na resolução de cada problema específico e singular do indivíduo, mas também das diversas e possíveis articulações colaborativas entre eles”. Constrói-se, desse modo, essa sociedade “interligada em rede, que funciona sempre e continuamente e com potencial de armazenamento e processamento praticamente infinito de informações”, conduzindo a “comunidades de aprendizagem inter-relacionadas e de alcance contínuo e mundial”.

A acção humana e consciente, por seu lado, vai e deve ir a par com esses desafios tecnológicos - para bem da humanidade e para felicidade do ser humano. Não deixará de ser uma caminhada “a dois”, na qual o homem não esquece a máquina, e também a máquina não poderá “apagar” o homem. E parece-me que

a medicina - com os objectivos magnos que persegue – será uma área onde, cada vez mais, deverá ser possível comprovar essa inevitabilidade. Nietzsche escreveria: “O nosso equipamento de escrita participa na formação dos nossos pensamentos”.

Por curiosidade, podemos referir Bruce Friedman, que “bloga” regularmente sobre o uso de computadores no âmbito da medicina a salientar como a Internet alterou os seus hábitos mentais, tendo-se-lhe tornado muito “difícil” a leitura de textos longos, tanto na “Web” como impressos.

No que respeita ao tempo em que vivemos, recorda Alfredo Matta (Op. cit., p. 25) que “[...] praticamente todos os cenários e ambientes de convivência entre seres humanos estão, hoje, influenciados pelas tecnologias de informação e suas consequências sociais”.

REFERÊNCIAS

CARR, Nicholas. What the internet is doing to our brains. *The Atlantic*, Washington, D.C, July / August 2008, p.56-63.

DECLARAÇÃO da praia. Nota informativa. In: *REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DA CPLP*, 1. 2008. Cidade da Praia, Cabo Verde. Disponível em: <<http://www.cplp.org>> .

IMAGEM REAL: Informativo da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesesseis de Setembro do Hospital Português da Bahia. Salvador, 1 jul. 2008.

MATTA, Alfredo. *Tecnologias de aprendizagem em rede de ensino de história*. Brasília: Liber Livro, 2006.

TEIXEIRA, Rodolfo. O ofício do médico é elaborar o misterioso fenómeno da vida. *Imagem Real*: Informativo da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesesseis de Setembro do Hospital Português da Bahia. Salvador, 1 jul. 2008.

João Paulo Marques Sabido Costa

Cônsul-geral de Portugal na Bahia desde 2006. Licenciado em direito pela Universidade Católica de Lisboa. Membro do quadro diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal. Serviu nas embaixadas de Portugal na República Popular da China e na República Federal da Alemanha.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO PROJECTO EPISTEMOLÓGICO EM PORTUGAL E NO BRASIL

Armando Malheiro da Silva
armando.malheiro@gmail.com

A CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO: DEBATE EPISTEMOLÓGICO E RENOVAÇÃO CONCEITUAL

Um ponto crítico e básico não tem sido assumido no debate que vai sendo tecido, muito dele ao compasso “cego” dos modismos filosóficos e ideológico-políticos, sobre se a ciência da informação (CI) é “uma nova ciência, mesmo em se tratando de uma disciplina científica recente” (OLIVEIRA, 2005), nascida após a Segunda Guerra Mundial e no ambiente político, social, económico e tecnológico dos Estados Unidos da América dos anos 50 e 60 (LINARES COLUMBLÉ, 2005), perfeitamente autónoma da documentação, com origem localizada na Europa e, mais precisamente, na Bélgica, na sequência do inovador contributo teórico e prático de Paul Otlet e Henri Lafontaine a partir do final de Oitocentos. E, assim, alegadamente distinta da “velha” bibliotecologia/biblioteconomia, cuja origem institucional se prende, segundo as análises históricas, mais ou menos consensuais, com o aparecimento das bibliotecas régias e, sobretudo, com as bibliotecas nacionais pós-revolução francesa, e cuja origem “teórica” tende a ser procurada no trabalho catalográfico de Calímaco, na célebre Biblioteca de Alexandria, de Gabriel Naudet (séc. XVII) e de outros posteriores “artífices” de regras de catalogação e classificatórias, destinadas a ordenar, a localizar e a recuperar facilmente “os livros”.

As relações entre essa CI autónoma ou autonomizável e a arquivologia ou arquivística permaneceram, durante muito tempo, tópico marginal, se não mes-

mo *tabu*, até que Fonseca e Jardim (1992) abriram um filão exploratório, em língua portuguesa, muito inspirador e que seria retomado por Fonseca na sua tese de doutoramento (2005). Em Portugal, o impacto desse artigo foi reconhecidamente importante no repensar da arquivística (SILVA et al., 1999) e da proposta transdisciplinar formulada por Silva e Ribeiro (2002), após um debate encajado com colegas portugueses ligados à biblioteconomia, à documentação, à arquivística e aos sistemas de informação.

Saber se a CI é, pois, um campo científico específico com paradigmas próprios, embora possua intercâmbio com outras disciplinas igualmente autónomas, como a Biblioteconomia, a documentação, a arquivologia e os sistemas de informação (SILVA, 2007), etc., ou se pode ser encarada como um estágio evolutivo transdisciplinar ou, dito de forma mais simples, como *uma evolução da biblioteconomia, conforme a crença de alguns autores* (OLIVEIRA, 2005), constitui, sem dúvida, um tópico epistemológico central que não tem sido enfrentado com clareza. É certo que Le Coadic (1996) postulou uma CI mais abrangente que a “tecnológica” *Information science* norte-americana e herdeira de práticas e de princípios teóricos que vinham pelo menos do séc. XIX europeu, mas, tratando-se de um francês, químico de formação e “cartesiano” na sua concepção da racionalidade (conhecimento) científica, compreende-se que tenha protagonizado, de forma não totalmente assertiva, uma proposta unitária e transdisciplinar. O pragmatismo anglo-americano e a influência de correntes, que vão do marxismo e do estruturalismo ao pós-modernismo, não tardaram, tal como se percebe através de uma revisão analítica da literatura acumulada sobre epistemologia da CI, nas duas últimas décadas, a ofuscar essa concepção e a estabelecer um discurso apologetico em torno da condição interdisciplinar da CI.

Temos, aqui, outro tópico central que despoleta questões adjacentes sobre a (im)possibilidade de produção de um conhecimento autónomo em CI, sobre a contradição essencial com a defesa de uma CI específica de raiz norte-americana (não se pode, sem cair em contradição grave, defender uma disciplina científica autónoma e sustentar que ela é uma interdisciplina, mas há autores que têm caído nesta armadilha facilmente...) ou sobre a natureza do objecto de estudo (será o documento apenas? Será a informação desmaterializada será que, fenomenologicamente, é possível a desmaterialização da informação? Será, antes, a comunicação como última e essencial instância do Homem, animal simbólico (ERNEST CASSIRER?). O tópico, que estas questões ilustram, tem a ver com a diferenciação entre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (SILVA, 2007), debate imprescindível para o bom encaminhamento de reflexões e de pesquisas diversas como a que, aqui, empreendemos sobre os paradigmas da CI, mas sem a pretensão de esgotarmos o tema ou até de chegarmos a conclusões impactantes.

O conceito de paradigma, hoje tão expandido e não apenas no plano científico e epistemológico, mas um pouco por todos os campos e sectores de actividade, teve no físico e historiador de ciência norte-americano, Thomas Khun, o seu (re)introdutor no último quartel do séc. XX. É, pois, natural que se recorra ao livro de Khun (1975) e à significação aí expressa, quando se retoma o conceito, embora sejam, cada vez mais, subjetivos os desvios e as reinterpretações, o que é, aliás, natural e inevitável. Podemos, aliás, notar que, na literatura recente em CI, a respeito dos paradigmas, há duas tendências semânticas: uma, que parece ter sido aceite por Rafael Capurro (2003), Stumpf, Freire (2006) e outros, associa paradigma a propostas de teorias, modelos e pressupostos metodológicos bem delimitados, direccionados e partilhados pela comunidade activa do campo (docentes, investigadores, especialistas e profissionais); outra, mais ampla e “essencialista”, afirmada por Silva (2006, p.158), conota paradigma como um

modo de ver/pensar e de agir comum a uma ampla maioria de cientistas (dentro do seu campo disciplinar específico) de diferentes línguas e nacionalidades distribuídos por mais que uma geração, [acrescentando que tal] homogeneidade é compatível com a coexistência de diferentes formulações teóricas e “escolas” desde que não ponham em causa ou em perigo o esquema geral de ver/pensar e de agir (paradigma) reproduzido pelo ensino superior universitário e politécnico e pelas sociedades científicas.

Estas diferentes tendências determinam, directamente, as perspectivas em jogo sobre quais, quando e como actuam os paradigmas em CI. Propor quatro paradigmas ou apenas dois grandes paradigmas, tem subjacente um diverso entendimento de paradigma, mas também concepções epistemológicas de CI distintas, sobretudo porque a proposta de dois paradigmas – um custodial e outro, emergente desde finais do séc. XX, pós-custodial – assenta numa concepção de CI transdisciplinar, ou seja, agregadora das disciplinas precedentes e práticas ou tecnológicas como a arquivologia, a biblioteconomia, a documentação e, naturalmente, a CI norte-americana.

Nesta intervenção exploratória, objectiva-se deixar bem alinhado o posicionamento epistemológico que publicamente defendo, vincando, de imediato, alguns conceitos operatórios centrais. Feito isto, enfatizarei o projecto institucional e académico oficializado em França no ano de 1975, com a criação oficial, pelo Estado, das CIC como 52^a Secção interdisciplinar do Conselho Superior das Universidades (CSU) (tornando-se, depois, em 1983, a 71^a secção, também interdisciplinar do mesmo Conselho, bem como do seu sucessor, o Conselho Nacional das Universidades) e, no ano de 1977, com a criação da *Société*

Française des Sciences de l'Information et Communication (SFSIC). Esta experiência francesa, sem réplica igual no universo anglo-americano, funciona, sem dúvida, como modelo inspirador para o projecto epistemológico das ciências da informação e comunicação que faz todo o sentido recriar e desenvolver, em Portugal e no Brasil, como mais uma resposta válida aos inúmeros e imprevisíveis desafios da era da informação, que nos envolve e marca cada vez mais.

Aceitando, como eficaz, a sequência expositiva de alguns conceitos nucleares de uma concepção trans e interdisciplinar da CI, começo por recordar a definição operatória de informação que pretende ser um divisor “de águas” e um passo dado no sentido da clarificação do objecto de estudo e de acção de todos quantos se reclamem ou sejam formados para cientistas e profissionais da informação:

Informação: *Conjunto estruturado de representações mentais e emocionais codificadas (signos e símbolos) e modeladas com/pela interacção social, passíveis de serem registadas num qualquer suporte material e, portanto, comunicadas de forma assíncrona e multi-direccionada.* (SILVA, 2006, p.150; DeltCI).

Nesta definição está já explicitada a ponte com a interacção humana e social, que o conceito de comunicação consubstancia e que, não se confundindo com informação, embora haja autores que têm aceite essa arduosa confusão, ou nela caído, é, sem dúvida, intrinsecamente complementar.

Comunicação: processo de transmissão de informação entre agentes que partilham um conjunto de signos e de regras semióticas (sintáticas, pragmáticas e semânticas), tendo por objectivo a construção de sentido. Sinónimo de interacção humana e social e pressupõe necessariamente informação sob a forma de mensagens ou conteúdos transmitidos, partilhados, em suma, comunicados (SILVA, 2006, p.143; DeltCI).

Informação e comunicação são dois conceitos operatórios que servem para designar e compreender um fenómeno humano e social, que consiste na capacidade inata e adquirida de “dar forma” (ideias, sensações, emoções, etc.) e de interagir com outro(s) ou de “tornar comum” aquilo a que se deu forma (SILVA, 2006, p.81-109). Informação é, assim, sinónimo de *conhecimento* (explícito) e de *dado* (qualquer representação codificada por mais ínfima que seja) e contrapõe-se a *cognição* (conhecimento implícito ou tácito e definível como função que realiza o conhecimento, material, porquanto determinada, fisiologicamente, pelas estruturas e pelos modos de funcionamento do cérebro – Tiberghien, 2002, p.71) e,

também, a *dato*, entendido como impulso físico ou natural. Mas, o fenómeno infocomunicacional radica no psiquismo; daí Raymond Ruyer (1902-1987), filósofo francês pouco conhecido entre nós, ter enfatizado a informação psicológica que prevalece sobre a física. Tendo começado, com a sua tese de doutoramento apresentada em 1930, por lançar-se na tessitura de uma vasta filosofia do mundo, passando pouco depois, em 1937, com a publicação de *La conscience et le corps*, a interessar-se pela análise da relação entre a consciência e o organismo, debruçou-se, em particular, sobre a sensação visual. Isto é considerado um ponto de viragem na sua obra, operando uma distinção radical entre as estruturas mecânicas (físicas) e aquilo que ele passou a designar por “formas verdadeiras”. Ponto de viragem e embrião da filosofia da informação ruyariana, tal como ele a expôs em 1950, após os trabalhos de Claude Shannon/Warren Weaver e de Norbert Wiener: a “forma verdadeira” de 1937 converte-se naturalmente em informação psicológica ou quase-informação, descrita, em 1954, no livro *La cybernétique et l'origine de l'information*. E as “estruturas mecânicas” passam a receber o nome de informação física. Ruyer ergueu, assim, uma revisão/releitura profunda e bem articulada dos pressupostos mecanicistas da teoria matemática da comunicação (Shannon e Weaver) e da cibernética (Wiener), que não tardaram a ter uma influência perversa nas concepções e acepções que passaram a envolver a informação a par do desenvolvimento da informática e o aparecimento da Internet. Mas, essa releitura não teve, infelizmente, a força suficiente para se impor e urge, por isso, que seja recuperada e enfatizada, tendo em conta o seu valor e pertinência.

Através de um quadro de recapitulação, Sylvie Leclerc-Reynaud (2006, p.67) sintetizou de forma bastante clara o pensamento de Ruyer, opondo debaixo de três categorias a informação psicológica ou quasi-informação (IP) e a informação física (IF):

Natureza

A IP é tema, sentido; a IF corresponde, na Cibernética, a uma neguentropia ou estrutura improvável.

Lugar

A IP está do lado do sujeito, no seu cérebro, nas áreas do lobo occipital para as informações visíveis, do lobo temporal para as informações audíveis, etc.; a IF do lado do objecto (fora de mim), sobre uma página para um texto, um campo magnético para um texto codificado em 0 e 1, no ar para os fotões ou nos fios eléctricos para os impulsos eléctricos (telefone), etc

Propriedades

A IP é não mensurável, não visível, fonte de neguentropia, com sentido (informação vertical), dinâmica (informação directora) e amorfa; e a IF é mensurável, visível, tende para a entropia, não

tem sentido (informação horizontal), não dinâmica e possui forma precisa.

Na acção, eu informo // A quase-informação é iniciadora e directora // Passagem do sentido à estrutura.

A IP é sentido em forma de intenção, de necessidade, de motivações, isto é, de tendência orientada para um fim; a IF consiste em meios de realização e de acção realizada (correio e mensagem material; cinzel e estátua; software e máquina equipada).

Na aquisição de conhecimento, eu me informo // A quase-informação é receptora // Passagem da estrutura ao sentido.

A IP é mensagem lida, inclusão, sentido sob forma de significação, de ideia ou de expressividade, informação terminal e nutritiva; a IF é mensagem material (seqüência de letras, *pattern* de fotões, etc.), informações circulantes e horizontais (sem sentido).

Na comunicação // Pedro informa João, que escutando-o, se informa // Do sentido à estrutura (expressão) e da estrutura ao sentido (compreensão).

Informação enquadradora: no início, intenção como ideal visado (sentido a ser comunicado) e no final, compreensão, sentido sob a forma de significação, de idéia ou de expressividade; Transmissão de dados: no início, mensagem como fenómeno enquadrado, informações circulantes e horizontais (sem sentido) e no final, mensagem como fenómeno enquadrado, informações circulantes e horizontais (sem sentido).

A proposta filosófica de Ruyer, assim sumariada, inspira e apoia a distinção que vimos fazendo, em publicações e em nível de graduações e pós-graduações da Universidade do Porto, entre informação e documento. Aquela é conteúdo mental e emocional plasmado num qualquer código social (língua, aritmética, desenho, notação musical, etc.) que surge e se acumula no cérebro humano. Quando ela transita do cérebro para algo fora do sujeito/pessoa materializa-se e temos, então, o documento. Este só existe quando há materialização externa ao sujeito da informação e resulta, portanto, de um acto de extensão da memória pessoal e de um acto de transmissão social.

Características que distinguem o fenómeno infocomunicacional, entendido como capacidade simbólica (humana e social) de dar forma mental a ideias e emoções, e de as transmitir a outros através de uma efectiva interacção, ou seja, da troca mútua e correspondida de sentido (comunicação), e o fenómeno da materialização ou fisicalização dos signos e símbolos. Numa ciência social, como é o caso da CI, e, para mais, ciência social aplicada, os problemas e temas de estudos, que enformam o seu objecto ou campo de análise, remetem mais para a primeira fenomenalidade que para a segunda, embora seja impossível abordar

com rigor a infocomunicação omitindo a sua materialidade. Segundo Yves Jeanneret, estamos perante um equívoco que urge denunciar: a imaterialidade deriva da hipérbole, figura de estilo que significa intenção de exagerar algo, porquanto

Le technicien sait bien que la miniaturisation des dispositifs est une condition de la “révolution numérique” et que l’équipement informatique demande beaucoup de quincaillerie (en anglais: “hardware”). Quant au sémioticien, il doit savoir que tout signe comporte un signifiant, c’est-à-dire une face matérielle. Le pouvoir de l’écrit est, comme le montre bien l’exemple du Petit Prince, essentiellement lié à la matérialité de ses supports (JEANNERET, 2000, p.115).

É pelos documentos e pela condição documentária do processo infocomunicacional que se deve iniciar o debate epistemológico em torno da CI, sendo essa a via mais segura e sólida para percebermos que a substância de nossas pesquisas reside no sentido, na informação psicológica ou na quase-informação, como lhe chamou Raymond Ruyer.

A CI é, pois, uma ciência social aplicada que investiga os problemas, temas e casos relacionados com o fenómeno infocomunicacional perceptível e cognoscível através da confirmação, ou não, das propriedades inerentes à gênese do fluxo, organização e comportamento informacionais (origem, colecta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e uso da informação). (SILVA, 2006, p.140-141; e DeltCI).

Perspectivada desta forma, a CI congrega em si a herança disciplinar advinda de um tempo ou paradigma (custodial e patrimonialista), em que a preocupação central foi a de localizar, ordenar, descrever e recuperar documentos/objectos físicos, que interessava guardar e proteger como bens patrimoniais valiosos e só potencialmente interessantes para alguns. Dentro deste espírito surgiram e consolidaram-se a arquivística, a biblioteconomia, a documentação e até a museologia, que se mantêm, inevitavelmente, num estágio pré-científico, alcançando apenas a cientificidade através de uma dinâmica transdisciplinar constitutiva da CI. Misturando práticas, metodologias, conceitos operatórios e objectivos, essas alegadas “ciências documentais” impulsionam-se para fora dos limites do senso comum e da mera praticidade, ousando, enfim, explicar e tornar compreensíveis e solucionáveis os seus problemas de estudo. Problemas que se situam no âmbito da conceituação de informação e de comunicação, o que implica, obviamente, uma inscrição natural da CI num campo interdisciplinar em que as ciências da comunicação são presença obrigatória e privilegiada.

O QUE SÃO AS CIC?

Vejam, agora, como nasceu esta interdisciplina, assim designada por vários autores que se ocupam das origens e evolução das ciências da informação e da comunicação (CIC) em França.

Jean Meyriat e Bernard Miège consideram que, nos anos sessenta, a teoria da informação e da comunicação, surgida no pós-II Guerra Mundial nos EUA, era ainda quase desconhecida em França, com uma especial excepção: a *École Pratique des Hautes Études*, que através do seu *Centre d'Études des Communications de Masse* (CECMAS) e da revista *Communications*, logo nos seus primeiros números, contribuiu para introduzir e comentar as concepções que estavam sendo expostas e desenvolvidas nas universidades norte-americanas. Por outro lado, o *Institut Français de Presse* (IFP), criado em 1946 no seio do *Institut d'Études Politiques* (*Sciences Po*) e integrado na Universidade de Paris em 1957, e o *Centre d'Études Littéraires et Scientifiques Appliquées* (CELSA), criado em 1963 no âmbito da *Sorbonne*, fizeram o seu caminho contributivo, embora, de início, muito confinados aos sectores profissionais específico – a imprensa e as relações públicas. A acção destas entidades não pode ser omitida, mas os factores determinantes no surgimento das CIC aparecem do lado da pressão social e da evolução do capitalismo pós-1945, reflectidos no ensino secundário e, sobretudo, universitário, cada vez mais desafiado a dar resposta a um mercado que cresce e se diversifica espantosamente. Os debates intelectuais e a produção teórica anterior e posterior a maio de 1968, ainda que muito relevantes, também não tiveram peso superior ao factor institucional educativo.

A criação de vias profissionais e de diplomas específicos, sobretudo a partir de meados da década de sessenta, impulsiona a institucionalização das CIC de uma forma algo heterogênea, mas que formará um conjunto consistente com as seguintes designações para as especialidades ministradas em diferentes universidades: informação e documentação (entre 1967 e 1974, sem o complemento “aplicadas às empresas ou organizações”), comunicação (posteriormente acrescentada de “organizacional”), jornalismo e “profissões do livro” ou “edição e mercado”. É interessante notar que o qualificativo informação designou, inicialmente, tanto jornalismo como informação competitiva, inteligente ou de empresa e há que sublinhar, também, que esta formação profissional, desenvolvida para atender às necessidades crescentes do mercado, encontrou nos *Instituts Universitaires de Technologies* (IUT) espaço adequado e pioneiro. Com efeito, foi aí que amadureceram os professores que se tornariam os especialistas de uma disciplina em gestação e foi aí, dentro do IUT – departamento *Carrières de l'information*, que

se agruparam todas as profissões que, de uma maneira ou de outra, tinham por matéria um objecto difícil de definir – a informação. A amplitude e ambiguidade deste conceito axial permitiram agregar saídas profissionais bastante diversas a ponto de se tornar necessário oferecê-las aos estudantes através de duas grandes opções e criando, dentro delas, cinco subopções. Debaixo da opção comunicação surgiram, como variantes, ou ramos, o jornalismo (sob todas as formas), a publicidade (que se deixou de chamar, por efeito de uma “ambiciosa usurpação de sentido”, comunicação) e profissões com designações diversas decorrentes da comunicação empresarial. Por seu turno, a opção documentação foi subdividida em documentação propriamente dita e profissões do livro, nas quais se incluem a actividade editorial, livreira e o trabalho em bibliotecas (MEYRIAT E MIÈGE, 2002, p.46-48).

O modelo formativo e profissionalizante consolidou-se e expandiu-se, instalando-se como oferta em nível de *licence* e *maîtrise* (generalistas em informação e comunicação), bem como em nível de *diplomas de estudos superiores aprofundados*, pelas universidades em geral. E esta expansão e legitimação académicas exigiam, naturalmente, um reforço da credibilidade científica que surgiu, de início, à margem das pressões e das exigências do mercado e da formação especializada de profissionais mais bem preparados e competentes, tendo como protagonistas principais três docentes-investigadores, representando três tendências diferentes no vasto e difuso campo das CIC: Roland Barthes, Robert Escarpit e Jean Meyriat organizaram uma reunião ocorrida, em fevereiro de 1972, na *Maison des Sciences de l'Homme*, em Paris, que contou com a participação de quarenta e quatro pessoas, na maioria universitários. Dessa iniciativa marcante resultou a decisão de criar um comitê das ciências da informação e da comunicação, destinado a obter junto ao comitê consultivo das universidades uma nova secção consagrada às CIC, a conseguir o reconhecimento destas como uma especialidade capaz de formar doutorados e a ter lugar entre as secções disciplinares do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). Esse jovem comitê dedicou-se à missão fundadora, do ponto de vista teórico, de precisar os contornos do novo domínio, delimitando as suas fronteiras. Coube-lhe, nomeadamente, distinguir um núcleo de conhecimentos fundamentais, e outro de conhecimentos aplicados. No primeiro, foram identificadas a semiologia, a sociologia da informação e da comunicação, a história da informação, o estudo dos sistemas jurídicos, económicos e políticos da informação, a teoria da informação, a comunicação de massa (conjunto fluido que, entretanto, passou de moda) e a sociologia da literatura (ramo a que Robert Escarpit, formado e com trabalho reconhecido no estudo da literatura comparada, haveria de ligar o seu nome e esforço, bem evidenciado numa das obras seminais da teorização do campo das CIC - ESCARPIT, 1991).

No segundo núcleo, a par da bibliotecologia (e/ou biblioteconomia), da documentologia (ou documentação), da filmologia, dos estudos da imprensa, da publicidade ou do marketing vemos, também, estudos das relações sociais e da animação sociocultural e as denominadas ciências do espectáculo. Sem dúvida, uma lista muito heteróclita, mas que permitiu uma base de reflexão ulterior bastante profícua.

A linha de rumo para a fundamentação epistemológica fora, assim, dada e, entre outras achegas relevantes, a criação da *Société Française des Sciences de l'Information et de la Communication* (SFSIC) e a realização dos seus congressos bianuais (o 1º teve lugar em Compiègne, 21 e 22 de abril de 1978), estimularam imenso o seu aprofundamento e maturidade, bem evidenciados, aliás, no documento da 71ª secção do CSU, apresentado em junho de 1985, em que as CIC são assumidas claramente como um campo interdisciplinar que incide sobre:

- os estudos centrados nas noções de informação e de comunicação, nas suas relações, na natureza dos fenómenos assim designados, bem como nas análises filosóficas, epistemológicas, metodológicas, lógicas, matemáticas destes fenómenos;
- o estudo da informação e do seu conteúdo, das suas propriedades, da sua representação;
- o estudo dos sistemas de informação e dos modelos documentais, informáticos e outros que viessem a ser postos em prática;
- o estudo dos *media* da comunicação sob seus diversos aspectos;
- o estudo do funcionamento dos processos de comunicação das produções e usos da comunicação;
- o estudo dos actores da comunicação e dos agentes do tratamento e da transferência da informação, da sua formação, de suas profissões (MEYRIAT e MIÈGE, 2002, p.60).

Baseando-se, neste elenco de temas e problemas constitutivos do objecto das CIC e procurando sistematizá-los, numa espécie de manual editado na colecção *La Bibliothèque de l'Étudiant – 1er et 2e cycle* da *Hachette-Supérieur*, Alex Mucchielli reservou uma primeira parte para condensar e expor os “domínios de estudo” das CIC, e uma segunda parte para as diferentes abordagens científicas dos fenómenos da comunicação.

São postos em destaque e analisados quatro “domínios de estudo”: as *novas tecnologias da informação e da comunicação*; os *mass media*; a *comunicação publicitária (e suas extensões: a comunicação social e a comunicação política)*; e a *comunicação de empresa ou comunicação organizacional*. Dentro de cada um é possível perceber a(s) trajectória(s) de pesquisa gizada(s) pelas CIC, que são examinadas de forma sucinta, mas rigorosa. Ora vejamos:

As NTIC constituem um tópico privilegiado de estudo que foi disputado pelas CIC (interdisciplina situada no campo das Ciências Sociais e Humanas) aos tecnólogos e engenheiros. Encadeia-se neste “domínio” uma variedade de aspectos que correspondem a segmentos de análise fecunda e tipicamente interdisciplinar: digitalização das informações; multimédia e interactividade; acesso a “conhecimento representacional” através da imagem; as redes (a “Numéris” da *France Télécom* e a Internet); o “cibermundo”; o diálogo homem-computador ou máquina de comunicação; a informação-documentação electrónicas; o ensino e a formação baseada nas TIC; o imaginação das TIC; o mito das mudanças psicológicas e sociais provocadas pela tecnologia.

Outro tópico central de estudo é a Comunicação de Massas, cuja definição se torna sempre essencial esclarecer e feito isso os tópicos de pesquisa sucedem-se: a audiência de massa, concebível como uma quantidade ampla, indeterminada, heterogénea e anónima de “consumidores” de informação (que não apenas notícias, mas todo o tipo de informação difundida amplamente), tem de ser estudada como factor estruturante da comunicação de massas; os diversos meios de comunicação de massas; a imprensa; a rádio; o cinema e a televisão; os mecanismos de mediação da comunicação de massas; a criação de uma mediocracia, isto é, uma classe que tem acesso aos media; e as ambivalências deontológicas dos mediadores.

A comunicação de tipo publicitário, que tem raízes longas, sendo possível recuar até à Antiguidade Clássica ou até período anterior, e que despoletou pesquisas em várias direcções: a Psicologia desenvolveu e ensaiou, a partir dos anos 1930-35, fundar cientificamente a publicidade, visando a explicação do seu funcionamento; e os estudos semiológicos voltaram-se também para os média e para a publicidade. A par destas pesquisas não pode ser esquecida a investigação levada a cabo sobre o segmento da comunicação política, que compreende especificamente a propaganda.

A Comunicação de empresa ou comunicação organizacional, definida por Bernard Miège como um conjunto de técnicas de gestão do social, tendo em vista três grandes objectivos: forjar uma identidade forte e valorizada da empresa; favorecer a emergência de uma nova gestão do trabalho; e participar na modernização da produção, das condições e das estruturas de produção (essencialmente com a ajuda das TIC). Trata-se de um segmento que abrange diferentes tipos de comunicação no contexto empresarial: a “comunicação interna”; a “comunicação externa”; a comunicação de crise; a imbricação das práticas. E podemos elencar vários tópicos fortes de pesquisa com suas naturais subdivisões: a comunicação gestonária (*communication managériale*); a mediação organizacional; e a introdução das TIC nas organizações – seu impacto, resistências e adaptações das empresas e do trabalho (MUCCHIELLI, 2006, p.13-90).

O mesmo autor reservou a segunda parte do seu livro para enumerar e explicar de forma condensada, mas clara, as abordagens científicas clássicas e as novas abordagens dos “fenômenos de comunicação”.

Nas clássicas, deparamos as abordagens de matriz psicológica e psicossociológica, que compreendem o paradigma estruturoexpressivo (visa o estudo da personalidade, implica um modelo canônico da expressividade humana e remete para a teoria da emissão), os métodos de análise de conteúdo (a saber: a análise automática das orientações dos discursos, a análise comparativa das tendências dos discursos, os métodos de análise de conteúdo quantitativos e formais, a análise de conteúdo temático ou a pesquisa das constantes nos temas dos discursos, as análises fundadas na recuperação das atitudes nas trocas pessoais, a análise, pela grelha de Bales, das atitudes na comunicação dos grupos, a análise das atitudes no diálogo, através da grelha de Rogers, a análise das “comunicações defensivas”, as análises de conteúdo “interpretativas e reduccionistas”, a análise metafórica psicanalítica e a análise mitográfica) e a abordagem de psicologia social clínica de Palo Alto, que introduziu o paradigma interacionista-sistêmico ou sistema de interações, as regras de troca, a mudança sistêmica, a intervenção terapêutica, a estratégia de enquadrar e de reenquadrar os fenômenos, a construção das realidades secundárias, etc. Deparamos as abordagens de origem linguística cujos traços fortes são: o paradigma semiológico (o objecto de estudo deste paradigma é, em última instância, a comunicação que o receptor capta em sua cabeça e, portanto, emerge a teoria implícita da recepção), as análises semânticas de conteúdo e as análises semiológicas de conteúdo. E, por fim, deparamos as abordagens de cariz sociológico, a saber: a funcionalista e a “teoria crítica” ou abordagens críticas (Escola de Frankfurt e a “Escola” Francesa, representada, entre outros, por Bernard Miège, Armand Mattelard, etc.).

Nas novas abordagens, não se pode deixar de ter em conta, mesmo que com reservas e fundadas críticas, a medialogia de Régis Debray, que, muito sucintamente, consiste no estudo das mediações através das quais as ideias tornam-se forças materiais, a abordagem pela “comunicação-processo” através da teoria semio-contextual e a abordagem pela sistêmica das comunicações (corporizada pela *École de Bézier*, que se propôs ir mais além que Palo Alto, propondo a modelização sistêmica) (MUCCHIELLI, 2006, p.91-150).

Desta sinopse possível das CIC, quanto à evolução e fundamentação teórico-metodológica, sobressai a sua matriz claramente interdisciplinar ou de interdisciplina tecida a partir de diferentes e complementares abordagens científicas específicas: trata-se de uma interdisciplina com fronteiras porosas, quer com outras interdisciplinas, nomeadamente as ciências da educação e interciências como os sistemas de informação e as ciências cognitivas, quer com disciplinas avulsas

bem demarcadas. E, com a particularidade de acolher em seu seio o que alguns autores, posicionados dentro da literatura francesa sobre a composição interna deste campo, denominam de documentologia, mas que na terminologia de uso espanhol é documentação e, em Portugal, se diluiu numa designação, entretanto posta em causa como rótulo de um modelo formativo anacrônico e desajustado – as ciências documentais (SILVA; RIBEIRO, 2002). É, aliás, nítido no que ficou exposto o recorte bastante acentuado que afecta o tópico de pesquisa informação-documentação, sendo assumido como uma vertente prática e profissional, sem referências teórico-metodológicas evidentes. Debaixo das CIC tem vindo a ser dada atenção formativa, em nível de licenciatura e de pós-graduação, à inteligência competitiva e organizacional desenvolvida como espaço de busca e de implementação de soluções que rentabilizem a produção, a organização e o uso da informação “estratégica” da empresa e apenas essa. É curioso notar que, tendo Yves Le Coadic publicado, em 1994, a sua proposta de uma CI com identidade própria e, paradoxalmente, definida como uma das novas interdisciplinas (em que colaboram entre si, principalmente, a psicologia, a linguística, a sociologia, a informática, a matemática, a lógica, a estatística, a electrónica, a economia, o direito, a filosofia, a política e as telecomunicações), situada na corola da sua metáfora gráfica da flor agregando, em si, disciplinas práticas ou profissionais, como a biblioteconomia, a documentação, o jornalismo ou a museoeconomia, não se tenha tornado um referencial influente nos manuais ou compêndios, como o de Mucchielli ou o de Olivesi (2006). A razão que se pode encontrar é a fragilidade óbvia de uma proposta de CI que é ambígua e contraditória, sendo uma ciência específica e uma interdisciplina, e como tal parte integrante de outra interdisciplina – as CIC. É inconsistente demais!...

Não admira, pois, o carácter eminentemente instrumental, tecnicista e reductor com que a noção informação-documentação surge no quadro epistemológico das CIC. São, a este propósito, esclarecedoras as palavras de Jean-Paul Metzger (2006, p.43), professor na *École Nationale des Sciences de l'Information et Bibliothèques* (ENSSIB):

Comme bien d'autres secteurs d'activité et de connaissance, l'information-documentation – notion largement utilisée pour éviter le caractère réducteur du seul terme “documentation” – est à la fois une activité et un objet d'étude et d'analyse. Elle est d'abord une activité de service, qui est fondée sur des compétences et des savoirs, qui fait appel à un matériel et qui s'appuie sur une technologie. Elle est aussi un objet d'enseignement et de recherche, qui englobe les processus d'accès à la documentation et à l'information et les mécanismes de leur traitement, les matériels et

les techniques documentaires, les pratiques professionnelles et leurs lieux d'exercice.

Em rigor, não se encontra na paleta de disciplinas científicas que compõem as CIC, uma CI bem demarcada como campo científico próprio, com problemas e temas de pesquisa, e também com teorias, mas antes uma pulverização de actividades e técnicas aplicadas a tipos infodocumentais bem contextualizados (unidades de ciência & tecnologia, indústria, serviços financeiros, seguros, etc.) como a biblioinfometria, as “linguagens documentárias”, estudos de utilizadores, sistemas de recuperação de informação electrónica e digital, etc.. Uma pulverização prática que é contraditória com o discurso teórico ou teorizante, inspirado em Paul Otlet, e fundamentado quanto às noções de documento e semidocumento em Escarpit (1991) e Meyriat, que, em 1970, definiu documento como um objecto que suporta informação e que serve a comunicá-la, distinguindo, na sequência disto, os documentos “por intenção” e os documentos “por atribuição”: aqueles são concebidos expressamente para transmitir informação, sendo essa a intenção clara do autor ou produtor; e estes apenas se tornam documentos a partir do momento em que se busca neles informação, ou seja, os artefactos/objecto naturais só são documentos quando vistos ou encarados como suportes de conhecimento novo, significando isto atribuir-se-lhes carácter documentário (METZGER, 2006, p.45). Trata-se de uma concepção que tem feito “escola” entre os docentes e investigadores que assumem estar agregados debaixo do projecto institucional, académico e formativo/profissional das CIC (em França). Mas, se procurarmos ver se a teorização produzida neste âmbito, avultando Meyriat, a par de Escarpit, de Barthes ou de Miège, aparece entre a produção dos arquivistas e bibliotecários públicos franceses, facilmente se percebe que a comunicabilidade/aceitabilidade das ideias da “tribo” SFSIC para, por exemplo, a dos “chartistas”, professores, antigos e novos alunos da famosa *École National des Chartes* (ligada à Sorbonne), é bastante reduzida, embora seja compreensível que se intensifique nos tempos que correm. A “quarteirização” das disciplinas e profissões tem forte tradição em França e isso nota-se bem no caso em foco.

PORTUGAL E BRASIL: DIFERENÇAS E APROXIMAÇÕES AO CASO FRANCÊS

Especificidades estruturais e conjunturais dos processos históricos dos países torna, genericamente, óbvia a ideia de que há diferenças no modo como evoluem as profissões e como a respectiva formação é institucionalizada através de escolas superiores e das universidades.

Em Portugal, só após o 25 de Abril 1974, ou *Revolução dos Cravos*, que derrubou um longo regime ditatorial denominado “Estado-Novo” (1933-1974), liderado pelo professor de direito na Universidade de Coimbra, António de Oliveira Salazar (1889-1970) e, pelo seu substituto na chefia da Presidência do Conselho de Ministros, o professor de direito na Universidade de Lisboa, Marcello Caetano (1906-1980), é que as universidades e, a seguir, os institutos politécnicos assumiram e garantiram a formação profissional de nível superior para a área do jornalismo e da comunicação (relações públicas e publicidade). Anteriormente, a profissão de jornalista acolhia pessoas graduadas em cursos diferenciados, com natural preferência pelas letras (literaturas e línguas, história e filosofia), assim como era bastante comum e tradicional a formação *in loco*, ou seja, o jornalista entrava com a escolaridade primária e liceal (podendo esta não estar finalizada) e era sujeito a um processo formativo gradual e ascendente até receber a sua carteira profissional – o jornal era, em pleno, a sua escola e o seu emprego. Já no séc. XIX, com a explosão do fenómeno da imprensa escrita, assistiu-se, também, ao facto de alguns tipógrafos tornarem-se também profissionais da pena, redigindo em “linguados” textos (crônicas e prosa de opinião) para os prelos dos periódicos. Uma situação formativa em contexto laboral que as transformações socioeconómicas, tecnológicas e político-institucionais, introduzidas durante e logo após as duas guerras mundiais, mostraram ser obsoleta, e o caminho a seguir apareceu sinalizado pela especialização, garantida por conservatórios (para as artes, onde entraria, a par da música e do teatro, o cinema, rádio e televisão), escolas superiores (de jornalismo) e, sobretudo, pelas universidades.

O atraso na formação superior para as profissões ligadas à “comunicação de massas” sofreu, pois, um notório atraso, registando-se, a partir da década de oitenta, um acréscimo exponencial de cursos e de profissionais graduados e de investigadores no campo das ciências da comunicação, como fica bem patente no volumoso *As ciências da comunicação na viragem do século*, organizado por José Bragança de Miranda e Joel Frederico da Silveira e que tem o formato editorial de *Actas do I Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação* (SOPCOM) (MIRANDA; SILVEIRA, 2002, p.8), realizado na Fundação Calouste Gulbenkian, entre 22 e 24 de março de 1999. Quase onze anos depois da sua criação (a SOPCOM nascera em 1988), era feito um balanço e, sobretudo, a consolidação de um projecto científico, académico e profissional. Um grande objectivo foi, sem dúvida, a elaboração de um

primeiro diagnóstico da situação portuguesa. Durante esses dias, especialistas portugueses e estrangeiros discutiram sobre ensino e investigação da comunicação em Portugal, sobre as perspectivas para o seu futuro bem

como questões ligadas à cultura, à história e à pós-modernidade. Esta última temática mostra que procuramos abrir o debate a colegas que, não se inscrevendo directamente na área das ciências da comunicação, se posicionam em áreas próximas e transversais, demonstrando o nosso interesse em integrarmos a comunicação na área mais alargada das ciências sociais e humanas, sem perder de vista a especificidade e autonomia do nosso campo de investigação.

Vendo com atenção o índice, confirma-se esse desiderato de abertura a áreas próximas e transversais. Na parte II, reservada às *sessões temáticas*, os títulos alinham-se e esclarecem-nos quanto à questão da constituição do *core* das CC, em que a vertente técnico-profissional é naturalmente forte, e das relações com áreas estratégicas como a educação, as novas tecnologias (cibernética e sistemas de informação), sociologia da ciência, a ciência política, as ciências cognitivas ou ainda a filosofia e epistemologia: *audiovisual e multimédia, comunicação, arte e cultura, comunicação e ciência, comunicação e educação, comunicação, imagens e imaginário, comunicação e média, comunicação e novas tecnologias, comunicação organizacional e institucional, comunicação política e opinião pública, o direito da comunicação, ética e comunicação, jornalismo, linguagem e interacção social, políticas e economia da comunicação, publicidade, marketing e relações públicas, teorias e filosofia da comunicação*. Um elenco interessante em que não aparece, como se vê nos congressos da SFSIC, o segmento da informação-documentação: o tópico mais próximo a esta temática técnico-profissional é o da comunicação organizacional e institucional, em que as comunicações, apresentadas sob esta rubrica, não evidenciam uma clara convergência com as preocupações e aplicações da gestão da informação/da documentação, tal como ela se foi desenvolvendo nas sociedades capitalistas na segunda metade de novecentos. Entre seis comunicações, só duas podem ter a ver ou suscitar algum interesse a documentalistas e profissionais da informação: *O modelo organizacional de Karl Weick como estrutura teórica de produção de discurso organizacional*, por António Mira Marques Mendes, e *Estratégias de comunicação e administração municipal*, por Eduardo José M. Camilo (MIRANDA; SILVEIRA, 2002, p.666-671; p.672-686).

O elemento exposto mostra não apenas que as profissões ligadas à comunicação social ou em sociedade (da imprensa aos média audiovisuais, como a rádio e televisão), surgiram e têm evoluído, nomeadamente em termos de formação e investigação, totalmente à parte das profissões associadas às instituições patrimoniais e culturais da modernidade, como são os arquivos, as bibliotecas e até os museus, mas também que o desiderato de abertura a áreas próximas e transversais expresso na *Apresentação* subscrita pelos organizadores do grosso vo-

lume de *Actas*, não abrangeu a arquivística, a biblioteconomia, a documentação e muito menos a ciência da informação.

O mesmo tipo de fechamento, com algumas quebras sintomáticas, mas pontuais e frágeis, se verifica através da análise dos conteúdos das actas dos encontros e congressos nacionais da Associação Portuguesa de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas – BAD, fundada em 1973, em resultado dos esforços dos profissionais portugueses de documentação e de informação. As preocupações teóricas seguem muito de perto a matriz profissional, construída com base num forte senso comum. Aliás, tanto no que se refere às designadas ciências documentais (SILVA; RIBEIRO, 2002), como às ciências da comunicação percebe-se que os esforços de teorização e cientificidade partem dos problemas sentidos, percebidos e vividos em nível de senso comum, confirmando-se a tese epistemológica da não oposição entre senso comum e ciência, mas uma complementaridade que os distingue e os relaciona estreitamente (SANTOS, 1987; SANTOS, 1989). Em suma, profissionais de bibliotecas, arquivos e centros de documentação/serviços-sistemas de informação e profissionais da comunicação, em Portugal, têm afirmado trilhos próprios e independentes, separação que se estende ao campo teórico e dos cruzamentos disciplinares.

Comparada com a formação de jornalistas, etc., a formação de bibliotecários, arquivistas, etc., desde o séc. XIX, começou por ser similar, no sentido em que se verificou a aprendizagem das tarefas e a aquisição de competências profissionais nos locais de trabalho, com pessoas dotadas de instrução básica ou apenas média (não universitária ou superior), mas, ainda antes do fim do séc. XIX, deu-se a institucionalização, por parte do Estado, da gestão e da profissionalização ligadas às bibliotecas e arquivos, com a aposta no envolvimento de instituições de cariz universitário: o decreto de 29 de dezembro de 1887, que criou a *Inspecção Geral das Bibliothecas e Archivos Públicos*, instituiu o primeiro curso de formação de bibliotecários e arquivistas (RIBEIRO, 2008; SILVA; RIBEIRO, 2002, p.141-152). Era um curso de instrução superior, denominado de bibliotecário-arquivista, que habilitava para os lugares de conservador, oficial, amanuense-paleógrafo e amanuense do Real Arquivo, bem como lugares equivalentes da biblioteca nacional, sendo leccionadas quatro disciplinas (história pátria e universal, filologia comparada ou ciência da linguagem, literatura latina e grega e literatura moderna da Europa) no curso superior de letras e três (numismática, diplomática e bibliologia) junto do Arquivo Nacional - Torre do Tombo e da Biblioteca Nacional. Um plano de estudos que ilustra a génese, a evolução e a cristalização, ao longo do séc. XX, do paradigma custodial, patrimonialista, historicista e tecnicista (SILVA, 2006, p.158), em que foi ficando evidente a tutela científica sobre os

ensinamentos e os procedimentos práticos de bibliotecários, arquivistas e documentalistas da história e dos estudos filológicos e literários, núcleo central da erudição positivista (construção do conhecimento do passado com base na análise documental) e humanista, consolidada ao longo de Oitocentos e vigente, em Portugal, até ao último quartel de Novecentos. Vale a pena abrir um parêntese e recordar o modelo formativo consubstanciado na *École Nationale des Chartes*, instituída em Paris, em 1821, e que continua como sendo uma pequena *grande École*, com experiência na formação de *archivistes-paléographes* e conservadores de bens patrimoniais (coleções bibliográficas, arqueológicas e museográficas) (SILVA; RIBEIRO, 2002, p.130).

O curso de bibliotecário-arquivista, nascido através do citado diploma, foi sofrendo alterações e remodelações, mas a matriz patrimonialista e historicista manteve-se e prolongou-se dominante. O principal traço deste tipo de formação, bem diferenciada, por isso, da que os jornalistas continuariam a ter até ao 25 de Abril, emergirá como sendo pós-graduada ou de especialização, o que significa ser exigida uma graduação ou licenciatura na área de letras (humanas e ciências sociais) e “ciências” (exactas e naturais), com uma quase hegemonia das primeiras, para que fosse possível o ingresso no curso de bibliotecário-arquivista que, a partir de 1935 até 1982, foi leccionado apenas na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, onde nunca houvera – assim é expresso no preâmbulo do decreto-lei nº 26.026 de 7 de novembro de 1935 “interrupção no exercício do ensino das disciplinas subsidiárias da história que constituem o núcleo dos mesmos estudos” (SILVA; RIBEIRO, 2002, p.146).

Perante a escassez de oferta de formação e a desactualização do curso de bibliotecário-arquivista, diante dos novos e inusitados desafios postos pela Era da Informação, em que estamos, um grupo de profissionais começou a delinear um modelo para um novo curso, também de cariz pós-graduado ou de especialização (exigindo uma licenciatura em qualquer área), formalizado legalmente pelo Decreto-Lei nº 87/82, de 13 de julho, que extinguiu o velho curso leccionado na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra e criou, na mesma instituição, o curso de especialização em ciências documentais. O *leit-motiv* central liga-se à necessidade de dinamizar as infraestruturas na área dos serviços de documentação, de biblioteca e de arquivo, à urgência em alargar-se a capacidade de uso dos sistemas de informação, já existentes em nível mundial, e à assunção, sobretudo mais implícita que explícita, da aposta na incorporação dos contributos inovadores (princípios e dispositivos técnico-normativos) que, a partir da teoria e da acção de Paul Otlet e Henri Lafontaine e de outros nomes europeus e norte-americanos, foram sendo expostos e vincados no sentido do reforço do acesso à documentação/informação e menos no primado da custódia. Portarias regulamentares pos-

teriores viriam a alargar o modelo (menos “novo” do que parecia ter-se pretendido) às Faculdades de Letras da Universidade de Lisboa (1983) e do Porto (1985).

A formação especializada em ciências documentais institucionalizou-se primeiro na universidade pública, e, na década de noventa, virou um “negócio” apetecível para o ensino universitário privado (PINTO, 2008, p.93-142). Para tal, foi decisivo um exponencial acréscimo de demanda de mercado que resultou, por exemplo, no lançamento do programa nacional de leitura pública (construção ou remodelação de edifícios para instalação de bibliotecas municipais e casas da cultura), da efectivação de alguns arquivos distritais (continente e ilhas) que faltavam para que fosse completada a “rede” no território nacional, e da criação de arquivos municipais e/ou histórico-municipais, que alguma investigação teve de emergir, embora tímida, e concretizada, em nível de programas de mestrado e doutoramento, fora de Portugal - em Inglaterra e Espanha (país que aumentaria, ao longo da última década de Novecentos, a sua oferta desse tipo de cursos após a adopção de um modelo formativo em vários graus, tendo na base, obrigatoriamente, a licenciatura assegurada por docentes com carreira académica exclusiva). Não se pode dizer, entretanto, que este quadro tenha beneficiado um aprofundamento ou uma efectiva mudança do paradigma custodial, patrimonialista e tecnicista (traço não originário que decorre da herança de Otlet e sucedâneos) para um novo paradigma. Este, no entanto, gerado pelas condições estruturais em curso da nova era tinha de emergir, crescer e ganhar expressão clara, quando, no ano lectivo de 2001/2002, entrou em funcionamento a primeira licenciatura em ciência da informação, leccionada em parceria pelas Faculdades de Letras e de Engenharia da Universidade do Porto. Podemos dizer tratar-se de um projecto formativo intrinsecamente associado à assunção do paradigma pós-custodial, informacional e científico (SILVA, 2006, p.158-159) e a uma concepção transdisciplinar da CI, sumariada no ponto anterior.

É interessante observar, seguindo o levantamento exploratório e a panorâmica traçada por José António Calixto, sobre o desenvolvimento da investigação em Portugal na área da documentação/informação, que, nas teses produzidas no âmbito da oferta (sobretudo dos anos 90 para cá) de mestrados e doutoramentos, sobressaem temas fortes como, no respeitante às bibliotecas públicas, os estudos sobre novos serviços de informação, o *marketing* e os serviços de informação à comunidade; no tocante às bibliotecas escolares, o desenvolvimento da rede, o papel dos bibliotecários e a formação dos utilizadores; e quanto às bibliotecas universitárias, há temas como a avaliação de desempenho, a gestão de revistas científicas ou os serviços de referência, usando PDAs. Também os sistemas de informação têm merecido uma atenção crescente em teses e trabalhos vários, especialmente na sua aplicação a casos concretos, como autarquias locais,

universidades e empresas, aparecendo, assim, implicados em abordagens mais explícitas sobre gestão da informação e do conhecimento. Estudos sobre arquivos têm surgido, com ênfase nos municipais, e inflectindo para abordagens de gestão documental ou de informação e aplicações multimédia ao universo arquivístico (CALIXTO, 2008, p.630-631).

Deste apanhado, brevíssimo e meramente indicativo, ressalta um evidente afastamento das áreas da documentação-informação e de comunicação, não apenas na dimensão formativa e profissional, mas também na da pesquisa científica, o que se compreende porque o modelo de CI transdisciplinar da Universidade do Porto, o qual propõe, do ponto de vista epistemológico, a articulação natural e privilegiada com as ciências da comunicação (formando, em conjunto, as CIC, mas numa versão muito mais inovadora e consistente do que a versão francesa), não conseguiu ainda influenciar os “centros” de pesquisa recenseados e analisados por Calixto. Nos últimos dois a três anos, porém, tem sido dados alguns passos significativos de convergência, mas ainda muito incipientes, nomeadamente no âmbito da unidade de investigação da Faculdade de Letras da Universidade do Porto – o Centro de Estudos em Tecnologias e Ciências da Comunicação (CETAC.Média)¹ –, em que estão integrados, como investigadores, docentes da licenciatura em ciência da informação e docentes da licenciatura em jornalismo e ciências da comunicação da mesma instituição.

Em Portugal, a proposta de uma CI transdisciplinar (unitária) e clara, como disciplina científica, e a possibilidade da criação, no seio da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, de um Departamento de Ciências da Informação e Comunicação deixa antever que o modelo francês das CIC pode, em parte, ser seguido, mas renovado e aprofundado, porque não é um projecto nem fácil, nem simples. E no Brasil? Há ou podem-se vislumbrar perspectivas semelhantes, ou não?

Numa comunicação, como esta, apresentada e publicada para circular no imenso Brasil, seria pretensão e óbvia redundância expor com detalhe a respectiva situação no plano formativo-profissional e teórico-epistemológico. Será, pois, traçada uma panorâmica breve e geral, muito facilitada, aliás, pelo que ficou já dito acima, tanto para as profissões na área da comunicação, quanto para as da área da documentação/informação.

A génese e a evolução da profissão de jornalista, da imprensa à televisão, não foi diferente no Brasil da que se verificou em Portugal e noutros países europeus, ou onde a forte influência europeia se fez sentir, desde, pelo menos, finais do séc. XVIII. No Brasil essa profissão acompanhou, naturalmente, a dinâmica histórica própria e específica evidenciada tanto no período do Império, como depois

¹ Disponível em: <<http://www.cetacmedia.org/>>. Acesso em: 20 set. 2009.

nas sucessivas fases da República federativa e presidencialista. A influência norte-americana não deixará de se fazer particularmente sentir, quer no exercício prático da profissão, quer na resposta a uma crescente exigência no modelo formativo. No entanto, levou tempo a evidenciar-se, e basta atentar no seguinte exemplo: a primeira escola de jornalismo do mundo foi a *Washington College*, fundada na Virgínia, pelo general estado-unidense Robert E. Lee, em 1869, e nas décadas seguintes foram sendo criadas escolas semelhantes em universidades dos EUA e da Europa, mas no Brasil a primeira escola só seria fundada em 1947, na cidade de São Paulo, com a designação de Faculdade de Comunicação Social Cásper Líbero. Depois desta, e sobretudo após a instauração da ditadura militar (1964-1985), foram criados os cursos de jornalismo na Universidade de Brasília, em 1966, e no então Instituto de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal de Goiás, em 1968. Outras escolas são a Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (USP), a Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), a Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o Centro de Comunicação e Letras da Universidade Presbiteriana Mackenzie, o Departamento de Comunicação Social da Universidade de Taubaté, o Instituto de Artes e Comunicação Social da Universidade Federal Fluminense (UFF), a Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação (Fabico) Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Centro de Comunicação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Faculdade de Comunicação Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj), o Curso de Jornalismo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), fundado em 1989 e a Faculdade de Comunicação Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)². E, deste elenco, importa ressaltar a ECA da USP e a Fabico da UFRGS como dois casos “exóticos” ou ainda escassos de associação institucional entre a biblioteconomia-documentação e a comunicação, dentro, porém, de uma lógica de estratégias profissionalizantes e de pesquisa bem separadas. Acresce ainda um aspecto importante: a existência na Fabico e na ECA de uma CI da matriz fragmentadora e corporativa consagrada, em todo o Brasil, por legislação bastante rígida que regulamenta as graduações em biblioteconomia-documentação, arquivologia e museologia, mesmo que alojadas em departamentos rotulados de “ciência da informação” – um rótulo sem as implicações epistemológicas da CI transdisciplinar da Universidade do Porto.

Se prestarmos atenção à agenda de pesquisa que nessas escolas se foi desenvolvendo, a par de um crescente leque de variantes profissionais (cursos de

² Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Escola_de_jornalismo>. Acesso em: 20 set. 2009.

jornalismo, relações públicas, publicidade/propaganda, cinema, editoração, rádio e tv), não é difícil descobrir a marca tutelar, sobre o campo interdisciplinar das ciências da comunicação, de disciplinas como a sociologia, a semiologia (de origem francesa), os estudos literários e a linguística, a psicologia e, inclusive, a filosofia, marca perceptível nas sessões temáticas do I Congresso da SOPCOM, atrás citado, e replicadas nos vários encontros lusófonos da Federação Lusófona de Ciências da Comunicação (Lusocom), associação que reúne os investigadores em ciências da comunicação no espaço lusófono: o primeiro realizou-se em Lisboa, em 1997; o segundo em Sergipe, Brasil, em 1998; a partir do terceiro, em 1999, e os seguintes, em Braga. E é, também, perceptível nesta série de eventos, com as suas contribuições teórico-práticas, que os profissionais e investigadores em documentação-informação aparecem desarticulados e com achegas que não se imbricam plenamente nas grandes questões de pesquisa dos “comunicólogos”.

Este facto explica-se, se compreendermos como as profissões ligadas às bibliotecas, aos arquivos e aos centros de documentação surgiram e se desenvolveram, em termos de formação mais exigente e qualificada, no Brasil. É importante lembrar que em 29 de outubro de 1810, foi estabelecida, ainda no Brasil-Colónia, a Biblioteca Nacional com forte influência francesa, sendo a consulta, das espécies bibliográficas, permitida apenas a estudiosos mediante consentimento régio, e só, em 1814, é que a consulta ao acervo foi franqueada ao público em geral. Por sua vez, o Arquivo Nacional seria criado em 1838 sob a clara influência do paradigma custodial, patrimonialista e historicista detectado no caso português.

Não se pode, pois, desligar a formação profissional de bibliotecários e arquivistas brasileiros da vigência e da consolidação desse paradigma, e isto está bem patente na perspectiva histórica que César Augusto Castro conseguiu mostrar na sua *História da biblioteconomia brasileira* (CASTRO, 2000). Aí é clara a influência do modelo da *École Nationale des Chartes*, quer para arquivos, quer para bibliotecas, até à década de cinquenta do séc. XX, altura em que se estabeleceu um novo debate, na medida em que consultores estrangeiros (Herbert Coblans, Zeferino Paulo e Jesse Shera) trouxeram na bagagem “a documentação, causando impacto e repulsa em alguns bibliotecários que se sentiam ameaçados com a incorporação de outros saberes: reprodução de documentos, mecanização bibliográfica, indexação, aliada à exigência de uma postura mais científica destes profissionais” (CASTRO, 2000, p.142). O que, na realidade, começou a acontecer foi a chegada da inflexão tecnicista do paradigma custodial, por força do legado de Otlet-Lafontaine e da revolução tecnológica, que provocará nos EUA, em plena Guerra Fria, o nascimento da *information science*, versão automatizada do documentalismo de alvares de Novecentos. A amálgama destas diferentes tendências e “tradições, não produziu resultado muito diferente do observado na

Europa, sendo que, se compararmos, especificamente, com Portugal, a entrada da formação profissional no seio universitário foi muito mais tardia. Mas, depois o modelo de bacharelato e graduação haveria de se impor e alastrar, enquanto em Portugal, como vimos, a formação se manteve como especialização ou complemento de bacharéis e licenciados em qualquer área até 2001!...

Pormenorizando um pouco, com datas expressivas, recorde-se que foi criado, em 1911, o primeiro curso de biblioteconomia na Biblioteca Nacional, cujo início de actividades aconteceu em 1915. Foi suspenso ou paralisado em 1923, ano em que no Museu Histórico Nacional, em Petrópolis, surgiu o *curso tecnico* para formar bibliotecários, paleógrafos, arquivistas e arqueólogos. Mas, alguns anos depois, em 1929, surgiu, como contraponto ao modelo humanista francês, o modelo pragmático e tecnicista norte-americano, através da criação do curso do Instituto Mackenzie, que foi encerrado em 1935; entretanto, fora retomado, em 1931, o curso da Biblioteca Nacional. Esta aparente pausa ou interrupção na introdução e expansão da influência norte-americana foi, de facto, aparente, porque o curso criado e mantido de 1936 a 1939, no Departamento de Cultura da Prefeitura de São Paulo, veio a ser transferido, em 1940, para a Escola Livre de Sociologia Política – ELSP, consolidando-se e expandindo-se, por esta via, o modelo pragmático ou tecnicista. **Como regista o livro *Cinquentenário da Escola de Biblioteconomia e Documentação*, editado pela Universidade Federal da Bahia, em 12 de março de 1942 foi instituído o curso de biblioteconomia em Salvador - Bahia. Nele o professor Cid Teixeira, no texto do prefácio, acrescenta: “Quando a Universidade Federal da Bahia foi fundada, já encontrou funcionando o Curso de Biblioteconomia. Na verdade, não só a Universidade, como outras instituições foram beneficiárias imediatas da profissionalização da arte de lidar com livros.” (TEIXEIRA, 1992, p.10).** Em 1958, a biblioteconomia foi consagrada como profissão liberal e de nível superior (ou bacharelato). De 1962 a 1969, deu-se a uniformização dos conteúdos pedagógicos e a regulamentação da profissão, podendo destacar-se a promulgação, em 1963, do primeiro código de ética do bibliotecário e a criação, em 1965, do Conselho Federal de Biblioteconomia. Esta efectiva e profunda corporativização da profissão de bibliotecário-documentalista justifica, em larga medida, a impossibilidade ainda hoje sentida nas universidades brasileiras de adoptarem um modelo organizativo e formativo, em nível de graduação, parecido ou próximo do instituído pelas Faculdades de Letras e de Engenharia da Universidade do Porto, a partir de 2001. Impossibilidade que se estendeu mais tarde ao ensino superior da arquivologia, concentrando-se, nos departamentos de “ciência da informação”, áreas de ensino-pesquisa profundamente estanques e não comunicantes entre si que inculcam

nos respectivos alunos a ideia de uma separação e até rivalidade entre bibliotecários-documentalistas e arquivistas!...

Sem dúvida, mais positiva foi a tendência para controlar e até paralisar a criação de cursos de graduação, a partir de 1970, e, em contrapartida, promover o crescimento de cursos de pós-graduação (mestrados e doutoramentos), responsáveis por um incremento diversificado e desigual da produção científica, que não anda distante, salvaguardando diferenças quantitativas e qualitativas das temáticas e das problemáticas recenseadas por José António Calixto para o caso português, nos últimos vinte anos.

Outra particularidade ou diferença do caso brasileiro prende-se com o que diz respeito à formação profissional em arquivologia/arquivística, que só andou junta com a biblioteconomia, no âmbito da vigência do modelo francês, até aos anos 40. Na década de 1950, não havia, ainda, no Brasil um curso específico para o tratamento e organização de arquivos, ocorrendo, apenas, a frequência de cursos eventuais promovidos por diferentes instituições e que eram frequentados pelos funcionários do Arquivo Nacional. Esta carência viria a ser colmatada através, primeiro, da estada no Brasil do professor francês Henri Boullier de Branche, com a missão de ministrar dois cursos de aperfeiçoamento de arquivos e um treinamento intensivo (1959-1960) e, depois, da criação em 1960, no Arquivo Nacional, do Curso Permanente de Arquivos (CPA). Doze anos mais tarde, o Conselho Federal de Educação autorizou a criação de cursos de arquivologia em nível superior, o que permitiu que o CPA, activado no Arquivo Nacional, viesse a ser transferido para a Unirio, tornando-se, então, o primeiro realizado na academia.

De 1970 a 2008, foram criados mais onze cursos – uma cifra não comparável com a atingida pelos cursos de biblioteconomia-documentação –, a saber: na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, em 1977; na Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói-Rio de Janeiro, em 1978; na Universidade de Brasília (UnB), em 1990; na Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná, em 1997; na Universidade Federal da Bahia (Ufba), em 1997; na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), em 1999; na Universidade Estadual Paulista (Unesp), Marília, em 2002; e na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), João Pessoa, em 2006. (MARQUES; RODRIGUES, s.d.). E este movimento de criação de cursos de graduação tem sido completado pela natural aposta em programas de pós-graduação (mestrados e doutoramento), registando-se, conseqüentemente, uma efectiva produção científica traduzida em dissertações, teses, artigos em revistas da especialidade e generalistas, comunicações em encontros, seminários ou congressos. Produção que confirma o mesmo sinal detectado na literatura “científica” da área da

biblioteconomia e documentação, ou seja, distanciamento, salpicado por aproximações pontuais, da problemática das ciências da comunicação.

Convém, por fim, sublinhar o vazio ou a ausência de grande substrato teórico e epistemológico no rótulo “ciência da informação”, agregador, apenas, em nível orgânico, dos cursos e dos docentes-investigadores, uma vez que os cursos em foco têm sido alojados em departamentos de ciência da informação, de ciência da informação e documentação ou ainda de documentação – um alojamento institucional e facilitador da afirmação da área pedagógica e profissional no jogo académico de poderes internos e do reconhecimento externo (estadual e nacional).

ESBOÇO DE UM PROJECTO CIC EM ESPAÇO LUSÓFONO

Poderá o leitor interrogar-se, chegado a este ponto, que relação têm, afinal, as CIC e a análise da génese e evolução dos modelos de formação profissional e das abordagens de pesquisa em ciências da comunicação e em biblioteconomia/documentação e em arquivística (ciência da informação), no quadro das realidades portuguesa e brasileira, com o título geral do colóquio internacional em que esta comunicação se insere – “A medicina na era da informação”?

A resposta, que é possível dar, passa, obrigatoriamente, pelo reconhecimento de que o campo das ciências biomédicas é um vasto e complexo espaço de produção info-comunicacional que não pode continuar a ser abordado pelo viés biblioteconómico, documentalista e arquivístico, essencialmente empírico-tecnicista, exigindo, em contraponto, uma indagação científica (exaustiva, sistemática, crítica e compreensiva) que pensamos só ter viabilidade epistemológica numa CI transdisciplinar e interdisciplinar, concretizando-se esta efectiva interdisciplinaridade no seio de umas CIC renovadas e aprofundadas. Por outras palavras, diremos que o interesse dos investigadores da Flup e da Feup em CI, pelos problemas e casos imensos e variados oferecidos para estudo pela actividade clínica e científica, simplifadamente contida no termo medicina, só se pode tornar profícuo e consistente, se enquadrado, em primeira e estratégica instância, pela dinâmica interdisciplinar das CIC.

Este constitui, pois, o desafio presente e futuro para a CI, tal como a vimos concebendo, desenvolvendo e testando, sobretudo nas pesquisas de mestrado e doutoramento em curso. Urge, por isso, deixar aqui delineado, ainda que em esboço provisório, o projecto CIC pensado, a longo prazo para o espaço lusófono, e a curto e médio prazos para os dois nós da rede com alguma viabilidade de concretização. Portugal e Brasil são esses nós, mas é preciso admitir, desde já, ser

(quase) impossível, em nível de graduação, e muito difícil, se bem que possível, no plano dos programas de pós-graduação e das linhas de pesquisa registadas no Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq, construir, no Brasil, aproximações efectivas ao paradigma das CIC.

Em Portugal esse desiderato está já lançado, e as Jornadas em Informação e Comunicação realizadas, em 2006 e 2007, na Flup, com o envolvimento da Secção Autónoma de Jornalismo e Ciências da Comunicação, mais o das licenciaturas em ciência da informação e em jornalismo e ciências da comunicação, representaram, simbolicamente, um avanço que tem de prosseguir, superados alguns impasses conjunturais e temporários.

O projecto CIC, no caso português, contempla e aceita o pressuposto de que as profissões da informação e as da comunicação exigem competências e performances diferentes e exclusivas no contexto laboral, saltando à vista, com facilidade, o facto de as primeiras terem nascido e se desenvolvido sob a égide da mediação custodial, que implica um controlado impulso produtor de informação própria, enquanto as segundas se caracterizaram, desde a origem, pela produção infocomunicacional para os média que foram tecnologicamente surgindo. Mas, esta separação de águas na dimensão profissional não impede, e até obriga, a partilha de conteúdos curriculares comuns em temáticas como a gestão da informação, e no sector tecnológico, dos sistemas multimédia e da preservação e uso da informação audiovisual e hipertextual digital.

Mas é, efectivamente, na dimensão epistemológica, onde, como bem sublinhou Bernard Miège (2004, p.10), a informação e comunicação emergem como “objecto de conhecimento” com nuances, tensões, equívocos e problemas, mas como termos assimétricos e complementares de um binómio essencial:

Les textes repris dans ce chapitre sont majoritairement centrés autour de la communication, et je ne saurais dissimuler que j'ai été davantage préoccupé par les questions relevant de la communication que par celles relevant de l'information. Et c'est seulement dans une dernière période que s'est imposé à moi le projet de relier l'une à l'autre, tout en marquant leurs spécificités propres. Et je n'en ai sans doute pas fini avec ce projet.

Um binómio que atrai poderosamente a pesquisa da CI, bem como a das CC, através de eixos e filões inesgotáveis como os da produção, os da mediação (na qual está subsumida a lógica da organização, da ordenação, da arrumação e da recuperação/busca dos documentos/informação) e da interacção ou acesso partilhado e gerador de novo processo infocomunicacional.

A concepção da ficha bibliográfica, modernizada e consagrada pelo Instituto Internacional de Bibliografia (Otlet e Lafontaine), de inventários e catálogos arquivísticos e, actualmente, das bases de dados digitais, remete para um complexo processo de mediação, aparentemente muito controlado e neutro, mas onde uma indagação analítica e semiológica pode levar-nos até a evidências de subjectividade e de saturação ideológica por parte dos seus concepcionistas/autores. E leva-nos, a partir deste aspecto, a uma camada mais profunda e opaca, muito rica de sentido(s), que é a da intencionalidade infocomunicacional ou, por outros termos, dos conteúdos que se quer transmitir e impactar o receptor de um modo preciso e esperado.

Este é somente um exemplo de como a mediação pela abordagem da CI, tendo a montante a produção e a jusante a interacção, convoca metodologias e teorias que se têm centrado em aspectos dito óbvios e salientes de comunicação (acrescente-se: de massas). E muitos outros exemplos são possíveis, valendo a pena destacar aqui a complexa transição entre a mediação custodial para a pós-custodial, que entra pelo “espaços de fluxos” ou ciberespaço dentro e nos arrasta com ela.

O projecto CIC tem, sem dúvida, espessura epistemológica e profícua aplicação do “arsenal” de teorias e de modelos importados, criados e desenvolvidos, pelo que se impõe, para finalizarmos, a recomendação de iniciativas concretas e simples que entrelacem os investigadores pertencentes aos diferentes “quadrantes” desta interdisciplina, em construção dinâmica à luz de um paradigma que parece ser identificável, pelo menos, por três traços amplos, mas muito substantivos: a interdisciplinaridade, a complexidade e o hiperacesso.

Iniciativas como a realização de jornadas, colóquios, seminários ou congressos sobre informação e comunicação em torno de questões comuns, como se ilustrou mediante a ênfase oportuna na mediação, são essenciais para que se estabeleça um diálogo e uma troca de ideias e de pesquisas entre sociólogos, semióticos, tecnólogos e cientistas da informação. Edição de livros em colaboração e temáticos é outro elemento fundamental para a convergência de pesquisa e a produção de contribuições comuns. Edição de periódicos que reflectam, com rigor, a convergência para o campo de problemas comuns, das diferentes disciplinas científicas, que compõem as CIC, constitui, também, uma iniciativa imprescindível.

Investir na área ampla, complexa e heterogénea da medicina, com todas as suas facetas, valências, actores e destinatários, constitui um dever e um natural prazer para os cientistas da informação, mas o investimento, na era da informação em que estamos, convoca, inevitavelmente, abordagens enriquecidas e fortalecidas, desde logo, pela fertilidade interdisciplinar das CIC e, através destas, pelas ciên-

cias sociais aplicadas e outras ciências e saberes, dispostos em círculos concêntricos de relacionamento sistêmico e intercambial.

REFERÊNCIAS

CALIXTO, José António. A investigação em Portugal na área da Documentação / Informação. In: FRIAS, José António; TRAVIESO, Crispulo (Ed.). *Formación, investigación y mercado laboral en información y documentación en España y Portugal ; Formação, investigação e mercado de trabalho em informação e documentação em Espanha e Portugal*. Salamanca: Ediciones Universidad, 2008. p. 619-636.

CAPURRO, Rafael. Epistemologia e ciência da informação. In: *ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO*, 5, Belo Horizonte, 2003. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: ANCIB, 2003. 1 CDROM. The same paper retrieved in: <<http://www.capurro.de/home-span.html>>. Acesso em: 6 ago. 2009.

CASTRO, César Augusto. *História da biblioteconomia brasileira: perspectiva histórica*. Brasília: Thesaurus Editora, 2000.

DELTCI. Dicionário Eletrônico de Terminologia em Ciência da Informação. Disponível em: <<http://www.cceje.ufes.br/dci/deltci/index.html>>. Acesso em: 19 set. 2009.

ESCARPIT, Robert. *L'information et la communication: théorie générale*. Paris: Librairie Hachette, 1991.

FONSECA, Maria Odila K.; JARDIM, José Maria . As relações entre a arquivística e a ciência da informação. *Cadernos Bad*, Lisboa, v. 2, p. 29-45, 1992.

FONSECA, Maria Odila K. Arquivologia e ciência da informação. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2005.

FREIRE, Gustavo H. de A. Ciência da informação: temática, histórias e fundamentos. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v.11, n.1, 2006.

JEANNERET, Yves. *Y a-t-il (vraiment) des technologies de l'information?* Villeneuve - d'Ascq (Nord): Presses Universitaires du Septentrion, 2000.

KHUN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LE COADIC, Yves-François. *A Ciência da informação*. Brasília: Briquet de Lemos-Livros, 1996 (Trad. brasileira de *La science de l'information*. 2ème édition. Paris: Presses Universitaires de France, 1994).

LECLERC-REYNAUD, Sylvie. *Pour une documentation créative: l'apport de la philosophie de Raymond Ruyer*. Paris: ADBS – Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation, 2006.

LINARES COLUMBLÉ, Radamés. *Ciencia de la información: su historia y epistemología*. Bogotá: Rojas Eberhard Editores, 2005.

MARQUES, Angélica Alves da Cunha; RODRIGUES, Georgete Medleg. Os cursos de arquivologia no Brasil: conquista de espaço acadêmico-institucional e delineamento de um campo científico. Disponível em:

<http://www.aag.org.br/anaisxvcha/conteudo/resumos/comunicacoes_livres/angelica.pdf> . Acesso em: 20 set. 2009.

MEYRIAT, Jean; MIÈGE, Bernard. Le projet des SIC: de l'émergent à l'irréversible (fin des années 1960-milieu des années 1980). In: BOURE, Robert (Éd.). *Les origines des sciences de l'information et de la communication: regards croisés*. Villeneuve - d'Ascq (Nord): Presses Universitaires du Septentrion, 2002, p. 45-70.

METZGER, Jean-Paul. L'information-documentation. In: OLIVESI, Stéphane (Dir.). *Sciences de l'information et de la communication*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2006. p. 43-62.

MIEGE, Bernard. *L'information – communication, objet de connaissance*. Bruxelles: De Boeck & Larcier/Institut National de l'Audiovisuel, 2004.

MIRANDA, José A. Bragança de; SILVEIRA, Joel Frederico da. *As ciências da comunicação na viragem do século*. Lisboa: Vega Editora, 2002.

MUCCHIELLI, Alex. *Les sciences de l'information et de la communication*. 4e. édition. Paris: Hachette, 2006.

OLIVEIRA, Marlene de (Coord.). *Ciência da informação e biblioteconomia: novos conteúdos e espaços de atuação*. Belo Horizonte: Editoria da UFMG, 2005.

PINTO, Maria Manuela Gomes de Azevedo. A formação em informação e documentação _ Portugal na contemporaneidade. In: FRIAS, José Antonio; TRAVIESO, Crispulo (Ed.). *Formación, investigación y mercado laboral en información y documentación en Espana y Portugal ; Formação, investigação e mercado de trabalho em informação e documentação em Espanha e Portugal*. Salamanca: Ediciones Universidad, 2008. p. 91-142.

RIBEIRO, Fernanda. *Para o estudo do paradigma patrimonialista e custodial: a inspeção das bibliotecas e arquivos e o contributo de António Ferrão (1887-1965)*. Porto: Cetac.Media; Edições Afrontamento, 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1987.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Edições Afrontamento, 1989.

SHANNON, Claude; WEAVER, Warren. *The mathematical theory of communication*. Urban, Illinois: University of Illinois, 1949.

SILVA, Armando Malheiro da; REAL, Manuel Luís; RIBEIRO, Fernanda; RAMOS, Júlio de Sousa. *Arquivística: teoria e prática de uma ciência da informação*. v. 1. Porto: Afrontamento, 1999.

SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda. *Das "ciências" documentais à ciência da informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular*. Porto: Afrontamento, 2002.

SILVA, Armando Malheiro da. Ciência da informação e sistemas de informação: (re)exame de uma relação disciplinar. *Prisma.Com*, Universidade do Porto, n. 5, 2007. Disponível em:

<http://www.prisma.cetac.up.pt/edicao_n5_dezembro_de_2007/>. Acesso em: 19 set. 2009.

SILVA, Armando Malheiro da. *A informação: da compreensão do fenómeno e construção do objecto científico*. Porto: Edições Afrontamento / Cetac.Media, 2006.

TEIXEIRA, Cid. Prefácio. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Escola de Biblioteconomia e Documentação. *Cinquentenário da Escola de Biblioteconomia e Documentação*. Salvador: EBD/Ufba. 1992.

TIBERGHIEU, Guy (Dir.). *Dictionnaire des sciences cognitives*. Paris: Armand Colin, 2002, p. 70-72.

Armando Malheiro da Silva

Licenciado em filosofia pela Universidade Católica Portuguesa e em história pela Universidade do Porto, PT. Bibliotecário-arquivista pela Universidade de Coimbra. Doutor em história contemporânea pela Universidade do Minho. Professor associado da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

PERSPECTIVAS DE INTERCÂMBIO BRASIL-PORTUGAL NAS ÁREAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Edivaldo Machado Boaventura
edivaldoboaventura@terra.com.br

Em face do sucesso do Colóquio Internacional “A Medicina na Era da Informação (Medinfor)”, reunido recentemente em Salvador, interessa ressaltar o crescimento das relações acadêmicas com Portugal, em plena expansão econômica e científica no quadro da Comunidade Européia.

Destacam-se tanto o relacionamento individual promovido por professores e pesquisadores das mesmas áreas do conhecimento, como o estabelecimento institucional de acordos entre universidades lusitanas e brasileiras. Em especial, enfatiza-se a cooperação da Universidade do Porto e da Universidade Federal da Bahia (Ufba) no que concerne à Arquivologia e Saúde, conforme programa liderado pela professora Zeny Duarte, do Instituto de Ciência da Informação dessa universidade baiana.

Esse relacionamento deve estender-se, progressivamente, a toda Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, que agrega as oito nações lusófonas: Portugal, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique e Timor-Leste.

Portugal, com a sua milenar tradição universitária, passa pela mudança do Protocolo de Bolonha e oferece doutorados escolarizados com disciplinas e créditos. Há certas áreas de particular interesse para os nossos alunos pós-graduandos. As Ciências Jurídicas, por exemplo, atraem fortemente tanto para a Universidade de Coimbra como para a Universidade de Lisboa, com as marcantes presenças dos professores Joaquim Jorge Gomes Canotilho, Boaventura Souza

Santos e Jorge Miranda. Além do Direito, História, Língua e Literatura Luso-Afro-Brasileira, Geografia e Educação são disciplinas que podem e devem ser desenvolvidas conjuntamente.

Por seu turno, o Brasil usufruiu dos resultados modernizadores da reforma universitária e do crescimento de sua pós-graduação com especializações, mestrados acadêmicos e profissionais, doutorados, pesquisas e produção científica cotados no *Qualis* internacional, nacional e local, de acordo com os critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). *Qualis e Lattes*, currículos assim denominados em homenagem ao físico brasileiro Cesar Lattes. Atualmente, são para mais de 1.200.000 currículos visibilizados, eletronicamente, no site do CNPq. Desenvolvemos com a França o doutorado-coquetel, com validade para os dois países e poderemos fazer o mesmo com Portugal. E os doutorados-sanduiche, realizados parte no Brasil e outra parte no exterior, com o título expedido por universidade brasileira.

O Brasil tem reconhecidamente uma das melhores pós-graduações da América do Sul. Desenvolvemos os estudos pós-graduados com influência americana, canadense, francesa, britânica, germânica e, mais recentemente, espanhola. Ilustra a formação internacional dos programas de pós-graduação a observação de um professor alemão que disse gostar de trabalhar no Brasil porque podia se enriquecer de várias experiências nacionais em um só programa de doutorado. As áreas de maior desenvolvimento científico - Medicina, Odontologia, Ciência e Tecnologia, Educação (Administração Educacional e Gestão), Psicologia - demonstram as marcas das universidades americanas.

Para além do mundo universitário, Portugal e Brasil se integram em algumas sociedades científicas e culturais como Academia Portuguesa da História e Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, que possuem categorias, respectivamente, para sócios brasileiros e portugueses. As reuniões dessas academias de história facilitam a comunicação pelo uso da língua comum. A temática histórica tem a devida continuidade tanto em um como no outro país. O exemplo mais notável é o uso dos arquivos portugueses para ao estudo da história do Brasil. A recente celebração dos duzentos anos da vinda da família real portuguesa para o Brasil demonstrou a complementaridade entre os dois países.

Por fim, é preciso tirar vantagens do uso de uma língua de cultura como a portuguesa, terceira língua européia mais falada e o sexto idioma mais articulado do mundo. Para a continuidade dos estudos, para as comunicações científicas e para edições de obras, o português é, reconhecidamente, um trunfo, que muito facilita a disseminação do conhecimento.

Edivaldo Machado Boaventura

Bacharel em direito, em ciências sociais e livre-docente de economia política pela Ufba. Mestre e doutor em educação por The Pennsylvania State University. Professor jubilado e coordenador do programa de doutorado em educação da Ufba. Ex-secretário da educação e cultura do estado da Bahia. Presidente da Academia de Letras da Bahia.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Lorene Louise Silva Pinto
lorenepinto@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa) tem como objetivo fortalecer a gestão do SUS, subsidiando o processo decisório em saúde, bem como a formulação, gestão e avaliação de políticas de saúde, sistematizando informações relevantes sobre o estado de saúde da população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Para tal, promove ações conjuntas das instituições responsáveis pela produção, análise e disseminação de dados sobre a realidade sanitária.

Esse processo propicia a convergência de iniciativas para a obtenção de resultados de interesse comum, potencializando o uso de dados e informações já existentes e da massa crítica de profissionais da área. Adota como eixos norteadores a *parceria* e a *solidariedade* entre instituições compromissadas com a melhoria da saúde da população.

Após 10 anos de experiência da Ripsa nacional e, diante de ganhos importantes para a qualidade e disseminação da informação, o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de apoiar a implantação dessa metodologia nas unidades federadas.

A Bahia, juntamente com outras cinco unidades federadas, foi selecionada para implantar a *Ripsa no Estado*, como projeto-piloto. A implantação do projeto no estado requer dos gestores do SUS um compromisso com a valorização do uso

da informação, como forma de fortalecer a gestão estadual do SUS em suas diversas dimensões.

Assim, considerando a relevância do referido projeto, a sua implantação deverá proporcionar o aprimoramento do uso da informação e da área de informática como instrumento de gestão, bem como potencializar o trabalho já desenvolvido pelo setor de saúde com outros órgãos e a construção de um espaço de reflexão sobre os dados e informações em saúde, envolvendo vários setores organizados em rede.

OBJETIVOS DA RIPSA NO ESTADO

- estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes, transparentes e de fácil acesso;
- articular instituições que possam contribuir para o fornecimento e crítica de dados e indicadores e para análises de informações, inclusive com projeções e cenários;
- implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações;
- promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública no âmbito estadual;
- contribuir para o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados, ou identificados como de especial relevância para compreensão do quadro sanitário estadual e das áreas geográficas baianas, de acordo com o plano diretor vigente.
- melhorar o conhecimento das desigualdades existentes no âmbito do estado;
- definir prioridades e subsidiar o planejamento, a monitoração e a avaliação do impacto das ações de saúde;
- instituir formas de disseminação sistemática das informações produzidas;
- propor e desenvolver estudos e pesquisas;
- propor ações para educação permanente na área de informação e informática em saúde.

COMPOSIÇÃO DA RIPSA NO ESTADO

A Ripsa, enquanto instância colegiada, compõe-se dos seguintes mecanismos de gestão e instrumentos operacionais:

Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), que delibera sobre a condução técnica e estratégica. É o fórum colegiado interinstitucional formalmente constituído e responsável pelo planejamento participativo. Impõe-se como a primeira instância a ser formalmente instalada. Integram-na as instituições, órgãos e setores abaixo relacionados:

- Secretaria da Saúde do Estado (Sesab) através:
 - da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde/Suvisa, através da Diretoria de Informação em Saúde-DIS; da Diretoria de Vigilância Epidemiológica-Divep; do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador-Cesat;
 - da Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação e Atenção à Saúde/Suregs, através da Diretoria de Controle-Dicon; da Diretoria de Regulação-Direg;
 - da Superintendência de Atenção Integral, através da Diretoria de Atenção Básica-DAB e da Diretoria da Rede Própria-Darp;
 - da Superintendência de Recursos Humanos, através da Diretoria de Planejamento-DPGET;
 - da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde, através da Ditec;
 - do Gabinete do Secretário, através da Assessoria de Planejamento;
 - da Diretoria Geral, através da Diretoria de Modernização Administrativa-DMA;
- Secretaria de Segurança Pública, através do Departamento de Polícia Técnica-DPT/IMLNR;
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/Bahia;
- Universidade Federal da Bahia/Ufba, através do Instituto de Saúde Coletiva-ISC;
- Datasus-Bahia;
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde-Cosems - Bahia;
- Secretaria de Administração do Estado, através do Detran.

Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), responsável pela produção e atualização de um conjunto de indicadores básicos, que servem de substrato para o processo de gestão em saúde e o exercício do controle social. É coordenado pelo Secretário de Estado da Saúde e integrado por representantes das instituições que compõem a Rede, em função da sua responsabilidade estadual na produção, análise e disseminação de dados e informações de interesse para a saúde;

Comissões Temáticas Interdisciplinares (CTI), convocadas temporariamente para análise e encaminhamento de questões metodológicas e operacionais relacionadas às bases de dados e aos produtos disponibilizados, compostas por representantes das entidades identificadas com os temários específicos de trabalho;

Fórum Interagencial, como instância de negociação e debate sobre o seu funcionamento e sobre seus produtos, integrado por todas as entidades que venham a compô-lo;

Secretaria Técnica, vinculada à Coordenação Geral, encarregada da elaboração e proposição dos procedimentos de sua operacionalização e de apoio às suas estruturas colegiadas.

As instituições que compõem a Ripsa integram-se nesse processo, comprometendo-se a cooperar na elaboração e aperfeiçoamento de produtos informacionais de interesse comum, estabelecidos por consenso.

FUNCIONAMENTO DA RIPSA NO ESTADO

A Ripsa congrega órgãos de saúde responsáveis pelas políticas públicas e pela produção de informação no âmbito estadual; órgãos de outros setores de governo que geram informações necessárias à gestão integrada da área da saúde; entidades de ensino e pesquisa e outras entidades representativas de segmentos profissionais envolvidos na produção e disseminação de informação em saúde.

A adesão desses parceiros, portanto, implica que o seu nível de comprometimento vá além da sua contribuição na construção dos indicadores e dados básicos (IDB), propostos para o estado. Cada representante nessa rede deve comprometer-se com o seu funcionamento por consenso, contribuindo com ações voltadas para o fortalecimento da área da informação e informática em saúde, nos diversos níveis de gestão do SUS.

PLANEJAMENTO OPERACIONAL DE PRODUTOS (POP)

Os produtos já identificados em discussões prévias, a serem elaborados pela rede são:

- Construção de cronograma de reuniões e de trabalho;
- Construção da matriz de indicadores e do IDB;
- Diagnóstico dos sistemas de informação em saúde;

- Análise da situação de saúde, com avaliação de tendências;
 - Estruturação de comissões temáticas interdisciplinares -CTI;
 - Estruturação dos comitês gestores de indicadores -CGI.
-

Lorene Louise Silva Pinto

Médica epidemiologista da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Mestre em saúde pública e doutoranda em medicina e saúde pela Ufba. Professora da Faculdade de Medicina da Bahia. Editora-geral da Revista Baiana de Saúde Pública.

A UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA NO UNIVERSO DAS REDES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Suzy Santana Cavalcante

suzy.ufba@gmail.com

Luiz Ary Messina

messina@rute.rnp.br

Claudete Alves

claudete@ufba.br

ReMeSSA

O avanço tecnológico dos últimos trinta anos promoveu um grande aumento na interatividade entre as pessoas e as instituições. Ao redor do mundo, a ciência encontrou eco para suas crescentes demandas em redes de informação e comunicação cada vez mais dinâmicas, com maior capacidade e velocidade e, apesar disso, mais econômicas. A difusão de redes de computadores e a popularização da Internet permitiram que uma infinidade de aplicações tecnológicas fosse experimentada na vida cotidiana.

Essas aplicações, quando representadas por serviços ligados aos cuidados com a saúde, deram origem ao termo telemedicina. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS – <http://www.who.org>):

Telemedicina compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio

de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações.

Ações com essas características vêm sendo desenvolvidas em todo o mundo desde a década de 60 em países como os Estados Unidos, Canadá, Austrália e França. Novas possibilidades para a prática médica à distância se consolidaram com o desenvolvimento das tecnologias de comunicação e informação, favorecendo a troca de informações entre profissionais da rede de assistência e especialistas dos grandes centros, além das ações colaborativas em ensino e pesquisa, beneficiando, especialmente, as localidades geograficamente distantes dos grandes centros de excelência. Na atualidade, a maioria das especialidades médicas já se utiliza de recursos de informática na realização de atividades à distância.

No Brasil, as primeiras atividades de telemedicina se apresentaram, timidamente, na década de 90 (SABBATINI, 1993; ANDRADE et al., 1993; SABBATINI, 1995). Desde então, o crescimento das redes colaborativas integradas de assistência remota vem criando condições propícias ao estabelecimento de soluções tecnológicas em saúde para a diversidade de problemas enfrentados pelo país de dimensões continentais. Iniciativas brasileiras em telemedicina e telessaúde disponibilizam, na atualidade, videoconferência, diagnóstico, segunda opinião, educação permanente e conferência *Web*, conectando hospitais universitários e de ensino com municípios e regiões remotas. Instituições de saúde municipais, estaduais, nacionais e internacionais operam redes de projetos colaborativos de pesquisa, inovação, desenvolvimento, gestão, treinamento e assistência.

Breve Resgate Histórico das Redes Acadêmicas Nacionais

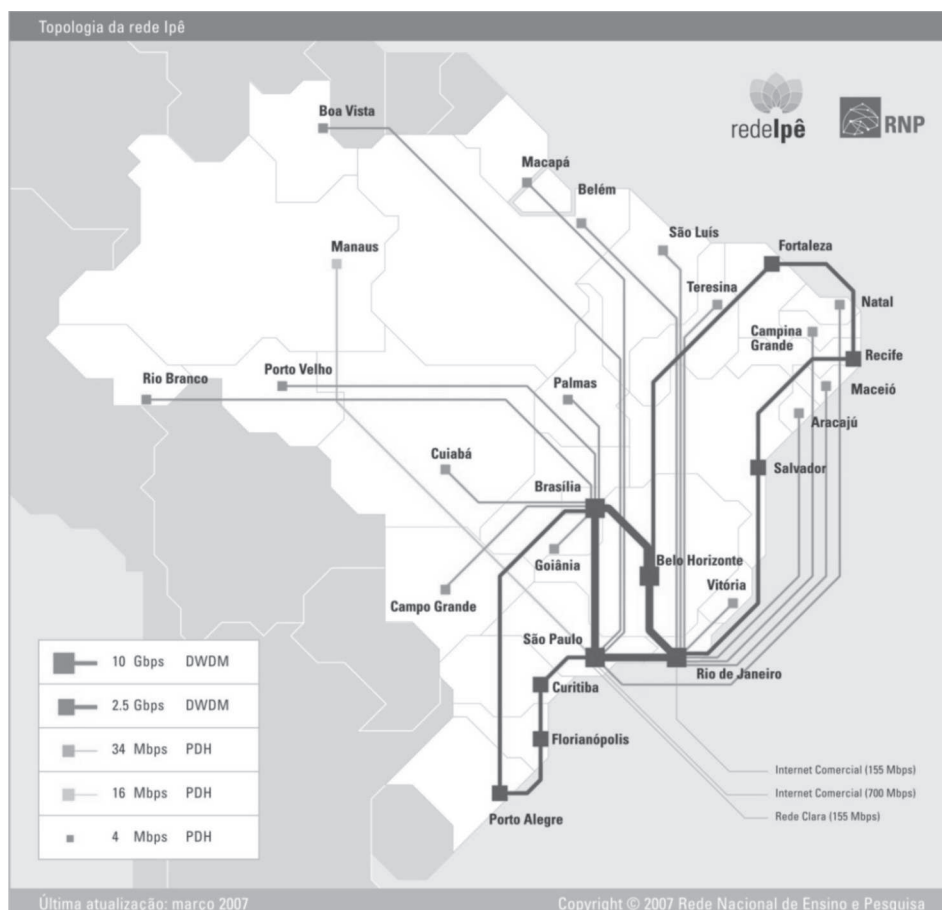
Em 1989, foi criada no Brasil a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) como um projeto do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). A função dessa iniciativa foi a de disseminar o uso de redes no país para a comunidade acadêmica. Dois anos depois, a primeira versão dessa rede já interligava onze capitais brasileiras, estando Salvador entre elas. O Ponto de Presença da RNP na Bahia – o chamado PoP-RNP – ficou sediado no Centro de Processamento de Dados da Universidade Federal da Bahia (Ufba), onde permanece até a atualidade, representando marco estratégico que impulsionou o desenvolvimento da instituição a caminho da era digital. Em 1995, a RNP estendeu seus serviços de

acesso a todos os setores da sociedade. A Ufba, no mesmo ano, foi responsável pelo primeiro *backbone* de fibra óptica multicampi de uma instituição acadêmica pública do Brasil, interligando sub-redes *Ethernet* da Ufba espalhadas por vários pontos da cidade (ARAÚJO et al., 2005).

Entre as iniciativas registradas na história da Ufba que foram relacionadas, direta ou indiretamente, ao esforço de atualização tecnológica da instituição, destaca-se, em 1999, a sua participação no projeto Rede Metropolitana de Alta Velocidade (Remav), coordenando um consórcio de seis instituições para o desenvolvimento de aplicações, implantação de tecnologias e administração de redes de alta velocidade. As Remavs - iniciativa conjunta da RNP e do Programa Temático Multi-institucional em Ciência da Computação (ProTeM-CC), com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e coordenação do MCT - são formadas por consórcios de instituições de ensino superior, institutos de pesquisa e operadoras de telecomunicações contratados no final do ano de 1997 pelo edital RNP/ProTeM-CC. Elas fazem parte da estratégia do MCT de implantação de um *backbone* brasileiro de alto desempenho que viabilize o desenvolvimento e uso de aplicações que demandam alta qualidade de serviços de redes e faixas largas de transmissão. Como parte desse projeto nacional, a Bahia teve seu projeto Rema aprovado e, durante dois anos, a implantação da infraestrutura dessa rede experimental resultou em práticas e aplicações que criaram um ambiente de formação, produção de conhecimento e capacitação em tecnologias de redes de alta velocidade.

A importância que assumiram as redes para o atendimento de aplicações avançadas e a necessidade de garantia de banda para o intenso tráfego Internet de produção, serviços e experimentação que se seguiram, resultaram na percepção da rede óptica como solução. Em 2005, a RNP inaugurou a primeira rede óptica nacional acadêmica da América Latina: a rede Ipê, quinta geração da infraestrutura nacional de redes, capaz de oferecer velocidade de conexão de 10 Gigabits por segundo (Gbps) para Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Belo Horizonte, e de 2,5 Gbps para Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, Fortaleza, Recife e Salvador – tecnologia de Gigabit Ethernet (Figura 1). Conforme demanda, espera-se conectar todas as capitais a 10 Gbps. São 27 pontos de presença (PoPs) instalados em todas as capitais do país, interligando mais de 400 unidades de instituições de ensino e pesquisa e algumas iniciativas de redes regionais – principalmente redes estaduais e redes metropolitanas de ensino e pesquisa.

Figura 1 – Topologia da Rede Ipê, Brasil, 2007.



Fonte: Rede Nacional de Ensino e Pesquisa.

Atualmente, a rede Ipê interliga todas as unidades da Federação, conectando instituições de ensino superior, centros federais de ensino técnico, escolas agrotécnicas federais, unidades federais de pesquisa e agências do MCT e do Ministério da Educação, além de outras instituições de ensino e pesquisa públicas e privadas. Essa rede possui conexões internacionais, estando conectada à rede Cooperação Latino-Americana de Redes Avançadas (Clara), que conecta a Ipê a outras redes avançadas no mundo, como a norte-americana Internet2 e a europeia Géant. Suas características são comparáveis às das melhores redes acadêmicas internacionais, colocando o país em posição de destaque no cenário internacional.

A necessidade de capilarização da capacidade multigigabit da rede Ipê levou à iniciativa de lançamento das Redes Comunitárias de Educação e Pesquisa (REDECOMEP) pelo MCT (<http://www.redecomep.rnp.br/>). Em 2006, percebendo-se que grandes benefícios poderiam advir da utilização de redes para aplicações específicas em saúde, o MCT lançou a Rede Universitária de Telemedicina (Rute) (MCT, 2006), cujo objetivo foi proporcionar a integração das ações desenvolvidas pelos diversos hospitais universitários do país. Seguiram-se a criação da Comissão Permanente de Telessaúde, em março de 2006 (MS, 2006), e a criação do Programa Nacional de Telessaúde (www.telessaudebrasil.org.br), em janeiro de 2007 (MS, 2007). Este último, implantado em nove estados brasileiros como protótipo aplicado à Atenção Primária. As iniciativas brasileiras em telemedicina e telessaúde alcançaram, desse modo, o estágio de integração federal ministerial.

Ambas as iniciativas – Rute e Programa Nacional de Telessaúde – incluem, em suas comissões de assessoria, especialistas das maiores universidades brasileiras, da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), que discutem e definem as políticas, os procedimentos e os assuntos relacionados ao uso de redes de telessaúde. A contribuição de cada instituição integrante do projeto Rute reside no capital intelectual dedicado à educação, assistência, pesquisa e extensão em suas especialidades de maior domínio. Em parceria com o Programa Nacional de Telessaúde, o centro de referência integrante da Rute articula a participação das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O município provê o ponto de acesso de rede e uma infraestrutura mínima de comunicação via internet. O programa nacional, através do centro de referência, provê o plantão de atendimento remoto às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) – equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que integram o programa criado em 1994, como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros, buscando substituir as antigas práticas centralizadas na doença e na valorização do hospital pelos novos princípios, que adotam a promoção à saúde e a participação da comunidade como foco principal.

Além da consultoria à distância com especialistas, o programa nacional garante equipamentos como computador e acessórios, câmera *Web*, microfone, impressora e máquina fotográfica digital. Eventualmente, novos valores são agregados ao projeto inicial, como é o caso do Projeto Minas Telecárdio, o qual, sendo financiado pela Secretaria de Saúde e pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Minas Gerais (Fapemig), fornece também equipamentos de medição – um eletrocardiógrafo para cada município (ALVES et al., 2006).

O projeto Redecomep, coordenado pela RNP, tem como objetivo a implantação de redes metropolitanas de alta velocidade nas regiões do país atendidas pelos Pontos de Presença (PoPs) da RNP. O modelo adotado baseia-se na implantação de uma infraestrutura de fibras ópticas, própria, que possa conectar as principais universidades públicas e centros de pesquisa no país, e gerenciada por um consórcio local formado por essas instituições e a RNP, de modo a assegurar sua autossustentação. A princípio, 27 redes metropolitanas estão sendo implantadas e inauguradas em todos os estados brasileiros. Espera-se que estejam em operação plena em 2009. Atualmente, oito redes já são operacionais: Belém, Manaus, Vitória, Brasília, Florianópolis, Natal, São Paulo e Fortaleza.

A implantação das redes metropolitanas compreende sete etapas:

1. Criação do comitê gestor
2. Início da implantação
3. Construção da rede
4. Aquisição de equipamentos e cabos ópticos
5. Aceitação e teste dos serviços e equipamentos
6. Implantação da rede lógica
7. Interligação da rede ao *backbone* da RNP

Em Salvador, a Redecomep recebeu a denominação de Rede Metropolitana de Salvador (ReMeSSA) e, sob a liderança da UFBA, interligará 19 instituições de ensino e pesquisa (Figura 2) ao longo de 130 km de fibra óptica (MACEDO, 2005).



Figura 2 – Malha óptica da ReMeSSA na cidade do Salvador, Bahia.

O projeto é integrado e articulado com os diversos atores de ensino e pesquisa e gestão administrativa na cidade do Salvador, incluindo órgãos do governo federal, estadual e municipal, instituições privadas de ensino, companhia de eletricidade e de TV a cabo. Integram a iniciativa as seguintes instituições como parceiras:

- Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia – Cefet-BA (1 *site*);
- Centro Integrado de Manufatura e Tecnologia do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – Senai/Cimatec (2 *sites*);
- Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia – Conder (3 *sites*);
- Companhia de Eletricidade do Estado da Bahia – Coelba (1 *site*);
- Companhia de Processamento de Dados do Salvador – Prodasal (26 *sites*);
- Companhia de Processamento de Dados do Estado da Bahia – Prodeb (1 *site*);
- Faculdade de Ciência e Tecnologia – Area1 (1 *site*);
- Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC (1 *site*);
- Faculdade de Tecnologia Empresarial – FTE (1 *site*);
- Faculdade Jorge Amado – FJA (1 *site*);
- Faculdade Ruy Barbosa – FRB (1 *site*);
- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – Fapesb (1 *site*);
- Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (1 *site*);
- Rede Nacional de Ensino e Pesquisa – RNP (1 *site* alocado no CPD/Ufba);
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado da Bahia, através do Condomínio Digital – Secti (4 *sites*);
- Universidade Católica do Salvador – Ucsal (8 *sites*);
- Universidade Estadual da Bahia – Uneb (2 *sites*);
- Universidade Federal da Bahia – Ufba (9 *sites*);
- Universidade Salvador – Unifacs (8 *sites*).

É previsto um modelo de gestão baseado em um comitê gestor, envolvendo todos os parceiros, o qual delega atribuições a um comitê técnico para a condução do projeto. São previstos financiamentos da Finep, com recursos geridos pela RNP, e da Fapesb, com recursos geridos pela Secti. Os recursos da Finep viabilizam o *backbone* óptico, acesso local e equipamentos para as instituições de

ensino e pesquisa públicas (Ufba, Cefet-BA, Fiocruz e Uneb); os recursos da Fapesb o fazem para as instituições vinculadas ao governo estadual (Secti, Conder, Fapesb, Prodeb). As instituições particulares devem prover contrapartida (infraestrutura óptica para acesso local e equipamentos de rede) para conectividade ao *backbone* óptico da rede, o qual é estrategicamente desenhado de modo a englobar as diversas regiões da cidade do Salvador, viabilizando o acesso.

Empresas de processamento de dados estadual (Prodeb) e municipal (Prodasal) integram o projeto constituindo infraestrutura independente para utilização de fibras ópticas, formando redes próprias e aportando recursos de contrapartida que viabilizam seus *backbones* e o acesso local.

MODELO PROPOSTO

A Rede Metropolitana de Salvador foi idealizada, adotando-se a conformação estrutural de anéis ópticos (Figura 3). Considerando a localização geográfica e a necessidade de prover a redundância das conexões, a rede se baseia em um anel central, a partir da Ufba, Cefet-BA, Uneb e SenaI/Cimatec, ao qual se conectam anéis secundários integrando as demais instituições e *campi*. Os anéis secundários serão interligados a partir de um ou de dois pontos do anel principal, e serão formados pelo agrupamento de diversos *sites*, geograficamente próximos de instituições *multicampi* e/ou *sites* de instituições *monocampi*, observando-se o critério de otimização do custo e procurando-se reduzir a extensão dos enlaces de fibra e o número de portas de *switches* necessários para interligá-las.

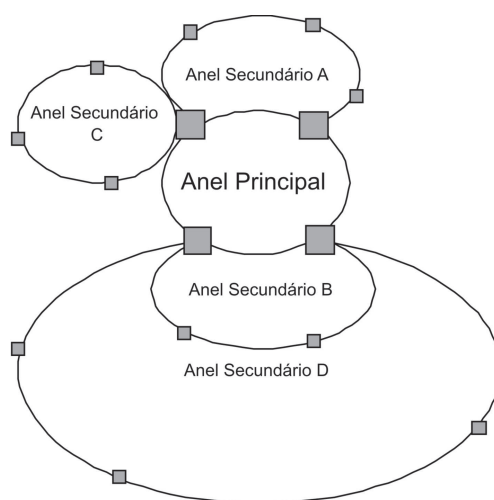


Figura 3 – Visão da topologia física – anel de anéis.

Nessa estrutura, o anel central será composto por quatro pontos de concentração dos anéis secundários. Cada anel secundário é composto por *switches* de acesso e interliga-se ao anel central composto por *switches* de concentração.

Estima-se que até 90 pontos estejam interligados em até dois anos na ReMeSSA e que, em até quatro anos, possam estar integrados aos anéis secundários ou a derivações destes as escolas de ensino médio e fundamental, organizações não-governamentais, hospitais e órgãos ligados à segurança pública e ao poder judiciário, utilizando a tecnologia Wi-Max, de modo a balancear o tráfego da rede.

REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA

Como resultado dos esforços empreendidos para a implantação e qualificação da infraestrutura nacional de redes de ensino e pesquisa, foi lançada pelo MCT, em abril de 2006, a Rede Universitária de Telemedicina (<http://rute.rnp.br>), com a finalidade de promover interconexão entre hospitais universitários e unidades de faculdades das diferentes regiões do país, favorecendo a colaboração entre grupos de pesquisa. A iniciativa se fundamenta no uso de aplicações avançadas de comunicação digital e informação e conta com o apoio da Finep e da Associação Brasileira de Hospitais Universitários (Abrahue). As instituições participantes do projeto usufruirão da infraestrutura de alta capacidade do *backbone* nacional das redes comunitárias de educação e pesquisa e, através do *link* entre a rede Ipê e a rede Clara, alcançarão acesso a instituições parceiras na América Latina, no Caribe, nos Estados Unidos e na Europa.

O projeto Rute, ainda em andamento, tem viabilizado a instalação de núcleos de telemedicina e telessaúde nos hospitais universitários das instituições participantes e o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes, incentivando o desenvolvimento de trabalhos multicêntricos. Fornece o provimento de infraestrutura de serviços de comunicação e parte dos equipamentos necessários aos grupos de pesquisa para o estabelecimento de integração e conectividade através de uma rede avançada de alta velocidade. Permite aos hospitais participantes o uso da rede RNP para aplicações de telemedicina e telessaúde que incluem vídeo e *Web* conferências para a troca de informações, palestras e atividades de educação continuada, bem como segunda opinião e teleconsulta, formando a base para a colaboração entre hospitais.

Durante sua primeira etapa, iniciada em 2006, 19 hospitais universitários em 14 estados foram integrados à rede universitária, estando entre eles o Hospital Universitário Professor Edgard Santos, que integra o complexo hospitalar da

Ufba. A partir de 2007, a expansão do projeto Rute tornou possível a incorporação de todos os estados do país, o que resultará, até meados de 2009, na interligação, por rede de fibra óptica, de 57 instituições de saúde, incluindo todos os 45 hospitais universitários das universidades federais do país e cobrindo todos os estados brasileiros (Quadro 1). Essa etapa de expansão da rede resultará na ampliação das fronteiras da comunicação, na modernização dos equipamentos e na demonstração das aplicações em videoconferências e serviços digitais, conforme definição de objetivos, metas, atividades e resultados esperados para as propostas apresentadas.

Quadro 1 – Hospitais e instituições de ensino integrantes do projeto Rute, Brasil, 2008.

Estado	Instituição	Hospital Universitário
Acre	Univ. Federal do Acre (Ufac)	Hospital Universitário do Acre
Alagoas	Univ. Federal de Alagoas (Ufal)	Hospital Univ. Professor Alberto Antunes
Amapá	Univ. Federal do Amapá (Unifap)	Faculdade de Enfermagem
Amazonas	Univ. Federal do Amazonas (Ufam)	Hospital Getúlio Vargas
Bahia	Univ. Federal da Bahia (Ufba)	Centro Pediátrico Prof. Hosannah Oliveira Hospital Univ. Professor Edgard Santos Maternidade Climério de Oliveira
Ceará	Univ. Federal do Ceará (UFC)	Hospital Universitário Walter Cantídio Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Distrito Federal	Univ. de Brasília (UnB)	Hospital Universitário de Brasília
Espírito Santo	Univ. Fed. do Espírito Santo (Ufes)	Hospital Univ. Cassiano Antônio Moraes
Goiás	Univ. Federal de Goiás (UFG)	Hospital de Clínicas de Goiás
Maranhão	Univ. Fed. do Maranhão (Ufma)	Hospital Universitário do Maranhão
Mato Grosso	Univ. Fed. de Mato Grosso (UFMT)	Hospital Universitário Júlio Miller
M. G. do Sul	Univ. Fed. de M. Sul (UFMS)	Hospital Univ. Maria Aparecida Pedrossian
Minas Gerais	Univ. Fed. de Juiz de Fora (UFJF)	Hospital Universitário de Juiz de Fora
	Univ. Fed. de Minas Gerais (UFMG)	Hospital das Clínicas
	Univ. Fed. de Uberlândia (UFU)	Hospital das Clínicas
	Univ. Fed. do Triângulo Mineiro (UFTM)	Hosp. Escola da Univ. Fed. do Triângulo Mineiro
Pará	Univ. Fed. do Pará (Ufpa)	Hospital Univ. Betina Ferro de Souza Hospital Univ. João de Barros Barreto
Paraíba	Univ. Fed. de Campina Grande (UFCG)	Hospital Universitário Alcides Carneiro
	Univ. Federal da Paraíba (UFPB)	Hospital Universitário Lauro Wanderley
Paraná	Univ. Fed. do Paraná (UFPR)	Hospital de Clínicas

Pernambuco	Univ. Fed. de Pernambuco (UFPE)	Hosp. das Clínicas Professor Arnóbio Marques
Piauí	Univ. Federal do Piauí (UFPI)	Hospital Universitário do Piauí
Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Univ. Federal Fluminense (UFF) Univ. Fed. do RJ (UFRJ) Univ. Fed. do Estado do RJ (Unirio) Univ. do Estado do RJ (Uerj)	Canal Saúde Hospital Universitário Antônio Pedro Hospital Escola São Francisco de Assis Hospital Universitário Clementino Fraga Filho Instituto de Doenças do Tórax Instituto de Ginecologia Instituto de Neurologia Deolindo Couto Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira Instituto de Psiquiatria Maternidade Escola Hospital Universitário Gaffrée Guinle Hospital Universitário Pedro Ernesto
Rio G. do Norte	Univ. Fed. do RN (UFRN)	Hospital de Pediatria Hospital Maternidade Ana Bezerra Hospital Universitário Onofre Lopes Maternidade Escola Januário Cicco
Rio G. do Sul	Fund. Univ. Fed. do Rio Grande (Furg) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) Univ. Federal de Pelotas (Ufpel) Univ. Fed. do RS (UFRGS) Univ. Fed. de Santa Maria (UFSM)	Hospital Univ. Doutor Miguel Riet Corrêa Júnior Hospital Escola da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia Hospital Escola de Pelotas Hospital de Clínicas de Porto Alegre Hospital Universitário de Santa Maria
Rondônia	Univ. Fed. de Rondônia (Unir)	Hospital Universitário de Rondônia
Roraima	Univ. Federal de Roraima (UFRR)	Hospital Universitário de Roraima
Santa Catarina	Univ. Fed. de Santa Catarina (UFSC)	Hosp. Univ. Prof. Polydoro Ernani de São Thiago
Sergipe	Univ. Federal de Sergipe (UFS)	Hospital Universitário de Sergipe
São Paulo	Univ. Estad. de Campinas (Unicamp) Fundação Faculdade de Medicina da Univ. de São Paulo (FM-USP) Univ. Fed. de São Paulo (Unifesp / Escola Paulista de Medicina) Universidade de São Paulo (USP) Inst. Dante Pazzanese de Cardiologia (Pazzanese)	Hosp. de Clínicas da Univ. Estadual de Campinas Hospital das Clínicas da FM-USP Hospital São Paulo Hospital Universitário da USP Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
Tocantins	Univ. Federal do Tocantins (UFT)	Faculdade de Medicina e Veterinária

Propõe-se o estabelecimento de um painel de especialistas, formado por participantes e coordenadores dos projetos integrantes da rede, o qual explicará os aspectos operacionais, os avanços, as estratégias de desenvolvimento e a aplicação de soluções tecnológicas às demandas de saúde no âmbito nacional. Trânsito de informações (texto, voz e imagem) em alta velocidade e com qualidade privilegiada estará ao alcance das instituições participantes em todas as capitais brasileiras, resultando em fortes impactos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais e permitindo a adoção de medidas simples e de baixo custo como solução para diversos problemas em saúde.

Considerando a necessidade de implantação de uma infraestrutura dinâmica para aplicações sofisticadas e inovadoras de ensino, pesquisa e assistência em atendimento às demandas de uma sociedade do conhecimento de uma instituição que desempenha relevante papel social no Brasil, foram incluídas, na etapa de expansão do projeto Rute, outras duas unidades hospitalares da Ufba, o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira e a Maternidade Climério de Oliveira. Para esses hospitais, a integração à rede possibilitará, de imediato, a utilização de aplicativos que demandam mais recursos de rede e o compartilhamento dos dados dos serviços de telemedicina de outros hospitais universitários e de instituições de ensino e pesquisa participantes da iniciativa.

Em um segundo momento, considera-se que a rede possa levar os serviços desenvolvidos nos hospitais universitários do país a profissionais que se encontrem lotados em cidades distantes, por meio do compartilhamento de arquivos e através da troca de experiências em caráter de consultoria e segunda opinião, contribuindo para melhorar o atendimento das populações das regiões mais carentes e sem atendimento médico especializado.

Integram a metodologia operacional na Rute os seguintes procedimentos:

- a. Instalação de infraestrutura organizacional e tecnológica: estabelecimento de coordenações gerais e locais; equipes de execução; composição de comitê assessor; identificação de grupos de interesse em áreas específicas; instalação, manutenção e operação da rede nacional e local de telemedicina;
- b. comitê assessor: recomendações referentes a procedimentos destinados ao uso inovador da Rede Universitária de Telemedicina;
- c. Criação de unidades de telemedicina e telessaúde nas instituições: implantação de unidades capazes de oferecer condições para integração entre as diversas comunidades acadêmicas e o desenvolvimento de atividades de assistência, pesquisa e educação para a saúde à distância, disponibilizando tecnologia e espaço físico, especialmente projetados para essas aplicações;

- d. Criação de grupos especiais de interesse: aglomeração de especialistas para a promoção e o desenvolvimento de atividades colaborativas em temas específicos da saúde;
- e. Workshops: participação dos membros da rede em reuniões científicas, proporcionando entendimento da natureza colaborativa do trabalho desenvolvido e criando oportunidades para consolidação da integração nacional em ensino, pesquisa e ações assistenciais.

A implantação da infraestrutura de suporte às atividades de telemedicina na Rute compreende sete etapas:

1. Diagnóstico
2. Apresentação de propostas
3. Assinatura de contrato
4. Licitação dos equipamentos e serviços
5. Implantação da infraestrutura
6. Teste dos equipamentos e serviços
7. Ativação dos hospitais na RNP

A infraestrutura em cada hospital universitário é representada por:

- Conexão a 1Gbps na Redecomep
- Unidade de telemedicina
- Sala de videoconferência
- Teleconsulta, telediagnóstico
- Cursos em telemedicina e telessaúde
- Grupos especiais de interesse

Atualmente, já se encontram conectados à rede doze hospitais universitários, estando prevista a inclusão de mais oito até dezembro de 2008 e outros trinta e sete até dezembro de 2009.

A comunidade acadêmica tem encontrado espaço para debates, socialização do conhecimento, integração com membros Rute e divulgação de atividades de telemedicina em reuniões científicas organizadas por todo o país. Destacam-se os *workshops* de telemedicina e telessaúde promovidos pelo Conselho Federal de Medicina nas regiões do Brasil: Norte (Manaus, março/2007); Nordeste (Recife, maio/2007); Centro-Oeste (Brasília, julho/2007); o Seminário “Os Hospitais

Universitários e a Integração Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia”, ocorrido nos dias 1 e 2 de agosto/2007, em Brasília; e os congressos anuais da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (CBIS).

O Conselho Federal de Medicina, em 2002, através da Resolução nº 1.643, estabeleceu a definição e disciplinou a prestação de serviços através da telemedicina no Brasil (CFM, 2002), fundamentando-se na Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina, adotada pela 51ª. Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em outubro de 1999.

NÚCLEO UNIVERSITÁRIO DE TELESSAÚDE

A criação do Núcleo Universitário de Telessaúde (Nuts) do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Hupes) – Ufba integra uma das etapas da metodologia operacional da Rede Universitária de Telemedicina. Esse núcleo, que tem por missão a condução de iniciativas de telemedicina e telessaúde, oferece suporte avançado para o desenvolvimento de atividades de assistência, pesquisa, educação e extensão em saúde, intermediadas por tecnologias de comunicação e informação.

Entre as metas a serem alcançadas pelo Nuts nos próximos anos, destacam-se: (a) promoção da integração entre as diversas unidades de saúde da Ufba através de atividades colaborativas intermediadas pela rede de fibra óptica; (b) suporte à participação da Ufba em iniciativas multi-institucionais de educação, assistência, pesquisa e extensão em saúde; (c) capacitação de recursos humanos para a utilização das novas tecnologias e recursos utilizados em telemedicina e telessaúde; (d) divulgação de conhecimentos e processos operacionais para aproveitamento em projetos de atenção remota à saúde; (e) investigação de novos sistemas de informação e conhecimento em saúde multiplataforma, que possam interoperar, a partir de padrões estabelecidos, com equipamentos médicos e outros sistemas e tecnologias de informação no desenvolvimento de uma infraestrutura de programas de telemedicina; (f) criação, desenvolvimento e análise de programas de telemedicina, mediados por computador, para utilização no processo de assistência em saúde extramuros ao Complexo Hupes, com a finalidade de ampliação da participação de profissionais de saúde e agentes comunitários, melhorando a assistência à saúde das populações.

Inaugurado em maio de 2008, o Nuts já conta com infraestrutura e suporte técnico que permitem a troca de experiências, através de videoconferência, entre especialistas dos diversos hospitais universitários e instituições de ensino em nível nacional e internacional. Alunos da graduação do curso de medicina e de

outros cursos de graduação e pós-graduação da Ufba, que adotam o Complexo Hupes como campo de prática, já vivenciam a nova realidade integrada à rotina hospitalar – a de poder interagir com equipes de outras instituições em discussões acadêmicas.

Entre os serviços que o Nuts já se encontra capacitado a oferecer, destacam-se:

Videoconferência:

Conjunto de facilidades de telecomunicações que permitem aos participantes, situados em duas ou mais localidades distintas, estabelecer comunicação bidirecional através de dispositivos eletrônicos de comunicação, enquanto compartilham, simultaneamente, seus espaços acústicos e visuais, tendo a impressão de estarem todos em um único ambiente (FLUCKIGER, 1995). A comunicação interativa que se estabelece através da videoconferência ainda permite o compartilhamento de vídeos, textos, fotografias e programas de computador (LEOPOLDINO; MOREIRA, 2003). Além do equipamento de videoconferência, são acessórios indispensáveis as câmeras (que capturam e enviam vídeo), os microfones (que capturam e enviam áudio) e as caixas de som (que emitem o áudio recebido de pontos remotos). Projetores multimídias ou televisores podem compor o cenário.

Teleconferência:

Comunicação unidirecional que se estabelece, em tempo real, através da Internet, possibilitando a interação entre palestrante e participantes remotos. A dinâmica que se estabelece é representada por aula ou conferência ministrada por um professor ou conferencista, remotamente, e por interação limitada a perguntas enviadas pelos participantes a um moderador por formulário eletrônico, fax ou telefone. Os participantes recebem a imagem e o áudio (*streaming*), mas não enviam nem imagem e nem áudio gerados localmente. Essa forma de comunicação possibilita disseminação de informações a um largo número de pontos geograficamente dispersos.

Webconferência:

Comunicação que se estabelece, em tempo real, através da Internet, possibilitando a interação de múltiplos participantes que transmitem áudio e vídeo, bem como outros recursos de colaboração, a partir de computadores conectados por banda larga a servidor *Web* e equipados com microfones e câmera digital. A dinâmica que se estabelece é representada por interação múltipla de participantes via áudio e vídeo, os quais, quando autorizados, participam utilizando os recur-

tos disponíveis de texto, áudio e vídeo. Essa forma de comunicação permite que indivíduos localizados em pontos geograficamente dispersos possam interagir com menores custos de investimento. Reuniões administrativas, discussões de casos e até mesmo aulas, palestras e conferências podem se utilizar dessa modalidade de comunicação.

São exemplos de sessões periódicas que compõem a agenda de videoconferências do Nuts para a participação de especialistas e corpos docente e discente da Ufba: as sessões da Rede Sentinelas em Ação (coordenação Hospital Sírío Libanês); as sessões de radiologia pediátrica (coordenação Universidade do Estado do Rio de Janeiro); as do Grupo Especial de Interesse em Saúde da Criança e do Adolescente (coordenação Ufba/Uerj); as de telemedicina (coordenação Nuts-Complexo Hupes/Ufba) e as sessões internacionais do Programa 2008 de Educação Continuada em Dermatologia da Universidade de Miami/*Miller School of Medicine*, que integram a agenda do Grupo Especial de Interesse em Dermatologia (coordenação Universidade Federal do Ceará).

Em busca da obtenção de soluções em saúde através da aplicação de recursos avançados de comunicação e informação, o Nuts oferece suporte ao desenvolvimento de projetos tecnológicos e de pesquisa científica, bem como à criação de grupos de discussão para a troca de experiências entre profissionais de diferentes instituições. Entre as iniciativas em andamento, destacam-se os subprojetos vinculados à Rede Universitária de Telemedicina; as agendas de educação continuada à distância e de capacitação multiprofissional para o uso de aplicações de telemedicina e telessaúde; os projetos de inclusão digital e a composição de grupos especiais de interesse por docentes e especialistas da área de saúde das diversas instituições de ensino superior do país.

Além de sala de videoconferência, a unidade dispõe de equipamento móvel de videoconferência que permite o estabelecimento de conexão, utilizando a rede de fibra óptica, a partir de qualquer ponto de acesso situado nas dependências do complexo hospitalar. O equipamento é, particularmente, importante para transmissões realizadas a partir de locais cujo acesso de pessoas é limitado, como salas do centro cirúrgico, unidades de tratamento intensivo, consultórios médicos, salas de emergência e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

Até 2009, estarão concluídas quatro estações de trabalho e um laboratório de telemedicina, ampliando o espectro de ação do Nuts para as atividades de capacitação de recursos humanos e assistência remota em saúde. As estações compreenderão ambientes individualizados e equipados com rede de fibra óptica e recursos tecnológicos apropriados para que a comunicação entre profissionais de diferentes regiões do país possa ocorrer de modo síncrono (em tempo real) ou

assíncrono (comunicação *off-line*) nas melhores condições de conexão, oferecendo som e imagem com qualidade diferenciada – características essenciais para o desempenho de atividades como consultoria, segunda opinião, produção de vídeo-aulas e laudos diagnósticos compartilhados para imagens. No laboratório de telemedicina serão instituídas atividades destinadas à capacitação de recursos humanos – treinamento de profissionais da área de saúde e de tecnologia da informação e comunicação para o uso dos recursos de telemedicina e dos ambientes computacionais específicos.

Espera-se que toda essa infraestrutura represente cenário favorável à prática, em breve futuro, de atividades de telemedicina que possam resultar em soluções para a saúde, oferecendo apoio à decisão médica de profissionais da rede de assistência das regiões e unidades desprovidas de especialistas. Além disso, os recursos disponibilizados pelo Nuts permitirão que a interconexão entre pesquisadores da Ufba e de instituições vinculadas ao grupo Internet2, nos Estados Unidos, possa se estabelecer com qualidade e precisão, facilitando o trabalho colaborativo em saúde entre os dois países. Em outubro de 2007, foi assinado um convênio de cooperação entre RNP e Internet2 (RNP, 2007).

GRUPOS ESPECIAIS DE INTERESSE

Com o objetivo de estabelecer parcerias para um trabalho em rede nacional, a criação de grupos especiais de interesse (*special interest groups/SIGs*) para a área da saúde foi indicada em encontro que reuniu membros do comitê assessor do projeto Rute, por videoconferência, em maio de 2007. Tais parcerias nacionais e internacionais teriam o objetivo de promover a troca de experiências e uma maior interação interinstitucional e multidisciplinar.

Historicamente, o Forum Global de Trauma em Estradas, da *International Society of Orthopaedic Surgery and Traumatology/SICOT*, e membros do projeto Rute, com a participação e sob a coordenação da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Trauma/Sbot, estabeleceu a criação do primeiro grupo especial de interesse em ortopedia e trauma.

A necessidade de formação de um grupo que reunisse pediatras através de redes acadêmicas levou à criação de um grupo especial de interesse em saúde da criança e do adolescente, sob a coordenação das pediatras e professoras Suzy Santana Cavalcante (Ufba) e Evelyn Eisenstein (Uerj), membros da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Os trabalhos do grupo especial foram iniciados no dia 8 de maio de 2008, juntamente com a inauguração do Nuts.

Entre os objetivos do grupo, figuram em destaque a promoção de integração entre especialistas; o desenvolvimento de atividades de capacitação e educação continuada em saúde, com ênfase na realidade de crianças e adolescentes brasileiros e o estabelecimento de projetos colaborativos de pesquisa e extensão na busca de soluções para problemas específicos. Pela pauta de debates, transitam as discussões no campo dos direitos à saúde, segundo as prioridades da Convenção dos Direitos da Criança, da Organização das Nações Unidas, e do Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como as questões sobre ética, economia e legislação em saúde e tecnologia. Ao lado da Ufba e Uerj, integram o grupo especial de interesse em saúde da criança e do adolescente, como instituições parceiras, o Instituto Nacional do Câncer (RJ), a Universidade Federal do Maranhão, a Universidade Federal de São Carlos (SP) e a Universidade Federal do Pará.

Além do grupo de especial interesse em saúde da criança e do adolescente, integram a rede acadêmica Rute os grupos de toxicologia clínica, tele-enfermagem, odontologia e diagnóstico bucal, radiologia e diagnóstico por imagem, padrões para telemedicina e informática em saúde, otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial, trauma e ortopedia, qualidade e segurança em hospitais da rede sentinela e teledermatologia.

Apresentam-se, portanto, como infinitas as possibilidades de aplicação dos recursos de comunicação e informação a serviço da saúde. Da inquietação e da inconformidade diante dos problemas sociais surgem iniciativas que buscam uma melhor qualidade de vida e consolida-se, nesse universo, a certeza de que unir forças e compartilhar conhecimentos é a trajetória mais segura, mais completa e mais rápida. Trabalhar em sintonia e, portanto, fazer parte de uma rede de conhecimentos passa a integrar o contexto responsável do compromisso pela saúde das populações, tornando, assim, imprescindíveis as redes acadêmicas. A participação da Universidade Federal da Bahia nas etapas mais precoces da implantação de redes experimentais, seguramente contribuiu para a sedimentação das redes acadêmicas no cenário nacional.

REFERÊNCIAS

ALVES, H.J. et al. *Telessaúde*: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006. ISBN 85-7041-582-6.

ANDRADE, P.J.N. et al. - Avaliação de um software de diagnóstico diferencial em medicina interna e cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 1993; 60: 285-8.

ARAÚJO, J.G.R. et al. Abrindo o caminho da era digital. *Trilha Digital*, ano 1, número especial, ago, 2005.

ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina*, adotada pela 51ª. Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em outubro de 1999. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracaotelaviv.pdf>>. Acesso em: 05 out 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº. 1.643/2002*. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1643_2002.htm>. Acesso em: 05 out 2008.

FLUCKIGER, F. *Understanding networked multimedia: applications and technology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice- Hall, Inc. 1995. 620p.

LEOPOLDINO, G.M. MOREIRA, ES. *Avaliação de sistemas de videoconferência*. RNP, 2003. Disponível em: <http://www.rnp.br/_arquivo/videoconferencia/AvaliacaoVideo.pdf>. Acesso em: 05 out 2008.

MACEDO, V. Redecomep: Salvador e Brasília lançam projetos de redes. *Info-Notícias RNP*, 2005. Disponível em: <<http://www.redecomep.rnp.br/noticias/index.php?noticia=7>>. Acesso em: 02 set 2008.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Rede Universitária de Telemedicina – Rute. Convênio Encomenda-FNDCT Ação Transversal ref. 2738/05 (UFPR, UNIFESP, Pazzanese, UNIMAR, UNICAMP, UFES, UFBA, UFAL, UFPE, UFPB, UFC, UFMA, UFAM, FioCruz, HC-FMUSP, HU-USP, ISCMPA, UERJ, UFMG, UFSC). January 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N°. 561 de 16 de março de 2006. Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria561.pdf>>. Acesso em: 06 out 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N°. 35 de 4 de janeiro de 2007. Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde. MS, 2007.

REDE NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA. Internet2 and *Rede Nacional de Ensino e Pesquisa* Form Health Sciences. *RNP-News*. 2007-News. Disponível em: <<http://www.rnp.br/en/news/2007/not-071011.html>>. Acesso em: 07 set 2008.

SABATINI, R.M.E. O diagnóstico médico por computador. *Informédica* 1993; 1: 5-10.

SABBATINI, R.M.E. Aplicações da internet em medicina e saúde. *Informédica*, v.3, n.15, p.4-9, 1995.

Suzy Santana Cavalcante

Médica com pós-doutorado em saúde pública e mestre em assistência materno-infantil. Professora da Faculdade de Medicina da Bahia. Coordenadora do Núcleo Universitário de Telessaúde do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos e coordenadora-geral do projeto Rede Universitária de Telemedicina (Rute) na Ufba.

Luiz Ary Messina

Coordenador Nacional da Rede Universitária de Telemedicina (Rute). Mestre em banco de dados de engenharia elétrica pela Universidade Estadual de Campinas e doutor em CAD no Instituto de Sistemas Gráficos Interativos da Faculdade de Informática, Universidade Tecnológica de Darmstadt.

Claudete Mary de Souza Alves

Graduada em ciência da computação pela Ufba. Mestre em informática pela UFPB. Analista de sistema da Ufba e coordenadora do projeto Rede Comunitária de Educação e Pesquisa do Ministério da Ciência e Tecnologia.

OS ESCULÁPIOS E A CULTURA EM
PORTUGAL E NA BAHIA:
estudo de vida, obra, arquivos, bibliotecas, museus e
casas-museus de médicos que ultrapassaram
a fronteira da ciência médica ¹

Zeny Duarte
zenyds@ufba.br

Armando Malheiro da Silva
armando.malheiro@gmail.com

Raiz e razões de um projecto

O majestoso prédio da Faculdade de Medicina da Bahia - FMB, localizado no Terreiro de Jesus, Centro Histórico de Salvador, Bahia, transporta-nos no tempo e espaço, e faz-nos refletir sobre como seria o ensino dessa ciência naquela época. Foi flutuando ao sabor do imaginário e com a curiosidade de quem quer ver além das paredes da edificação, que idealizamos esta investigação.

Para atingir o objectivo de resgatar e disseminar dados informacionais sobre a memória, vida, obra, pensamento e arquivos pessoais de médicos mais que profissionais, foi delineada uma metodologia qualitativa, posta em prática através da aplicação de inquéritos e entrevistas. Eles oportunizaram a especialistas e instituições a livre expressão a respeito do processo de criação, vida íntima e pessoal, produção profissional e intelectual.

¹ Este trabalho nasceu no âmbito do pós-doutoramento da Prof^a. Zeny Duarte na Secção Autónoma de Jornalismo e Ciências da Comunicação (Grupo de Ciência da Informação) da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, sob a orientação do Prof. Armando Malheiro da Silva, com bolsa da Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Portugal.

O estudo já encerra narrativas sobre a biobibliocronologia de médicos que produziram para além das fronteiras da medicina, há duzentos anos, tanto aquém, como além-Atlântico.

A partir dos resultados alcançados, comprovamos que esta “escavação” disponibiliza infinitas possibilidades de estudos, seja no ramo da ciência da saúde, social e aplicada, seja no das artes e das humanidades, de forma compartilhada e para o cenário dos internautas.

É natural que a parte mais visível e imediata do projecto se confunda com um guia ou até um inventário dos médicos que se dedicaram à cultura e às artes em Portugal e no Brasil, entre 1808 e 2008, com seus acervos, biografias e elementos complementares. Mas esse desiderato é apenas um meio e não um fim em si mesmo.

Há ainda um vínculo simbólico: o bicentenário de instalação da FMB por D. João VI, por ter sido ela a matriz da formação de nível universitário no Brasil. A sua documentação médica registra dois marcos expressivos: o de 18 de fevereiro de 1808, data da fundação da Escola Médico-Cirúrgica e o de 03 de outubro de 1832, quando foi designada Faculdade de Medicina da Bahia.

O bicentenário da FMB e a ligação de um dos autores desta comunicação a trabalhos respeitantes à arquivística na área da saúde foram um bom pretexto para motivar o projecto, mas a sua justificação específica é proposta aqui mediante uma abordagem em ciência da informação - C.I.

Porquê um levantamento de médicos com propensão cultural (literária, artística e ensaística)? Qual a sua pertinência? Qual o contributo da C.I. para a compreensão desse fenómeno?

Entretanto, é impressionante a listagem já produzida de médicos portugueses dos sécs. XIX e XX dedicados à cultura e pode causar estranheza, porque é comum associar o médico a um cientista das ciências naturais e exactas e, assim sendo, as letras e as artes estariam fora do seu bojo e perfil.

Não obstante essa estranheza e essa antítese ciências vs. letras/artes, razão vs. imaginação/criatividade (tipicamente positivista), não tardou, também, a ser veiculada uma hipótese explicativa que parece ter agradado, inclusive, aos próprios médicos: por viver no seu quotidiano manifestações do confronto entre vida e morte, o médico presencia, sofre e sente necessidade de relatar, através da ficção ou da pintura, essas suas vivências únicas e profundas.

Há, porém, autores (e recentemente o Prof. Daniel Serrão) que optam por uma dupla fundamentação: psicossomática e sociocultural, o que leva a considerar que a propensão cultural independe da profissão ou actividade de quem escreve romances, pinta quadros ou faz fotografia artística. Sobre esse ponto de vista, Serrão (2008,p.4) declara:

Quero afirmar – e sei que corro riscos – que toda a criatividade humana é um produto da biografia do criador. A biografia, como história memorizada de experiência de vida, de cognições perceptivas, bem transformadas em afectos e sentimentos e geradoras de diversas, múltiplas e imprevisíveis ideias abstractas, modula o criador artístico.

A questão está posta e as respostas alinham-se segundo as conjunturas e as múltiplas perspectivas de abordagem. Um sociólogo das profissões pode incluir esse tópico da deriva cultural numa indagação quantitativa através de inquérito, e procurará, a partir dos dados estatísticos obtidos, a teoria interpretativa mais consistente. O psicólogo seguirá o seu caminho explicativo e o neurocientista não poderá ignorar a interacção mente-meio.

E qual(ais) a(s) resposta(s) da C.I. para essa questão? A C.I. é uma ciência social aplicada, resultante da dinâmica transdisciplinar de áreas, como são a arquivística, a biblioteconomia e a documentação (e, em parte, a museologia), surgidas com a modernidade.

Pôr a questão dentro da C.I. implica, sobretudo e em primeiro lugar, proceder através do pólo técnico do método quadripolar da C.I. (pólos epistemológico, teórico, técnico e morfológico) ao levantamento de todos os médicos para uma determinada temporalidade (sécs. XIX-XXI) e espacialidade (Bahia e Portugal).

Constitui-se, assim, uma base de dados aberta, com diversos campos que permitam recuperar a informação acumulada por nome, cronologia (datas de nascimento e morte), espaço geográfico, sinopse biográfica, etc. e que permitam, conseqüentemente, compreender de forma sistemática o porquê da deriva cultural dos médicos recenseados.

A teoria sistémica, através do pólo teórico, pode ser aplicada se os acervos preservados dos médicos forem um recurso interpretativo ao dispor da C.I.: a base de dados criada dá-nos também o indicador exacto daqueles que deixaram documentação para consulta e daqueles de quem apenas restaram o nome e a obra. Um recurso bastante plausível, mas não o único e, com essa possibilidade, outras teorias poderão ser formuladas.

Para já, a teoria sistémica permite extrair da complexidade e variedade dos tipos de informação e documentos produzidos e recebidos por um médico indicações orgânico-funcionais que esclareçam, por exemplo, se a deriva cultural é patente antes do ingresso no curso de medicina.

A aplicação da teoria sistémica pode e deve fazer-se através de uma etapa infométrica de pesquisa a que se seguirá um indispensável investimento interpretativo ou hermenéutico. Nessa etapa infométrica, de natureza quantitativa

va e estatística, importa medir variáveis da produção cultural e compará-la com a produção científica de cada médico, distribuir esses valores diacronicamente e alinhar todos os resultados de modo a serem lidos/interpretados teoricamente.

Outras teorias, a par da sistêmica, poderão ser formuladas e, sobretudo, há de contar com a importação e adaptação de teorias de outras disciplinas, nomeadamente da sociologia e da psicologia, que possam ser absorvidas pela C.I. ou de que esta possa partilhar e ser usada interdisciplinarmente com aquelas.

Não se esgota aqui a totalidade de intelectuais das artes e da cultura. Portanto, disponibiliza-se espaço para o diálogo com o leitor e a inclusão de dados informacionais com descrição de arquivos e bibliotecas pessoais e familiares de médicos ainda não listados.

Incursão por uma “galeria” em crescimento

Vem de longe a propensão dos esculápios para as artes, a escrita e a filosofia. O porquê desse pendor, que faz com que, em determinado período ou em certos momentos de suas vidas, dediquem-se a outros ofícios além da sua ciência, é por eles próprios explicado de diversas formas.

Afeitos à realidade dual vida-morte, pugnam pela conservação daquela e delongamento desta. O resultado do empenho concretizado no contraste vitória/derrota torna-os mais próximos do processo de criação e da tendência à escrita, ao desenho, à pintura e às demais formas de expressão do belo, estético, lírico, lúdico e filosófico.

Por outro lado, uma das qualidades esperadas no médico é a paciência. Infelizmente, ela é cada vez menos encontrada nesse profissional, dado o curto espaço de tempo em que ele tem de dividir horários entre uma atividade e outra, em mais de um hospital e em clínicas. Leve-se, ainda, em conta a necessidade de estar ele, cada vez mais, atualizado em ciência, tecnologia e inovação - CT&I e investigação e desenvolvimento - I&D. Assim, muitos se voltam para outras atividades como exercício ou mesmo laboratório, ao encontro do justo equilíbrio profissional, da compreensão da alma humana e dos valores do ciclo vital. O presidente da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (Sopeam), Luís Lourenço (2008), na apresentação do site < <http://www.sopeam.pt/index.htm> >, presta o seguinte depoimento:

Habitados a conviver na profissão com os sentimentos humanos; guerreiros da vida contra a morte; vencedores nuns casos, noutros vencidos, não admira que nos sintamos, na qualidade de escritores

e artistas, ora pequenos “deuses”, capazes de conceber criaturas que espelhem nossos anseios de vitória contra a Parca, ora mitigadores do sofrimento de outras personagens, que da nossa pena, das nossas tintas ou do nosso cinzel escapam, na hora do inexorável passamento de muitos enfermos. Pacientes “confessores” que somos, infelizmente cada vez menos, dado o espaço que nos “roubam” o frenesi da vida, a carestia de tempo e a tecnologia moderna, sabemos que em grande parte é a nossa palavra amiga, de ansiedade mascarada, às vezes, o melhor remédio para muitos pacientes, que de nós se abeiram. Há quem não conceba esta dualidade, profissão e arte, (a crua realidade e bálsamo que a ameniza), o quê, longe de empobrecer o médico o enriquece, tanto como favorece o paciente.

A estreita relação da formação médica entre a Bahia e Portugal imprime a marca de uma temporalidade similar e, conseqüentemente, de comportamento de época. Para divulgar essa similaridade comportamental, propomos a circulação de instrumento de pesquisa apresentando vida, obra, pensamento e arquivos de médicos, por meio da análise e descrição de seus documentos pessoais, iniciadas nas cidades do Porto, Coimbra e Lisboa. Os trabalhos concluídos em Portugal ora prosseguem na Bahia.

Esta investigação mantém ainda relação com o atual programa destinado ao resgate da memória da medicina baiana, iniciado com o *Resgate do acervo da Faculdade de Medicina da Bahia: preservação, historicidade e salvaguarda do acervo*, projeto integrado ao Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Arquivologia e Saúde – Gepas, do Instituto de Ciência da Informação – ICI, em parceria com a FMB. Por oportuno, registre-se aqui o pioneirismo da mentora da arquivologia na Bahia, a professora Maria José Rabello de Freitas, autora e coordenadora do primeiro projeto de salvaguarda da memória da medicina da Bahia, no reitorado do Prof. Luiz Fernando Macedo Costa, nos idos dos anos 80.

Após estudos realizados em Portugal, localizamos vários textos em diversas publicações com abordagens acerca de médicos lusos com veia literária, filológica e artística. Destacando esse tema, os meios de comunicação de massa, a exemplo de jornais gratuitos distribuídos nos transportes – metro, autocarros e comboios –, de noticiários nos canais televisivos de maior audiência, das transmissões de rádio e dos variados tipos de impressos circulados em instituições públicas e de ensino, têm veiculado reportagens e notas que despertam a curiosidade da população em geral.

No dia 26 de fevereiro de 2007, o jornal Metro fez alusão ao que leva os médicos a trocar a bata pela caneta. A seguir, trechos da página denominada Nacional, de Lamy(2007,p.4):

São colecionadores de histórias humanas. Lidam de perto com a vida, e com os casos que podem inspirar obras literárias. “Sempre escrevi. E quando me aposentei, passei a ter mais tempo para me dedicar a esta arte”, conta ao Metro Joaquim Serra, que lançou este fim-de-semana *As palavras sensuais da nossa ausência*. [...] O autor diz que começou “como se costuma começar: a escrever poesia”.

O mencionado texto enfoca a opção do médico pela busca do ludismo e da criatividade, com uma clara ideia da fuga ao estresse cotidiano da profissão e o desejo de suplantar a dura realidade vivenciada em consultórios e hospitais. Na sequência, Lamy(loc.cit), transcreve palavras do médico e escritor Carlos Vieira Reis:

Estes profissionais são talvez a classe profissional há mais tempo em stress. [...] Os escritores médicos são arrastados cada vez mais para a escrita, pela inquietação, pelas dúvidas e pelo que dizem ser o buraco negro do futuro e o acelerar imparável dos media sobre a literatura.

Portanto, a literatura representa a opção de expressão artística preferida da maioria dos médicos, seguida de outras artes e da produção filosófica. Há muitos casos em que as expressões se misturam, representadas pela diversidade da tipologia e suporte documental encontrados em seus documentos pessoais.

Com perfil de homem múltiplo, destaca-se Abel de Lima Salazar, pintor, escultor e professor universitário. Ele foi médico e cientista de renome internacional, também pedagogo, prosador, crítico, filósofo, criador e divulgador de doutrinas e ideias progressistas.

Era o filho mais velho de Adolfo Barroso Pereira Salazar e Adelaide da Luz Silva Lima Salazar. Seu pai foi, em Guimarães, secretário e bibliotecário da Sociedade Martins Sarmento, professor de francês na Escola Industrial Francisco da Holanda e escrevia para a *Revista de Guimarães*. A eliminação da disciplina de francês dos currículos escolares em Guimarães parece ter sido a causa principal da sua vinda para o Porto.

Completo naquela cidade a escola primária e parte do liceu até 1903, altura em que ingressou no Liceu Central do Porto, em S. Bento da Vitória, onde concluiu a 7ª classe de ciências. Ali, com um pequeno grupo de companheiros,

publicou um jornal escolar republicano (o Arquivo) já reflectindo tanto o interesse pelos novos ideais políticos quanto as suas precoces aptidões para a arte, através de caricaturas de estudantes e professores.

Em 1909 ingressou na Escola Médico-Cirúrgica do Porto e em 1915 concluiu o curso de medicina, tendo apresentado a tese inaugural *Ensaio de psicologia filosófica*, classificada com 20 valores. Nesse ano, participou da Exposição dos Humoristas e Modernistas, no Porto.

Em 1918, com apenas 30 anos de idade, foi nomeado professor catedrático de histologia e embriologia. Fundou então e dirigiu o Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, um modesto centro de estudos, onde, apesar da falta de recursos financeiros, conseguiu realizar uma série de notáveis trabalhos de investigação. Sua obra é marcante, embora ele fosse pintor em *part-time*. É considerado precursor do movimento neorrealista.

Opositor convicto do regime de Salazar², em 1932 iniciou uma ativa campanha de educação da mocidade sob a égide de várias associações estudantis republicanas e antissalazaristas. Em 1935 foi demitido de todos os seus cargos. Passou a dedicar mais tempo à pintura.

Num dos inumeráveis portais direccionados à apresentação de biografias de figuras da cultura portuguesa, rico espaço de estudos utilizado para este trabalho, Fernandes(2009), ao fazer o resgate da memória de Abel Salazar, afirma:

A par de uma orientação pedagógica inovadora no contexto da época, entendia a actividade docente como uma investigação colectiva e a si próprio como um companheiro de trabalho, privilegiando o confronto de ideias, dando liberdade aos alunos de aparecerem nas horas em que mais lhes conviessem, lançando a ideia de os alunos designarem representantes para fazer parte do júri de exames. Como investigador, empreendeu uma série de pesquisas tendentes a definir e esclarecer a estrutura e evolução do ovário, criando o célebre método de coloração tano-férrico, de análise microscópica, que lhe abre caminhos no meio científico (Método

² António de Oliveira Salazar nasceu em 1889, em Santa Comba Dão. A sua educação foi fortemente marcada pelo catolicismo, chegando a frequentar o seminário. Estudou na Universidade de Coimbra, onde foi docente de Economia Política. Na 1ª República iniciou carreira política como deputado católico do Parlamento Republicano. O sucesso obtido na pasta das finanças tornou-o, em 1932, chefe de governo. Em 1933, formou o Estado Novo, regime semelhante ao fascismo de Benito Mussolini. As graves perturbações verificadas nos anos 20 e 30 nos países da Europa Ocidental levaram Salazar a adoptar medidas repressivas contra os que ousavam discordar da orientação do Estado Novo. O declínio do império salazarista acelerou-se a partir de 1961, a par do surto de emigração e de um crescimento capitalista de difícil controlo. É afastado do governo em 1968 por motivo de doença. Acabaria por falecer em Lisboa, a 27 de Julho de 1970. (C.I.T.I.,2009)

Tano-Férrico de Salazar). Entre 1919 e 1925, o seu trabalho tornou-se internacionalmente conhecido e publicado em várias revistas científicas internacionais. Participou de numerosos congressos no estrangeiro. Fundou com Athias e Celestino da Costa, os Arquivos Portugueses de Ciências Biológicas, dos quais foi um dos directores. Em 1921, casou-se com Zélia de Barros, de quem não teve filhos. Ao fim de 10 anos de trabalho profícuo em condições adversas, como proclamou sistematicamente, sofreu um esgotamento e interrompeu a sua actividade durante quatro anos para se tratar. De regresso à Faculdade em 1931, cheio de projectos, encontrou o seu gabinete desmantelado. Em 1935, foi afastado da sua cátedra e do seu laboratório, sem mesmo poder frequentar a biblioteca, nem ausentar-se do País, nos termos da Portaria de 5 de Junho, em que foram expulsos também outros professores universitários, como Aurélio Quintanilha, Manuel Rodrigues Lapa, Sílvio Lima e Norton de Matos.

Atualmente, no cenário das letras e das artes, citamos o médico José António de Melo Gomes, com uma produção mesclada entre o exercício da profissão, a literatura e as artes plásticas. Além de seguir uma carreira médica com distintivos, ocupações de cargos em instituições de classe, ministra cursos na área das artes e expõe trabalhos artísticos com reconhecimento público. No seu traço plástico impressionante e original, apresenta trabalhos alinhando o seu conhecimento científico com a produção artística. A partir de uma série de desenhos sobre Pierre-Auguste Renoir, publicou o livro *Ensaio de linhas e cores sobre um pintor reumatóide*. Nessa instigante obra, podemos observar quanto a sua experiência de especialista em reumatologia interfere em sua arte. E, como diz Tavares (2004, p. 7-8),

a técnica que José António utilizou permite a realização de grandes contrastes entre a figura/fundo e recortes profundos obtendo-se uma leitura muito nítida da representação. Recorrendo basicamente à tinta-da-china, utilizou também carvão, sanguínea, guache, ecolines e tinta granítica sobre o papel, e nalguns casos a técnica da aguada. Os desenhos falam por si, e representam o modo como o desenhador com um olhar cúmplice – simultaneamente especialista clínico em reumatologia – imagina ter sido o percurso sofrido e difícil de Renoir a partir do momento em que teve a primeira grande crise aos cinquenta e sete anos de idade até ficar completamente inválido por volta de 1912, tendo de se confinar a uma cadeira de rodas.

Em sua obra, José António dá-nos conta dos conflitos da vida de Renoir, reinterpretando-o através de um conjunto de retratos e representações iniciados

com o jovem Renoir, o pintor aos quarenta anos, e depois quando a doença o atinge definitivamente.

Também contemporâneo, Daniel Sampaio é médico psiquiatra e escritor, que, nas horas vagas, ainda faz rádio e televisão. É um dos introdutores em Portugal da terapia familiar, trabalhando com famílias e jovens em risco. O processo de criação através da escrita fez dele uma figura mediática. Na entrevista concedida à revista Autores(2007,p.10-11), declara que, no seu livro *Lavrador do mar*, defende um novo paradigma na relação entre pais e filhos. Perguntado se se considera um tradutor de emoções ou um escritor de realidades, Sampaio respondeu:

As emoções organizam o nosso modo de ver a realidade. Primeiro emocionamo-nos, depois pensamos, como ensinou António Damásio. A minha vida está cheia de emoções. Em primeiro lugar, emocio-me junto daqueles que amo, como a família e os amigos. Depois, emocio-me com a minha vida profissional riquíssima, intervenho junto às pessoas que sofrem, dou aulas a excelentes alunos (é um prazer ensinar as bases da Psiquiatria a alunos de Medicina), vou a escolas e trabalho para a rádio e para os jornais. Encontro em todo lado pessoas que se emocionam e querem melhorar a sua compreensão do mundo, por isso os meus livros lhes dão alguma voz. Tem valido a pena.

Este ano transcorrem os 102 anos de nascimento de Miguel Torga, tão conhecido em Portugal quanto no Brasil. Ele é, para as gerações do modernismo e do pós-modernismo, um dos mais importantes ícones da literatura portuguesa. Além de médico empenhado no seu ofício (na parede de um edifício onde tinha consultório no Largo da Portagem, em Coimbra, está bem visível placa com dizeres “Adolfo Rocha — Médico Especialista — Ouvidos, Nariz, Garganta”), é imortal das letras lusitanas. Este trabalho acompanhou os vários programas realizados em homenagem ao centenário do escritor, como a inauguração da sua casa-museu em Coimbra, iniciativa promotora da abertura de seu arquivo pessoal aos investigadores e interessados nos estudos torguianos.

Participando dessa celebração, a Sopeam, sob a presidência do Dr. Luís Esperança Ferreira Lourenço, organizou as Jornadas de Outono de 2007 em Trás-os-Montes, região onde está a cidade natal do escritor. Nele a ligação à terra é muito forte. Seus textos adquirem sentido alargado, quando lidos depois de se conhecerem os locais que os inspiraram, melhor dizendo, a “transmontanidade” do autor.

Com o intuito de reviver as memórias desse médico-escritor, um grupo de médicos dessa Sociedade, com familiares e amigos convidados, entre os quais nos encontrávamos, instalou-se no Solar de Canavarros Hotel (construção do século XVII), em Sabrosa, num ambiente de confraternização e tertúlia em sua homenagem. Essa cidade, que integra a região do Alto Douro Vinhateiro (declarada Património Mundial da Humanidade pela Unesco), com as vinhas características em socalcos a proporcionar vistas deslumbrantes e ímpares, fica a 25 km de Vila Real, capital da região, e a 5 km de São Martinho de Anta, cidade natal de Adolfo Correia da Rocha, conhecido pelo alterónimo Miguel Torga. Para Monteiro (2003, p. 45 e 46),

[...] relativamente a Miguel Torga, a designação que está instalada é, erradamente, a de pseudónimo. Utilizamos o advérbio de modo pelo facto de considerarmos que não se trata de uma mera opção por um nome falso para assumir a autoria dos textos. Pseudonímia é o que sucede com José Maria dos Reis Pereira que optou pelo nome de José Régio, ou com o irmão deste, o pintor Júlio dos Reis Pereira, que escolheu como pseudónimo literário Saul Dias, ou com tantos outros nomes da Literatura Portuguesa, incluindo Eugénio de Andrade, um dos galardoados com o Prémio Camões, cujo nome verdadeiro é José Fontinha. [...] em determinada altura, rejeitando a designação de pseudónimo e sem outra melhor para utilizar, optámos por falar de compromisso pseudonímico, exactamente porque a escolha do nome implicou um compromisso e a criação desse “Eu-Mito”. A escolha de um outro nome por parte de Adolfo Rocha para assumir a autoria dos seus textos, como facilmente se constatará, resulta, assim, de um fenómeno de alteridade que nada tem a ver com a pseudonímia, que é diferente também da tentativa heteronímica em Eça e da estratégia heteronímica conseguida em Fernando Pessoa.

Ainda em Monteiro (2004, p. 11), lê-se o seguinte depoimento:

A obra de Miguel Torga é multifacetada e responde a expectativas e interesses de uma gama variada de pessoas. O leitor que com ela contacta, pertencente a qualquer faixa etária ou situando-se num espaço, dentro ou fora de Portugal, encontrará sempre na obra torguiana textos com os quais poderá sentir-se identificado, tal a variedade de referências, de temáticas focadas, a defesa de valores, a remissão para determinados espaços ou tempos e tantos outros aspectos proporcionadores de interesse para o público em geral. Se, por um lado, existem textos acessíveis à leitura por parte de um público infantil, oriundo de um meio rural ou não, como

sucede com o conto *Jesus*, da antologia *Bichos* (no qual, com singeleza e alguma poesia, se apresenta o nascimento de um novo ser, o carinho e ternura que acompanham esse mesmo nascimento), por outro lado, existem outros contos como *Nero*, da mesma antologia, que fazem ponderar seriamente nos problemas da velhice, no abandono, na decadência, na degradação física e consequente situação psicológica e afectiva do indivíduo que atinge esse estado biológico.

O poeta registrou no *Diário XIII*: “Investigar é o mais paciente recurso que o homem tem de não se render ao absurdo. A este absurdo de vir e de partir com a mesma sem-razão dos sonhos”. (TORGA,1983).

No portal de sua casa-museu, inaugurada em agosto de 2007, em Coimbra, lê-se sua própria descrição do significado desse nome:

Torga é uma planta transmontana, urze campestre, cor de vinho, com as raízes muito agarradas e duras, metidas entre as rochas. Assim como eu sou duro e tenho raízes em rochas duras, rígidas, Miguel Torga é um nome ibérico, característico da nossa península. Pesou também na escolha do pseudónimo a influência de dois grandes escritores espanhóis: Miguel de Cervantes e Miguel de Unamuno. (CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA, 2009)

Um dos destaques das jornadas foi conhecer a espacialidade do escritor: a casa onde nasceu; a capela Senhora da Azinheira, no monte de São Domingos, uma das passagens do caminho de Santiago de Compostela, com vista para um verdadeiro “oceano megalítico” por ele caracterizado; o mundo infantil torguiano; sua escola primária em cuja sala de aula assistimos à palestra da professora Maria da Assunção Anes Morais sobre *Tradições transmontanas no diário de Miguel Torga*, sentados em carteiras miúdas feitas para os miúdos da região; e o campo-santo onde estão sepultos os corpos dele e da esposa, a lusista belga Prof^a. Andrée Crabbé Rocha. Assim, percebemos quanto ele herdou desse mundo rural, que vivenciou e transpôs para o mundo das letras.

Andando pelas ruas de sua cidade, convivemos com a eira de vizinhos, a eira comunitária. Reunimo-nos em frente a sua pequena e singela casa de paredes brancas, portas e janelas azuis, onde ouvimos depoimentos do Padre Avelino, um nonagenário que manteve laços fortes de amizade com o poeta e recordou-nos momentos fortes vividos em sua companhia. Destacou a grandeza de sua alma, sua convicção de “ateu crente” e seus dois espaços: físico (o meio ambiente) e social (as pessoas). Relatou-nos também o que lhe ficou na lembrança dos sabo-

res e dissabores na vida profissional e literária de Torga, quando de suas confidências ao padre amigo.

No levantamento bibliográfico, encontramos o estudo de Botelho (1991, p. 11), no qual se podem conhecer nomes de médicos na toponímia de Lisboa. Entre outros, destaca o autor o nome de Adelaide Cabete, mulher destemida e empreendedora, defensora dos oprimidos e, sobretudo, do feminismo. Registra:

Começou a estudar depois de casada, tendo feito exame de instrução primária aos 23 anos e concluído o curso de Medicina aos 33 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa (1900), com a tese de licenciatura *A protecção às mulheres grávidas pobres*. Foi médica de grande prestígio e professora de Higiene no Instituto Feminino de Odivelas. Defensora das ideias republicanas. [...] Escreveu diversos trabalhos como publicista e defensora do feminismo em Portugal, tendo dirigido a revista *Alma Feminina*.

A escassez de nomes femininos no curso de medicina na Bahia, espelhava a realidade em Portugal, onde era inexpressiva a presença da mulher nos ambientes das faculdades, especialmente em áreas consideradas masculinas, como essa. A discriminação era notória e a inserção da mulher nas academias era de difícil condução. No entanto, a presença dela nas primeiras turmas dos cursos de medicina em Portugal foi assinalada por nomes de peso para a sociedade e a cultura. Nesse caso, citamos Adelaide Cabete e Domitila Hormizinda Miranda de Carvalho. Embora com ideais contrários, essas insígnis mulheres marcaram e dinamizaram os campos médico, sociopolítico, cultural, literário, artístico e filosófico. Domitila foi a primeira mulher a entrar no curso de medicina da Universidade de Coimbra.

Adelaide, tanto quanto Domitila, foi escritora e presença reconhecida no meio literário e social. Foi a mais importante feminista portuguesa no início do século XX. Republicana convicta, médica obstetra, ginecologista, professora, membro da maçonaria e humanista, foi pioneira na reivindicação dos direitos das mulheres. Durante mais de 20 anos, presidiu ao Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas. Reivindicou para elas o direito a um mês de descanso antes do parto. Em 1912 reivindicou também o voto feminino. E, em 1933, foi a primeira e única mulher a votar a Constituição Portuguesa, em Luanda, onde viveu. Para ela, o motor do mundo sempre foi a solidariedade. Benemérita, defendeu as mulheres grávidas, os pobres, as crianças, as prostitutas e os indígenas em Angola.

Foi médica numa época em que os estudos superiores estavam reservados aos homens. Foi então que essa famosa mulher salientou-se na sua luta tenaz contra a discriminação sexual. Em muitos países, foi no princípio do século XX que as mulheres deixaram de confiar na eficácia do sexto sentido. Nos tempos em que Adelaide Cabete era jovem (nasceu em Elvas, em 1867), as mulheres começavam a rebelar-se contra a vida de peúgas e tachos a que eram votadas. Com uma tenacidade insuperável, iniciou os estudos em 1886, com o exame de instrução primária elementar, e concluiu com a formatura em medicina pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1900.

Outros nomes relevantes ainda não foram reconhecidos no cenário das investigações. A exemplo disso, ainda em leituras nos jornais gratuitos circulados em Portugal, tivemos a chance de conhecer um episódio raro para a arquivística. No jornal Metro (2007), estava registrado o leilão de um acervo riquíssimo. Tratava-se, precisamente, da hasta pública de livros do arquivo pessoal do médico Ribeiro dos Santos. Lia-se:

Cerca de 3.500 obras portuguesas em leilão. Uma das mais importantes bibliotecas particulares do Porto, com cerca de 3.500 obras, pertencentes ao médico Ribeiro dos Santos, vai a leilão a partir de hoje, às 21 horas, na junta da Freguesia do Bonfim, no Porto. A biblioteca de Ribeiro dos Santos constitui um raro e precioso acervo de livros, jornais e revistas, altamente representativos do século XX português, obviamente orientado numa perspectiva republicana, socialista e laica, escreve Mário Soares no prefácio do catálogo da colecção. Mário Soares refere-se à colecção como uma valiosíssima biblioteca, rica em revistas e obras literárias e histórico-políticas e considera ainda que o destino das grandes bibliotecas é dispersarem-se mais tarde ou mais cedo. Alfredo Ribeiro dos Santos, de 90 anos, diz que a degradação da vista é o factor principal apontado para a dolorosa decisão de vender os livros.

Essa é, sem dúvida, uma forma de fragmentação de arquivo pessoal de grande relevância e interesse tanto para a sociedade quanto para as academias.

No dia 12 de maio de 2008, tivemos um agradabilíssimo encontro com o Dr. Ribeiro dos Santos, em sua morada, na rua da Constituição, n. 1433, Porto, durante duas horas ininterruptas, nas quais colhemos dados interessantíssimos e enriquecedores sobre esculápios famosos nas letras e humanidades lusitanas. Além de médico, é bibliófilo, memorialista e escritor de muita produção. Destaca-se como um dos maiores especialistas na obra de Jaime Cortesão.

Em seu livro *Perfil de Jaime Cortesão*³, Ribeiro dos Santos (1985, p. 3) retrata o mestre Cortesão de maneira apaixonante e realista. Observa:

Depois de ter estudado grego e de ter sentido várias solicitações, como a da carreira de artista plástico, Cortesão escolhe a medicina, por ser a actividade profissional mais próxima da vida humana, com um mais profundo conhecimento dos problemas psicológicos e das influências sociais. Considerando que a ciência falha quando, por um torpe positivismo, cai num dogmatismo estreito e pretende, orgulhosamente, avaliar a arte e a filosofia que é a própria Vida, em toda a sua universalidade e expansão criadora, Jaime Cortesão faz uma vibrante exaltação da poesia e afirma: “Eu sou Poeta! Para ele, ser Poeta é confessar a Eternidade, é ter o instinto do Divino, é viver na Beleza imortal, é arder, volatizar-se, diluir-se num cósmico Amor.” E termina: “Não sou a carne, sou a essência; não sou o lábio, sou o grito; não sou a lenha, sou o fogo; não sou a sede, sou a fonte. Sim, eu não tenho forma, sou a Vida.”

Foi aluno e discípulo do filósofo Leonardo Coimbra, fundador da Faculdade de Letras do Porto, atleta e ministro da educação. Ao discorrer em torno das memórias de seu mestre, o Dr. Ribeiro dos Santos diz que esse grande homem era agnóstico, mas converteu-se ao cristianismo no Natal de 1935. Por ironia do destino, em 02 de janeiro de 1936, sofreu um acidente de carro em viagem a Penafiel, vindo a falecer.

Quando da implantação do Estado Novo, em 1933, Ribeiro dos Santos era aluno do liceu Rodrigues de Freitas. Recebeu influência de Leonardo Coimbra. Confessou-nos outro grande incentivo que o levou a optar pela medicina: a de seu professor Afonso Guimarães.

O seu ex-libris *Vida, Liberdade e Cultura*, que reproduz estátua de mulher, em grafite, é de autoria de Abel Salazar, outro que o influenciou na busca pela

³ Jaime Zuzarte Cortesão nasceu em 29 de abril de 1884 em Angã, concelho de Cantanhede, Portugal. Concluiu o curso de medicina na Escola Médico-Cirúrgica do Porto e nessa cidade manifestou-se pela primeira vez numa acção política de envergadura, ao participar da greve académica de 1907 contra a ditadura de João Franco. Foi médico ligado à história e a à política, ficando muito conhecido a partir da tese *A arte e a medicina*, em 1910, uma defesa de Antero de Quental contra o estudo nosológico que Sousa Martins dele fizera no *In memoriam*. Em 20 de outubro de 1940, foi banido para o Brasil. Se alguma tragédia pessoal tem algum lado positivo, o caso de Cortesão é exemplar, pois, tendo sido obrigado a um exílio odioso, ele contribuiu mais do que ninguém, mais que qualquer teórico acordo cultural, para o estreitamento de relações entre Portugal e Brasil. Em 12 de fevereiro de 1944 foi contratado pelo Ministério das Relações Exteriores para trabalhar na Mapoteca e Serviço de Documentação do Itamarati, tendo ainda passado a ministrar no Instituto Rio Branco (que então se formava) um curso sobre *História da cartografia política do Brasil* destinado aos diplomatas brasileiros. Em 1946 passou a trabalhar na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro. De 1952 a 1957, pôde de novo visitar todos os anos Portugal com um passaporte diplomático brasileiro, até que regressou definitivamente à pátria, em 1957. (GARCIA, 1987. p. 6; p. 15-17).

carreira médica. Foi o primeiro anestesista do Porto, especialização realizada na Inglaterra e em Lisboa. É colaborador da revista *Nova Renascença*. Foi um dos fundadores de *A Águia*, periódico que deu origem à revista *Renascença Portuguesa*. Para dar ênfase ao convívio que teve com intelectuais brasileiros, falou-nos muito bem de Murilo Mendes e do luso-brasileiro Agostinho da Silva.

Entre outras obras memoráveis, escreveu *Jaime Cortesão: um dos grandes de Portugal*, edição esgotada. Sua preciosa coleção de livros entrou num *site* para leilão, ficando repartido um dos mais significativos acervos documentais pertencentes a um dos maiores nomes da medicina e das humanidades.

Revedo e analisando teorias e conceitos da arquivística, muitas serão as consequências advindas desse leilão. A primeira e irremediável é a dispersão que ele poderá causar ao acervo e, diretamente, a impossibilidade de se reconstituir a história do titular por meio de seu arquivo pessoal. Independentemente de o documento pertencer a uma ou a outra classe, todo conjunto documental possuidor de informação de interesse histórico merece ser recolhido à guarda em instituições mantenedoras de acervos.

REFERÊNCIAS

AUTORES # 13. *Daniel Sampaio, o lavrador do mar*. Lisboa, 2007. (Entrevista concedida à revista Autores).

BOTELHO, Luís Silveira. *Médicos na toponímia de Lisboa*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 1991.

CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA. *Casa-Museu Miguel Torga*. Disponível em: <<http://www.cm-coimbra.pt/cmmtorga/mtorga.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2009.

C.I.T.I. *António de Oliveira Salazar*. Disponível em: <http://www.citi.pt/cultura/politica/25_de_abril/salazar.html>. Acesso em: 05 fev. 2009.

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DE LISBOA. Agenda 2001. *Uma feminista de vanguarda*. Disponível em: <http://www2.fc.ul.pt/agenda_fcul/marco/marco5.html>. Acesso em: 05 fev. 2009.

FERNANDES, Maria Luísa Garcia. *Figuras da cultura portuguesa*. Disponível em: <<http://www.instituto-camoes.pt/cvc/figuras/abelsalazar.html>>. Acesso em: 05 fev. 2009.

GARCIA, José Manuel. *O essencial sobre Jaime Cortesão*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1987.

JORNAL METRO. Porto, de 2 de outubro de 2007.

LAMY, Sônia. Livros com letra de médico. *Metro*, Lisboa, 26 fev. 2007.

LOURENÇO, Luís Esperança Ferreira. *Apresentação da Sopeam*. Disponível em: <<http://www.sopeam.pt/index.htm>>. Acesso em: 10 out. 2008.

MONTEIRO, Maria da Assunção Morais. *O conto no diário de Miguel Torga*. 2. ed. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2004.

MONTEIRO, Maria da Assunção Morais. *Da heteronímia em Eça de Queirós e Fernando Pessoa à alteronímia em Miguel Torga*. Vila Real: UTAD, 2003. (Série Ensaio, 24)

SANTOS, Ribeiro dos. *Perfil de Jaime Cortesão*. Póvoa do Varzim: Tipografia Camões, 1985. (Separata do número 17 – Nova Renascença).

SERRÃO, Daniel. *O médico e a medicina na criação literária, histórica, artística e na produção filosófica e cultural: panorama português nos tempos modernos*. Medinfor, 2008.

TAVARES, Cristina de Azevedo. Onde outrora houvera luz. In: GOMES, José António. *Pierre-Auguste Renoir: ensaio de linhas e cores sobre um pintor reumatóide*. Lisboa: Criações Digitais Lda. 2004.

TORGA, Miguel. *Diário XIII*. Coimbra: Coimbra Editora, 1983.

Zeny Duarte

Pós-doutoranda da Universidade do Porto, PT. Doutora em letras e pós-graduada em arquivologia pela Ufba. Especialista em restauração de fotografia pelo Musée Carnavalet e em arquivística internacional pelos Archives Nationales de France. Professora e chefe do departamento de documentação e informação da Ufba.

Armando Malheiro da Silva

Licenciado em filosofia pela Universidade Católica Portuguesa e em história pela Universidade do Porto, PT. Bibliotecário-arquivista pela Universidade de Coimbra. Doutor em história contemporânea pela Universidade do Minho. Professor associado da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA INFORMAÇÃO ARQUIVÍSTICA EM SAÚDE: construção de vocabulário controlado

Dulce Amélia de Brito Neves
damelia1@gmail.com

INTRODUÇÃO

A ciência da informação (CI) é um conhecimento que opera com a linguagem, buscando compreender esse fenômeno em dinâmica, nos diversos níveis, tendo em vista a multiplicidade de perspectivas situadas na compreensão do fenômeno informacional.

Nos anos 60, a CI se preocupava com as propriedades e comportamento da informação, como também com seu fluxo e meios de processá-la para facilitar seu acesso e uso. Já na década de 70, “com o deslocamento do paradigma da recuperação da informação em direção ao usuário e suas interações”, a CI buscou estabelecer um enfoque científico mais homogêneo, que possibilitasse o estudo dos processos de comunicação nos sistemas de informação. A partir dos anos 80, a administração foi incluída como parte fundamental, e, nos anos 90, volta-se para a prática do profissional da informação, de modo particular com estudos focalizando o uso/necessidades da informação e tecnologias da informação.

Em sua interdisciplinaridade a CI dialoga com a biblioteconomia, arquivologia, comunicação, linguística, psicologia, ciência cognitiva, entre outras. Saracevic (2006, p. 39-40) enfatiza:

a CI através de esforços teóricos, experimentais, profissionais e/ou pragmáticos, individualmente ou em várias combinações inter-relacionadas. São elas: a) efetividade, b) comunicação humana, c) conhecimento, d) registros do conhecimento, e) informação, f) necessidades de informação, g) usos da informação, h) contexto social, i) contexto institucional, j) contexto individual, l) tecnologia da informação.

Nesse sentido, acreditamos que os instrumentos criados para organização de documentos em unidades de informação podem ser utilizados em bibliotecas, museus ou arquivos. O presente artigo focaliza um projeto que tem como objetivo a elaboração de vocabulário controlado voltado à organização do arquivo do setor de pediatria no Hospital Universitário da UFPB. Para tanto, efetua-se levantamento dos prontuários do setor de atendimento da pediatria num período de cinco anos como amostra; selecionam-se como descritores os nomes das doenças e princípio ativo da medicação prescrita, tomando como base DeCS e o MeSH e finalmente consolida-se a lista de descritores a serem aplicados na indexação dos prontuários arquivados.

REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA INFORMAÇÃO

A representação da informação é uma área interdisciplinar que abrange linguística, filosofia, psicologia, sociologia, semiótica, entre outros campos. É também uma atividade de caráter mediador da CI, de vez que, como diz Guimarães e Pinho (2006 p. 3), serve de elo porque entre a

produção e o uso do conhecimento registrado e socializado, observa-se, na atualidade, quando o impacto das tecnologias de informação e da comunicação tem levado a uma agilização de processos, produtos e instrumentos, a necessidade de a área refletir sobre os aspectos atinentes ao desenvolvimento de seu próprio fazer, notadamente no que tange aos aspectos éticos incidentes.

Assim, as unidades de informação utilizam a representação para viabilizar a organização e disseminação de informações pertinentes como veremos a seguir.

Representação da Informação em Unidades de Informação

Em unidades de informação, a representação ocupa destaque, pois, através do seu uso, possibilita a organização do conhecimento contido nos documentos independentemente do suporte.

A descrição do conteúdo dos documentos tem por objetivo torná-los acessíveis às pessoas que os procuram. A representação da informação é de dois tipos: descritiva e temática. A representação descritiva enfatiza as propriedades físicas do documento, como: autor, data, local de publicação, etc. Já a representação temática se propõe a identificar os conceitos abordados no documento. Este processo é também denominado de indexação. Busca representar o conteúdo dos documentos, por meio de símbolos especiais quer retirados do texto original (palavras-chave extraídas do documento), quer escolhidos numa linguagem de informação ou de indexação (UNISIST, 1981, p. 148).

Ambas geram registros para fins de recuperação, através de índices, catálogos, dados bibliográficos, ou seja, produzem metadocumentos objetivando a recuperação de informação relevante.

Representação da Informação Arquivística

A Nobrade – Norma Brasileira de Descrição Arquivística (2006), elaborada no âmbito do Conselho Nacional de Arquivos (Conarq), estabelece diretrizes para a descrição de documentos. Sua elaboração tomou por base a Isad-G – Norma Geral Internacional de Descrição Arquivística (2000) e Isaar-CPF – Norma Internacional de Registro de Autoridade Arquivística para entidades coletivas, pessoas e famílias (2004), sem, no entanto, ser uma repetição.

A norma brasileira apresenta inovações, como o item de número oito, que trata da *Área de pontos de acesso e indexação de assuntos*, que não é abordado pelas normas internacionais e tem por objetivo: registrar os procedimentos para recuperação do conteúdo de determinados elementos de descrição, por meio da geração e elaboração de índices baseados em entradas autorizadas e no controle do vocabulário adotado (p. 59).

Em se tratando de arquivos, a indexação tem sido abordada em ambientes virtuais. Entretanto, a grande maioria de documentos de arquivo em nosso país encontram-se em suporte de papel. São organizados utilizando-se princípios arquivísticos atinentes a proveniência, fundo, seção, série, etc.

Nesse sentido, o acesso aos arquivos organizados pelas normas arquivísticas espelham essa organização em manuais de procedimento. A indexação de documento em arquivos seria mais um ponto de acesso, levando os usuários a uma maior interação com a unidade de informação.

Arquivos Hospitalares, Fonte de Informação Vital

O arquivo hospitalar é uma fonte de informação importante não apenas para a instituição, mas também para os pacientes e para a pesquisa. Ele dá suporte em atividades administrativas e assegura a memória da instituição.

Os pacientes veem no arquivo a garantia de que as informações sobre os tratamentos que lhes são prescritos e todo o histórico da sua saúde física e mental devidamente registrados nos prontuários possibilitam diagnósticos mais precisos. Os pesquisadores têm nos arquivos médicos uma fonte rica de dados sobre doenças e procedimentos adotados para curá-las.

O prontuário médico é, sem dúvida, o documento mais decisivo, cujo acesso é uma questão de prioridade vital. A organização da massa documental de um hospital, de modo geral e, particularmente, do acervo de prontuários, necessita de acesso imediato.

As instituições hospitalares costumam organizar seus prontuários por ordem numérica ou alfabética. Assim, existe uma limitação no acesso à informação, restringindo-a a dois elementos. A adoção de um vocabulário controlado seria mais um ponto de acesso às informações contidas nos documentos.

Nesse sentido, o enriquecimento da unidade de informação arquivística torna-se algo desejável não apenas devido à segurança no tratamento da saúde dos usuários do hospital, mas também porque o profissional da saúde obtém informações seguras.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a implementação do presente projeto, pretendemos adotar os seguintes passos:

- a) Efetuar levantamento dos prontuários em um período de cinco anos, que servirá de amostra;
- b) Selecionar como descritores os nomes das doenças e da medicação prescrita, tomando por base DeCS e o MeSH;
- c) Elaborar vocabulário buscando controlar sinônimos, homógrafos e mostrando as relações entre os termos.

As linguagens documentárias, como tesouros e vocabulários controlados, têm sido usadas mais amiúde em bibliotecas. Para tanto, têm sido criadas, visando

à organização da massa documental em unidades de informação especializadas, tradicionais, como também em bibliotecas virtuais e digitais.

A construção do vocabulário controlado será pautada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) desenvolvido pela Rede Bireme, com base no Medical Subject Headings (MeSH) – da U.S. National Library of Medicine.

Ao conjunto terminológico do DeCS foram acrescentados termos específicos de saúde pública e homeopatia. Além disso,

os conceitos que compõem o DeCS são organizados em uma estrutura hierárquica permitindo a execução de pesquisa em termos mais amplos ou mais específicos ou todos os termos que pertençam a uma mesma estrutura hierárquica. O DeCS integra a metodologia Lilacs e é um componente integrador da Biblioteca Virtual em Saúde (BRASIL, 2007).

A estrutura do DeCS é hierárquica e formada pela divisão do *conhecimento em classes e subclasses decimais, respeitando as ligações conceituais e semânticas, e seus termos são apresentados em uma estrutura híbrida de pré e pós-coordenação* (BRASIL, 2007). Compõe-se de conceitos referentes aos DeCS (versão 2008): compostos químicos e drogas, termos de anatomia, ciências biológicas, doenças, como também técnicas, equipamentos, ciências afins e áreas geográficas.

O projeto será desenvolvido nas seguintes etapas:

1. Diagnóstico das condições de organização do arquivo de prontuários médicos do setor de pediatria do HU da UFPB;
2. Levantamento da terminologia usada pelos médicos e enfermeiros que atuam no setor de pediatria;
3. Adequação das terminologias cotidianas àquela adotada no DeCS;
4. Identificação dos termos relacionados às doenças e aos princípios ativos das medicações prescritas;
5. Construção do vocabulário controlado (lista categorizada e alfabética);
6. Indexação dos prontuários;
7. Aplicação de teste para verificar pertinência;
8. Submissão do vocabulário controlado (lista categorizada e alfabética) a testes, avaliação, incorporando ajustes e posterior implantação;
9. Avaliação das possibilidades de uso das tecnologias para recuperação da informação.

Um vocabulário controlado (plano de classificação ou tesouro) é composto, idealmente, de duas partes: uma parte categorizada (ou estruturada), na qual as atividades são ordenadas pelas funções; outra, uma lista alfabética, na qual as denominações adotadas para as atividades remetem a uma relação categorizada (funcionando, portanto, como índice). O controle de vocabulário se manifesta pela inclusão de termos não adotados (remetendo aos adotados) e pelo uso de notas que restringem ou explicitam o significado do termo.

A etapa de construção do vocabulário será efetivada com a observância de quatro pontos essenciais:

1. Normalização gramatical;
2. Opções de grafia;
3. Sinonímia, homonímia e quase-sinonímia, e
4. Ordem de citação.

Na normalização gramatical observa-se o uso do masculino/feminino, singular/ plural dos termos, questões relativas a grafia, entre outras.

Nas questões referentes à sinonímia e quase-sinonímia, consideram-se as remissivas necessárias na ordenação alfabética a fim de orientar o uso correto adotado no vocabulário controlado.

A ordem de citação será detalhada nos níveis hierárquicos, buscando manter o nível de consistência na organização do vocabulário sem perder a proximidade com a linguagem utilizada na instituição.

Assim, o nível da microestrutura será efetivado para a construção do vocabulário controlado para um arquivo hospitalar, mas pretende-se também adotar precauções no que diz respeito a testes de sua aplicabilidade.

NO FUTURO UM PRODUTO; À GUIA DE UMA (IN)CONCLUSÃO

Com a adoção dos procedimentos acima elencados e permanente contato com os profissionais envolvidos no Setor de Pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, acreditamos que a execução e implementação do projeto de construção do vocabulário controlado revelará a importância de um ponto de acesso à informação contida na massa documental indexada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Francisco Lopes de. *O controle de vocabulário como dispositivo metodológico para organização, tratamento e recuperação da informação arquivística*, 2008. Dissertação de Mestrado.
- BRASIL. Conselho Nacional de Arquivos. *Nobrade: Norma brasileira de descrição arquivística*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Descritores em ciências da saúde*. BIREME, 2007. < <http://www.decs.bvs.br/>>
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ARQUIVOS. *ISAAR(CPF): Norma Internacional de Registro de Autoridade Arquivística para Entidades Coletivas, Pessoas e Famílias*. 2. ed., Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2004.
- _____. *ISAD(G): Norma Geral Internacional de Descrição Arquivística*: segunda edição, adotada pelo Comitê de Normas de Descrição, Estocolmo, Suécia, 19-22 de setembro de 1999, versão final aprovada pelo CIA. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2000.
- GARCIA MARCO, Francisco J. Fundamentos de organización e representación documental: aportaciones de la arquivística. *Revista General de Información e Documentación*. Madrid, Universidad Complutense, v. 5, n. 2, p. 91 – 148, 1995.
- RIBEIRO, Fernanda. Da arquivística técnica a arquivística científica: a mudança de paradigma. *Ciências e Técnicas do Patrimônio*: Revista da Faculdade de Letras, Porto/Portugal, série 1, v. 1, p. 97-110, 2002.
- _____. *Informação: um campo uno, profissões diversas?* In: CONGRESSO NACIONAL DE BIBLIOTECÁRIOS, ARQUIVISTAS E DOCUMENTALISTAS, 8., 2004, Estoril. *Actas*. Estoril, Lisboa, 2004. / CD-ROM
- _____. Organizar e representar informação: apenas um meio para viabilizar o acesso? In: ENCONTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO, 1, 2005, Vila do Conde. *Actas*. Vila do Conde. 2005. / CD-ROM
- SILVA, Armando B. Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda - A avaliação em arquivística: reformulação teórico-prática de uma operação metodológica. *Páginas A&B: arquivos e bibliotecas*. Lisboa. v. 5, p. 57-113, 2000.
- _____. *Das “ciências” documentais à ciência da informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular*. Porto: Ed. Afrontamento, 2002. 174 p.
- SILVA, Armando B. Malheiro da. A gestão da informação arquivística e suas repercussões na produção do conhecimento científico. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ARQUIVOS DE TRADIÇÃO IBÉRICA, 2000, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2000.
- _____. et tal. *Arquivística: teoria e prática de uma ciência da informação*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- SMIT, Johanna W; TÁLAMO, M. F. G. M. Sistemas de recuperação de informação e memória. In: ENANCIB, 7, 2006, Marília. *Anais: Marília*, 2006. s. p.

SMIT, Johanna W.; KOBASHI, Nair. *Como elaborar vocabulário controlado para aplicação em Arquivos*. São Paulo: Arquivo do Estado: Imprensa Oficial do Estado, 2003.

UNISIST. Princípios de indexação. *Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG*, Belo Horizonte, v.10, n.1, p.83-94, 1981.

YAKEL, Elizabeth. Archival representation. *Archival Science*, v. 3: p. 1–25, 2003. Disponível em : <http://www.finep.gov.br/scripts/sysbibli_cgi/sysbweb.exe/template?arquivo=home.html>.

Dulce Amélia de Brito Neves

Doutora em ciências da informação pela UFMG. Mestre e bacharela em biblioteconomia pela UFPB. Professora do departamento de ciência da informação da UFPB. Membro do corpo editorial da Revista Informação & Sociedade.

MEDICINA E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO: uma abordagem integradora e interdisciplinar

Fernanda Ribeiro
fribeiro.hierro@netcabo.pt

A CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO: BASES EPISTEMOLÓGICAS, TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Pensar as relações possíveis entre a Medicina e a Ciência da Informação (CI) pode parecer, à partida, um exercício desprovido de interesse, já que se trata de áreas científicas muito diversas e distantes, quer quanto aos respectivos objectos e métodos de estudo e de trabalho, quer quanto aos campos de actividade científica e profissional. Mas, se olharmos para o problema de um ponto de vista da intervenção social, não é difícil encontrar, de imediato, pontes entre as duas áreas e pontos de convergência interdisciplinar. Desde logo, porque a CI se assume como ciência social e a actividade médica, em toda a sua amplitude, se exerce na relação com os indivíduos (em contextos sociais); depois, porque a Medicina lida quotidianamente com Informação (especialmente informação clínica, mas também informação científica e informação de carácter administrativo, indissociável do funcionamento dos serviços de saúde) a qual, por sua vez, constitui o objecto da CI. Mas, para se entender melhor este tipo de relacionamento, é indispensável caracterizar, ainda que em linhas gerais, a CI tal como a concebemos e praticamos, pois dessa perspectiva decorrem as abordagens

interdisciplinares e as possibilidades de desenvolvimento de projectos de pesquisa e de investigação aplicada¹.

Com origens remotas na Documentação, tal como foi concebida e praticada por Paul Otlet e Henri La Fontaine desde finais do século XIX, a CI afirma-se, nos Estados Unidos da América, com a designação de *Information Science* durante a década de sessenta do século XX, cobrindo a área, em pujante crescimento, da Informação Científica e Técnica². Desde cedo as preocupações teóricas e a necessidade de fundamentação científica deste novo campo do saber se fizeram sentir, sendo paradigmática a definição que Harold Borko, em 1968, adiantou, aprofundando a que alguns antes havia surgido nas conferências do Georgia Institute of Technology, realizadas em outubro de 1961 e abril de 1962³. A formulação de Borko⁴, como se pode ver a seguir, apontava para uma definição do objecto de estudo e de trabalho da CI, para uma caracterização do seu campo de aplicação e para uma síntese dos saberes tradicionais que estiveram na base do seu desenvolvimento:

Ciência da Informação - a disciplina que investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que regem o fluxo informacional e os meios de processamento da informação para a optimização do acesso e uso. Está relacionada com um corpo de conhecimento que abrange a

¹ Uma breve caracterização da CI foi por nós delineada num texto apresentado ao VIII Congresso Nacional de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas, realizado no Estoril em maio de 2004, texto esse que seguimos aqui muito de perto: RIBEIRO, Fernanda – Informação: um campo uno, profissões diversas? In: CONGRESSO NACIONAL DE BIBLIOTECÁRIOS, ARQUIVISTAS E DOCUMENTALISTAS, 8., 2004, Estoril - Nas encruzilhadas da Informação e da Cultura: (re)inventar a profissão: actas. [CD-ROM]. Versão em Word para Windows XP. Lisboa: BAD, 2004. ISBN 972-9067-36-8 (também disponível em: < <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo4181.pdf>) >.

² Sobre as origens e evolução da Ciência da Informação, ver, por exemplo: RAYWARD, W. Boyd – The Origins of Information Science and the International Institute of Bibliography / International Federation for Information and Documentation (FID). JASIS - Journal of the American Society for Information Science. New York. ISSN 0002-8231. 48:4 (Apr. 1997) 289-300; SARACEVIC, Tefko – Ciência da informação: origem, evolução e relações. Perspectivas em Ciência da Informação. Belo Horizonte. ISSN 1413-9936. 1:1 (Jan.-Jun. 1996) 41-62; SHERA, Jesse H.; CLEVELAND, Donald B. – History and foundations of Information Science. Annual Review of Information Science and Technology. Washington. 12 (1977) 249-275; SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda – Das “Ciências” Documentais à Ciência da Informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular. Porto: Edições Afrontamento, 2002. ISBN 972-36-0622-4. cap. 2; WILLIAMS, Robert V.; WHITMIRE, Laird; BRADLEY, Colleen – Bibliography of the history of Information Science in North America, 1900-1995. JASIS - Journal of the American Society for Information Science. New York. ISSN 0002-8231. 48:4 (Apr. 1997) 373-379.

³ A definição apresentada nas conferências do Georgia Institute of Technology pode ser vista em: SHERA, Jesse H.; CLEVELAND, Donald B. – Ob. cit. p. 265.

⁴ A definição de Harold Borko foi apresentada em: BORKO, Harold – Information Science - what is it? American Documentation, Washington. 19:1 (Jan. 1968) 3-5.

origem, colecta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação. Isto inclui a investigação, as representações da informação tanto no sistema natural, como no artificial, o uso de códigos para uma eficiente transmissão de mensagens e o estudo dos serviços e técnicas de processamento da informação e seus sistemas de programação. Trata-se de uma ciência interdisciplinar derivada e relacionada com vários campos como a matemática, a lógica, a linguística, a psicologia, a tecnologia computacional, as operações de pesquisa, as artes gráficas, as comunicações, a biblioteconomia, a gestão e outros campos similares. Tem tanto uma componente de ciência pura, que indaga o assunto sem ter em conta a sua aplicação, como uma componente de ciência aplicada, que desenvolve serviços e produtos. (...) a biblioteconomia e a documentação são aspectos aplicados da ciência da informação⁵.

No decurso das últimas quatro décadas, a evolução da CI foi muito significativa, no que toca à sua consolidação e afirmação científica, nomeadamente nos meios académicos. Como testemunho deste crescimento disciplinar, basta apontar a proliferação de cursos de graduação e de programas de estudos avançados (mestrado e doutoramento) um pouco por todo o mundo, mas com maior incidência na Europa e na América; o aparecimento de inúmeros títulos de periódicos, ligados a universidades e a grupos de investigação; e o desenvolvimento de variados projectos de pesquisa envolvendo docentes e investigadores integrados em universidades de todos os continentes.

A revolução tecnológica do último meio século e o envolvimento da sociedade pelo fenómeno da Informação, hoje completamente indissociável dos meios digitais, veio provocar mudanças profundas no campo da CI, pela urgência em responder a novos problemas e desafios, cujas soluções passam por uma cada vez maior necessidade de fundamentos teóricos e metodológicos sólidos e consistentes, capazes de suportar as práticas aplicadas nos mais diversos contextos sociais e organizacionais.

Mas, apesar do crescimento acentuado da CI, os consensos científicos sobre a sua natureza e identidade são, ainda hoje problemáticos, pois a sua construção disciplinar não ocorreu simultaneamente e da mesma forma em todos os países e contextos, tornando, portanto, muito variável o seu grau de desenvolvimento e dificultando um entendimento uno sobre o próprio campo disciplinar. Por um lado, tem-se assistido a uma marginalização (ou mesmo automarginalização) da

⁵ Citado de: FROEHLICH, Thomas J. – Challenges to curriculum development in Information Science. In: CONGRESSO NACIONAL DE BIBLIOTECÁRIOS, ARQUIVISTAS E DOCUMENTALISTAS, 1. Porto, 1985 – A Informação em tempo de mudança: actas. Porto: BAD, 1985. vol. 2, p. 488.

Arquivística e dos arquivistas no processo evolutivo da CI, pela procura de identidade científica, mas carecendo de uma sólida base teórica de sustentação; por outro lado, também não há consenso sobre a unidade epistemológica da área, o que favorece posições a favor do entendimento da CI como uma interdisciplina; por outro lado ainda, coexistem perspectivas sustentadas pelo paradigma tradicional, que aceita apenas a Informação registada (Documentação) como objecto de estudo⁶, reduzindo assim toda a compreensão do fenómeno informacional a um epifenómeno do mesmo.

Embora haja esta pluralidade de posicionamentos, consideramos fundamental contribuir para uma clarificação da problemática em causa e tomarmos posição a favor de uma CI que se assume com um campo de saber uno e transdisciplinar, inscrito na ampla área das ciências sociais e humanas, que congrega diversas disciplinas aplicadas, como a Arquivística, a Biblioteconomia e a Documentação e lhes dá suporte teórico. A cartografia do campo científico da CI foi delineada num diagrama e explicitada num ensaio epistemológico, que serviu de base à construção do modelo formativo em CI, assumido pela Universidade do Porto⁷. Esse diagrama foi, posteriormente, redesenhado e aperfeiçoado por Armando Malheiro da Silva no âmbito de um ensaio teórico sobre a Informação, publicado em 2006 (ver Anexo)⁸.

Na perspectiva que defendemos em relação à CI, além do estabelecimento das suas fronteiras, é crucial a definição do seu objecto de estudo e a assunção de um método ajustado às características do fenómeno da informação (social), enfatizando a sua componente qualitativa (embora não descurando os aspectos passíveis de análise e de investigação quantitativa), como, aliás, é próprio e específico das ciências sociais.

No que toca ao objecto da CI – a Informação –, ter como ponto de partida uma definição é, a nosso ver, um requisito indispensável, pois funciona como conceito operatório matricial. No já referido ensaio epistemológico, ‘Informação’ foi definida como segue:

Informação – conjunto estruturado de representações mentais codificadas (símbolos significantes) socialmente contextualizadas e passíveis de serem registadas num qualquer suporte material (papel, filme, banda magnéti-

⁶ A “escola” espanhola, personificada por José López Yepes e seus seguidores, é um exemplo paradigmático desta perspectiva.

⁷ Ver: SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda – Das “Ciências” Documentais à Ciência da Informação... (ob. cit.) p. 80.

⁸ SILVA, Armando Malheiro da – A Informação: da compreensão do fenómeno e construção do objecto científico. Porto: Edições Afrontamento; CETAC.COM, 2006. ISBN 972-36-0859-3. p. 28.

ca, disco compacto, etc.) e, portanto, comunicadas de forma assíncrona e multi-direccionada⁹.

E, neste sentido, assume-se como o objecto de estudo e de trabalho da CI.

Complementando a definição, amplia-se a caracterização do fenómeno ‘informação’ pelo enunciado das suas propriedades, que, embora já mencionadas por Harold Borko em 1968, ou mesmo por Yves-François Le Coadic no seu livro intitulado *A Ciência da Informação*, não haviam sido formuladas, a nosso ver, de uma forma clarificadora¹⁰. Assim, esse enunciado de propriedades da informação apresenta-se do seguinte modo:

- **estruturção pela acção (humana e social)** – o acto individual e/ou colectivo funda e modela estruturalmente a informação;
- **integração dinâmica** – o acto informacional está implicado ou resulta sempre tanto das condições e circunstâncias internas, como das externas do sujeito da acção;
- **pregnância** – enunciação (máxima ou mínima) do sentido activo, ou seja, da acção fundadora e modeladora da informação;
- **quantificação** – a codificação linguística, numérica ou gráfica é valorável ou mensurável quantitativamente;
- **reprodutividade** – a informação é reprodutível sem limites, possibilitando a subsequente retenção/memorização; e
- **transmissibilidade** – a (re)produção informacional é potencialmente transmissível ou comunicável.

Podemos, pois, considerar, de forma sintética, estes elementos caracterizadores da Informação, aliados à definição acima apresentada, como as bases mínimas e fundamentais para o discurso científico sobre o que consideramos ser o objecto de estudo e de trabalho da CI, área teórico-prática em consolidação, que dá sustentação a competências profissionais multifacetadas, em consonância com os contextos e as exigências do desempenho profissional.

Quanto à componente metodológica da CI, também em breves palavras, podemos compulsar o que desenvolvemos na obra antes referida¹¹. Consideramos

⁹ Ver: SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda – Das “Ciências” Documentais à Ciência da Informação... (ob. cit.) p. 37.

¹⁰ LE COADIC, Yves-François – *A Ciência da Informação*. Trad. de Maria Yêda F. S. de Filgueiras Gomes. 2. ed. Brasília: Briquet de Lemos - Livros, 2004. ISBN 85-85637-23-4.

¹¹ Ver: SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda – Das “Ciências” Documentais à Ciência da Informação... (ob. cit.) cap. 3.

o método de investigação quadripolar, concebido por Paul de Bruyne e outros autores¹², como o dispositivo mais adequado às exigências do conhecimento da fenomenalidade informacional, uma vez que não se restringe a uma visão meramente instrumental. A sua dinâmica investigativa resulta de uma interacção entre quatro polos – o epistemológico, o teórico, o técnico e o morfológico¹³ – permitindo uma permanente projecção dos paradigmas interpretativos, das teorias e dos modelos na operacionalização da pesquisa e na apresentação dos resultados da mesma¹⁴.

Nesta dinâmica quadripolar de investigação assume particular relevância o polo teórico, uma vez que ele suporta a componente técnica e instrumental e dá sentido à explanação de resultados que se consubstancia no polo morfológico. Havendo, naturalmente, diferentes teorias e modelos que sustentam o modo de ver e de pensar o fenómeno/processo informacional¹⁵, manifestamos a nossa preferência pela Teoria Sistémica, que radica as suas origens nos estudos de Ludwig von Bertalanffy, desenvolvidos a partir dos anos vinte da centúria passada, dado que congrega uma visão holística e se ajusta bem ao universo complexo e difuso da Informação, como se comprova por exemplos vários da sua aplicação teórico-prática¹⁶.

Esta fundamentação epistemológica, teórica e metodológica da CI, aqui resumidamente apresentada, espelha-se, necessariamente, em projectos de investigação, em modelos formativos e na actividade profissional exercida nos mais

¹² DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; DE SCHOUTHEETE, M. – *Dynamique de la recherche en sciences sociales de pôles de la pratique méthodologique*. Paris: P.U.F., 1974.

¹³ No polo epistemológico opera-se a permanente construção do objecto científico e a definição dos limites da problemática de investigação, dando-se uma constante reformulação dos parâmetros discursivos, dos paradigmas e dos critérios de cientificidade que orientam todo o processo de investigação; no polo teórico centra-se a racionalidade do sujeito que conhece e aborda o objecto, bem como a postulação de leis, a formulação de hipóteses, teorias e conceitos operatórios e consequente confirmação ou infirmação do “contexto teórico” elaborado; no polo técnico consoma-se, por via instrumental, o contacto com a realidade objectivada, aferindo-se a capacidade de validação do dispositivo metodológico, sendo aqui que se desenvolvem operações cruciais como a observação de casos e de variáveis e a avaliação retrospectiva e prospectiva, sempre tendo em vista a confirmação ou refutação das leis postuladas, das teorias elaboradas e dos conceitos operatórios formulados; no polo morfológico formalizam-se os resultados da investigação levada a cabo, através da representação do objecto em estudo e da exposição de todo o processo de pesquisa e análise que permitiu a construção científica em torno dele.

¹⁴ Ver: LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérard – *Investigação qualitativa : fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-75-1.

¹⁵ Ver: SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda – *Das “Ciências” Documentais à Ciência da Informação...* (ob. cit.) cap. 3.

¹⁶ Para maior desenvolvimento sobre a teoria sistémica, ver o texto anteriormente referido: RIBEIRO, Fernanda – *Informação: um campo uno, profissões diversas?* (ob. cit.). Ver também: MELLA, Piero – *Dai Sistemi al pensiero sistémico: per capire i sistemi e pensare con i sistemi*. Milano: Franco Angeli, 1997. ISBN 88-464-0336-3.

variados contextos organizacionais, pois só assim se dá sentido a todo um *corpus* teórico-prático que consubstancia esta área científica em pleno desenvolvimento.

A INFORMAÇÃO NA ÁREA DA MEDICINA

A abordagem feita no ponto anterior pretendeu vincar a ideia de que as teorias e os modelos interpretativos, bem como o dispositivo metodológico são essenciais para a compreensão e explicação do fenómeno informacional, onde quer que ele ocorra. Desse modo, é óbvio que, no campo da Medicina, toda a lógica de produção, uso e preservação da informação, seja no contexto de serviços, seja no contexto de sistemas individuais/organizacionais, carece de ser percebida e explicada à luz da fundamentação da CI.

A caracterização da informação da área da Medicina que a seguir se apresenta é feita tendo em conta, particularmente, a situação portuguesa. Contudo, julgamos que tal situação terá uma correspondência bastante próxima com outras realidades e consideramos que a maior parte das questões colocadas é válida para a generalidade dos serviços de informação médica.

Nos chamados contextos da saúde, os médicos, o pessoal de enfermagem, os professores e os estudantes de Medicina são, simultaneamente, agentes produtores e utilizadores de informação, que carecem de aceder, em tempo útil, a recursos informacionais do mais diverso tipo para o bom desempenho da sua actividade profissional e/ou científica. Mas, como se organiza, se armazena e se preserva tal informação, por forma a que o acesso seja possível rápida e eficazmente? Tradicionalmente, a organização, o armazenamento e a preservação da informação têm sido feitos no âmbito dos chamados serviços de informação, sendo as bibliotecas e os arquivos os exemplos mais típicos de tais serviços. As bibliotecas das faculdades de Medicina ou de outras instituições de ensino ligadas à saúde como, por exemplo, as escolas de enfermagem, são consideradas serviços especializados (desde os anos trinta do século XX começaram, em diversos casos, a receber o nome de centros de documentação) que procuram reunir informação de carácter científico (essencialmente monografias, periódicos da especialidade, trabalhos académicos, estudos e relatórios técnicos, etc.) para apoio de docentes e estudantes. A produção científica de professores e investigadores é também, normalmente, armazenada nas bibliotecas e, em variados casos, os trabalhos académicos dos estudantes são igualmente conservados. Mas, no essencial, as bibliotecas especializadas das escolas de medicina e de saúde procuram adquirir e reunir informação proveniente de fontes externas, sendo a produção informacional do corpo docente e discente da própria instituição uma percentagem diminuta do acervo global. Além

disso, nos tempos actuais, estes serviços especializados preocupam-se, sobretudo, em servir de meio de acesso a recursos informacionais disponíveis via *Web*, como seja o caso das bases de dados referenciais ou de texto integral, de que a Medline, desenvolvida pela National Library of Medicine dos Estados Unidos da América é exemplo paradigmático¹⁷.

A par das instituições de ensino da área da Medicina, temos um outro sector de actividade muito importante, que igualmente se configura como produtor e utilizador de informação. Referimo-nos aos serviços de saúde (hospitais, clínicas e centros de saúde) que, tal como as escolas, produzem e utilizam informação no exercício da sua actividade. Não raro sucede existirem, no âmbito destas organizações (sobretudo se se trata de organismos com uma dimensão e uma complexidade orgânica consideráveis, como é o caso dos grandes hospitais), bibliotecas ou centros de documentação especializados, que têm por missão propiciar o acesso à informação aos profissionais da saúde que trabalham nessas mesmas organizações. Nestes casos, raramente as bibliotecas conservam a produção informacional resultante da actividade desses profissionais ou da organização enquanto entidade colectiva.

Para além das bibliotecas ou centros de documentação, diversas instituições ligadas à área da Medicina têm outro tipo de serviços de informação, designadamente arquivos, mais direccionados para a preservação da informação de carácter institucional, ou seja, aquela que é produzida no contexto da actividade dos próprios organismos. Assim, as instituições de ensino mantêm, normalmente, a informação de carácter administrativo dispersa pelos arquivos correntes dos serviços ou centralizada em arquivos gerais da instituição, onde se conserva aquilo a que tradicionalmente se chama o “arquivo histórico” e que, afinal, constitui uma parte muito significativa da memória institucional. Ressalve-se, no entanto, o facto de certo tipo de informação, nomeadamente da que resulta do trabalho de investigação de docentes e discentes, ser conservado, as mais das vezes, separado da informação administrativa e, como já atrás referimos, sob a responsabilidade das bibliotecas.

Em Portugal, os arquivos das instituições de ensino superior, nos quais se incluem os das faculdades de medicina e os das escolas de enfermagem, não têm, no geral, o carácter de serviços institucionalizados, geridos por pessoal com formação na área da CI. Normalmente funcionam na dependência de um sector

¹⁷ A dissertação de mestrado de Olívia Pestana, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, em 2006, sob o título *Da representação à recuperação da informação na Medline*, ilustra bem a utilização que é feita deste tipo de bases de dados, recorrendo ao caso da Medline. Uma síntese desta dissertação pode ser consultada em: PESTANA, Olívia – Informação em saúde. Páginas a&b: arquivos e bibliotecas. Lisboa. ISSN 0873-5670. 18 (2006) 97-134.

administrativo e sob a responsabilidade de pessoal sem formação adequada. Acresce ainda que, na última década, muitas instituições de ensino superior implementaram sistemas informáticos para a gestão da sua actividade, sendo que muito da informação neles armazenada já “nasce” em formato electrónico e não tem réplica em qualquer outro tipo de suporte¹⁸.

A situação dos serviços de saúde não é muito diferente da das instituições de ensino, em termos de gestão da informação. Também nesses serviços, a par das bibliotecas ou centros de documentação, existem arquivos destinados a conservar a informação de carácter administrativo, geralmente na dependência de pessoas sem formação apropriada. E, complexificando a situação, deparamo-nos, ainda, com a existência de outro tipo de repositórios de informação, que, quase sempre, recebem o nome de “arquivos clínicos”, onde se conserva a informação relativa aos cidadãos que são alvo de atendimento ou tratamento nos serviços de saúde. Estes “arquivos” são mantidos por pessoal da área médica ou de enfermagem e, em muitos casos, também já se encontram informatizados.

A complementar os serviços tradicionais de informação (bibliotecas/centros de documentação e arquivos correntes, gerais/históricos e “clínicos”), há, ainda, em algumas instituições da área médica, repositórios de objectos e artefactos relacionados com a prática profissional, que, por vezes, se integram em serviços com a denominação de “museu”¹⁹. Nesses repositórios não é raro encontrar-se informação em variados tipos de suporte, que faz parte do acervo da instituição e que, por razões de ordem prática ou por acasos fortuitos, se conserva fora dos serviços de informação típicos.

Sendo as instituições de ensino e os serviços de saúde os dois grandes sectores de actividade ligados à área da Medicina onde existem serviços de informação, temos, contudo, de ter presente que a informação proveniente da acção médica não se concentra, exclusivamente, nesses sectores. Com menor expressão, mas também ligadas à Medicina, temos ainda as corporações e asso-

¹⁸ Veja-se, a título de exemplo, o caso da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto ou do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da mesma universidade, duas escolas que possuem há alguns anos o sistema Sigarra (Sistema de Informação para a Gestão Agregada de Recursos e Registos Académicos) – plataforma informática comum a todas as unidades orgânicas da Universidade do Porto – onde é gerada, gerida e armazenada grande parte da informação administrativa, técnica e, em parte, de investigação, proveniente dos recursos humanos dessas mesmas escolas (ver *site* da Faculdade de Medicina - http://sigarra.up.pt/fmup/web_page.inicial e *site* do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - http://sigarra.up.pt/icbas/web_page.inicial).

¹⁹ Mais uma vez recorremos ao caso da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto como exemplo ilustrativo de uma instituição onde existe um museu de Medicina, concretamente, o Museu da História da Medicina do Prof. Maximiano Lemos.

ciações profissionais, como é o caso das “ordens dos médicos” ou outro tipo de organismos do mesmo género. Embora possam não ter serviços de informação com expressão significativa, têm, por certo, arquivos de informação administrativa e, em alguns casos, bibliotecas que servem, preferencialmente, os associados ou os membros.

Como referimos, na generalidade dos casos, os serviços de informação existem enquadrados institucionalmente (no âmbito de organizações), mas esses serviços não são os únicos locais onde se produz, acumula e conserva informação da área da Medicina. Na verdade, a produção e o uso de informação em contextos de acção médica existem, em inúmeras situações, fora de um enquadramento institucional. Veja-se, por exemplo, o caso dos consultórios médicos, pequenos organismos com uma estrutura orgânica muito simples (diríamos mesmo, organismos unicelulares, isto é, sem divisões orgânicas), em que o produtor e o utilizador da informação é, as mais das vezes, a mesma pessoa, ou seja, o próprio clínico que exerce actividade no seu consultório. Embora possa parecer que estes organismos, pela sua pequena expressão em termos informacionais, não têm muito significado, a verdade é que, do ponto de vista quantitativo, eles têm um impacte social enorme e, na sua globalidade, congregam informação médica muito importante. Poderíamos dizer, na terminologia mais vulgar, que se trata de “arquivos” pessoais, que espelham a actividade profissional dos médicos que exercem clínica privada. E o mesmo se aplica, por exemplo, a casos de enfermeiros que trabalham por conta própria, fora de um contexto institucional.

Em síntese, podemos afirmar que encontramos informação da área da Medicina, produzida, acumulada e utilizada em contextos orgânicos de natureza institucional ou pessoal e que, no seio dos organismos de maior dimensão, essa informação nos surge de forma mais organizada, enquadrada em serviços especializados (bibliotecas, centros de documentação, arquivos e mesmo museus), que, em alguns casos, são geridos por pessoal com formação específica da área da CI. Esta realidade tão multifacetada pode e deve ser estudada não só com vista a uma optimização do funcionamento dos serviços de informação, mas também para um incremento do conhecimento sobre a produção, uso e manutenção da informação existente nos mais variados contextos orgânicos. Esse estudo, orientado na perspectiva da CI que foi apresentada no ponto 1, conduz necessariamente a abordagens interdisciplinares com a Medicina e permite o desenvolvimento de projectos de pesquisa em que se cruzam os dois campos do saber.

RELAÇÕES INTERDISCIPLINARES ENTRE A CI E A MEDICINA

Partindo dos pressupostos teórico-metodológicos da CI, antes enunciados, a abordagem da informação na área da Medicina perspectiva-se de forma consideravelmente diferente da que até agora tem sido prática comum, no contexto de serviços vocacionados mais para o desempenho de tarefas de carácter técnico (classificação, descrição, indexação), destinadas a viabilizar o acesso, do que direccionados para um conhecimento holístico de todo o ciclo de vida da informação, situada no respectivo contexto orgânico que lhe dá sentido.

Pensar e estudar a informação à luz do novo paradigma científico e pós-custodial que defendemos para a CI tem consequências inevitáveis, implicando formas de abordagem distintas das que eram (e continuam a ser) assumidas pelas disciplinas tradicionais, como a Biblioteconomia/Documentação e a Arquivística, em que o tecnicismo, a custódia (perspectiva patrimonialista) e as preocupações com o acesso eram absolutamente determinantes. Vejamos, então, em que se traduz, na prática, essa nova abordagem e quais os traços fundamentais que a caracterizam:

- a) Eleger a *Informação* (à luz da Teoria Sistémica) como objecto de trabalho e de estudo obriga a olhar este fenómeno de uma forma completamente diferente do que até agora tem sido feito com o Documento (unidade física que se classifica, se descreve e se arruma, atribuindo-se-lhe uma cota para posterior localização). Perceber a informação implica, antes de mais, conhecer o seu contexto de produção, o que é algo anterior ao seu registo material num suporte físico. E implica também conhecer o uso que foi ou é dado a essa informação, ou seja, quem são os seus utilizadores, com que fim a usam, como a pesquisam, com que frequência, etc. Pensar sistemicamente a informação significa, pois, que, mais do que estruturar serviços (bibliotecas, arquivos...) dentro das organizações, é importante perceber de forma holística os contextos da sua produção e uso, numa visão integrada que não separa (nem gere) artificialmente a informação clínica da informação administrativa e da informação científica, mas sim analisa, numa visão integrada e como um sistema, todas as suas componentes.
- b) Entender o trabalho do profissional da informação como um processo investigativo que visa conhecer e representar com rigor a realidade informacional em análise, tem, igualmente, consequências várias, pois ele deixa de actuar como um simples técnico que aplica normas e procedimentos uniformes com vista à produção de instrumentos, mais os menos *standard*, para viabilizar o acesso à informação e passa a assumir o papel do cientista da informação que apresenta resultados validados por uma metodologia científica e que questiona (problematiza, formula hipóteses) a própria actuação, sem-

pre em referência a paradigmas e teorias que estão em permanente validação (ou revisão).

- c) Aplicar o método de investigação quadripolar relevando as suas operações maiores²⁰ põe a tónica na análise orgânico-funcional, requisito indispensável para se chegar a um conhecimento rigoroso da estrutura do sistema e das funções/competências dos variados sectores que compõem essa mesma estrutura, pois só assim é possível caracterizar com rigor o contexto de produção da realidade informacional em análise; muitas vezes, esta análise carece de ser feita em diacronia para uma correcta compreensão das alterações da estrutura e das funções que geraram a informação ao longo do tempo.
- d) Procurar conhecer as relações sistémicas internas e externas e seu reflexo na produção informacional obriga a uma investigação sistemática para se chegar à identificação de eventuais subsistemas de informação ou para perceber as relações entre, por exemplo, os vários sistemas que formam, entre si, um supersistema de informação.
- e) Analisar toda a componente funcional do sistema leva a que, determinadas operações tenham de ser implementadas como medidas “profiláticas” regulares destinadas a otimizar o funcionamento do próprio sistema de informação; conta-se, neste caso, por exemplo, a avaliação retro-prospectiva, operação fundamental que permite detectar redundâncias e “desperdícios” informacionais.
- f) Entender as operações técnicas de descrição, classificação e indexação como o resultado natural de todo o processo de conhecimento desencadeado a montante e não com o objectivo redutor de proporcionar o acesso pelo acesso à informação, é também fundamental para que os instrumentos de pesquisa (catálogos, índices, inventários, bases de dados...) produzidos garantam uma representação adequada da realidade informacional objecto de análise.

Em suma, pensar a informação à luz da Teoria Sistémica implica uma visão integrada, em que não faz sentido organizar serviços de informação com uma finalidade meramente instrumental, separando, artificialmente, as várias componentes de um todo – a informação num contexto organizacional é gerada pelos variados agentes que actuam nesse mesmo contexto, seja na área administrativa, seja na área técnica ou na área científica –, mas sim conceber sistemas de informação em que a componente funcional se concretiza na estruturação de serviços agregadores de todas as componentes informacionais. Na concepção dos sistemas de informação é óbvio que as relações interdisciplinares com a Medicina surgem naturalmente, desde logo porque a informação é estruturada pela acção. Perceber

²⁰ No conjunto das operações metodológicas assumem particular relevância a observação directa e indirecta (de casos ou de variáveis/problemas), a experimentação e a análise/avaliação retrospectiva e prospectiva.

os contextos geradores da informação e, portanto, toda a actividade dos seus produtores, conduz a uma estreita relação com os médicos, os enfermeiros, os professores, os estudantes, enfim, com todos aqueles que actuam na área da Medicina. Igualmente pressupõe um conhecimento rigoroso das organizações (escolas, hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios médicos...) em que estes agentes produtores de informação exercem actividade, sejam elas sistemas complexos, com uma estrutura orgânico-funcional repartida por diversos sectores, configurando, portanto, sistemas de informação pluricelulares, com uma gestão descentralizada que implica recursos avultados, sejam elas pequenos organismos, que dão origem a sistemas de informação unicelulares e, conseqüentemente, centralizados, cuja gestão requer poucos meios e diminuto investimento²¹.

Mas esta relação interdisciplinar não se estabelece apenas para tornar possível o conhecimento dos contextos produtores da informação. Ela impõe-se, naturalmente, também no que diz respeito ao uso da informação. O conhecimento do comportamento informacional de todos aqueles que, na área da Medicina, precisam de pesquisar informação é absolutamente fundamental para a estruturação dos próprios sistemas de informação. Os estudos de utilizadores ganham aqui particular importância e o seu desenvolvimento carece de ser implementado em sintonia e com a colaboração dos próprios intervenientes na área médica.

Entendido, portanto, em que medida são possíveis e necessárias as relações interdisciplinares entre a CI e a Medicina, facilmente se descortina a possibilidade de desenvolver projectos de investigação aplicada em que se cruzam as duas áreas. Num breve enunciado, podemos dar alguns exemplos de linhas de pesquisa que podem ser postas em prática e que convocam essa dimensão interdisciplinar:

- análise de sistemas de informação e sua optimização em termos de funcionamento, incluindo-se aqui estudos orgânico-funcionais, análise e representação dos fluxos de informação, aplicação de normas para representação da informação, etc.;
- estudos de comportamento informacional direccionados para o desenvolvimento de instrumentos de acesso à informação e, por exemplo, para o desenho de interfaces de pesquisa em que a questão da usabilidade assume um papel muito importante;
- estudos biliométricos ou infométricos que permitam analisar a produção científica na área da Medicina e seu impacte na actividade dos profissionais;

²¹ Sobre a tipologia dos sistemas de informação, ver: SILVA, Armando Malheiro da [et al.] – Arquivística: teoria e prática de uma ciência da informação. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002. cap. 3.

- estudos de organização e representação da informação tendo em vista uma optimização dos resultados da pesquisa, em consonância com as necessidades informacionais dos utilizadores da área da Medicina;
- estudos de avaliação de informação com vista à sua preservação a longo termo, implicando isso a implementação de modelos e esquemas de metainformação.
- etc., etc.

A concretização destes e de outros projectos de investigação carece, evidentemente, de equipas interdisciplinares que, num esforço que aproveite às duas áreas, possam contribuir para a produção de um conhecimento científico, passível, obviamente, de aperfeiçoamentos teóricos, mas plasmado, de forma útil, em aplicações práticas.

ANEXO

Diagrama da construção trans e interdisciplinar da Ciência da Informação



Reproduzido, com autorização do autor, de: SILVA, Armando Malheiro da – *A Informação: da compreensão do fenómeno e construção do objecto científico*. Porto: Edições Afrontamento; CETAC.COM, 2006. ISBN 972-36-0859-3. p. 28.

Fernanda Ribeiro

Doutora em ciências documentais e licenciada em história pela Universidade do Porto, PT. Bibliotecária-arquivista pela Universidade de Coimbra. Professora associada da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Realiza investigações na área da ciência da informação.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE EM PORTUGAL: mito e realidade

Olívia Pestana
oliviapestana@gmail.com

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

A organização dos serviços de saúde públicos portugueses, tal como hoje se conhecem, tem a sua origem no final do século XIX, tendo havido o estabelecimento da primeira estrutura no início do século XX, através da criação dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública pelo Dr. Ricardo Jorge. O Estado passava a ter um papel de prestação de cuidados de saúde a toda a população e não apenas aos mais pobres, como até então.

Em 1946 é publicada a lei da organização hospitalar, a qual estabelece a organização dos serviços existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados¹, seguindo-se, apenas em 1968, a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais².

Em 1971 surge o que é considerado como primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde, com a publicação do diploma relativo à organização do Ministério da Saúde e Assistência³ e do diploma relativo à organização das carreiras

¹ Ver Lei n° 2011, de 2 de abril de 1946.

² Ver Decretos n°s 48357 e 48358, de 27 de abril de 1968.

³ Ver Decreto-Lei n° 413/71, de 27 de setembro.

profissionais para os diversos grupos que prestam serviço no Ministério⁴. Nestes diplomas é consagrado o direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito através da acção do referido Ministério. Com os diplomas apontados são, ainda, criadas duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais, dentro de uma organização geográfica por serviços centrais, regionais, distritais e locais. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), com esta designação, foi criado em 1979.

Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde, a qual vem estabelecer a organização da prestação de cuidados de saúde do Estado, e, em 1993, é aprovado o estatuto do SNS, ainda vigente, o qual tenta articular de uma forma mais eficaz os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados⁵.

De então até agora, foram-se sucedendo experiências de gestão, as quais culminaram, em 2002⁶, com introdução de uma lógica empresarial na gestão dos cuidados de saúde do Estado, alterando profundamente alguns pressupostos anteriormente definidos na Lei de Bases da Saúde⁷.

No decurso destas transformações, tornou-se uma necessidade a avaliação da qualidade dos serviços prestados e foram surgindo diversas acções de acreditação ou de certificação das entidades, de acordo com determinados programas definidos em colaboração com o Ministério da Saúde e com o Instituto da Qualidade em Saúde. No âmbito do desenvolvimento desses processos, foram-se delineando as estruturas de informação de saúde, motivadas, maioritariamente, pela necessidade do cumprimento dos requisitos que as normas aplicadas exigiam, como, por exemplo, as do Kings Fund Health Quality Service, da Joint Commission ou a ISO 9001:2000. Paralelamente, as necessidades de um controlo da gestão quer financeira, quer das actividades relacionadas com a directa prestação dos cuidados de saúde, bem como do processo relativo a cada paciente, aceleraram a criação de múltiplas aplicações informáticas e a definição de estratégias de gestão da informação.

Nos pontos seguintes, faremos uma apresentação do que tem sido definido como sistemas de informação de saúde, os quais transparecem as suas defici-

⁴ Ver Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro.

⁵ Ver Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

⁶ Ver Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

⁷ Os diplomas legais do Estado português, publicados a partir de 1960, podem ser consultados gratuitamente no endereço URL: <<http://dre.pt/>>. Mais informações acerca da história, estatuto e orgânica do Serviço Nacional de Saúde podem ser consultadas no *Website* disponível no endereço: URL: <<http://www.min-saude.pt/Portal/>>. Para um estudo mais detalhado do contexto da saúde em Portugal, recomendamos a leitura de SIMÕES, Jorge – *Retrato político da saúde*.

ências, justamente numa perspectiva sistémica de organização. Concentramos, neste trabalho, nas actividades desenvolvidas no âmbito do SNS, pelo facto de os serviços públicos de saúde terem o predomínio da prestação de cuidados de saúde à população portuguesa. Optámos, ainda, pelas soluções com representatividade regional ou nacional em detrimento de projectos individuais.

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SECTOR PÚBLICO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Apresentamos a organização dos sistemas de informação do sector da saúde em Portugal, tendo como base da interpretação o modelo das cinco definições de sociedade da informação propostas por Frank Webster: tecnológica, económica, ocupacional, espacial e cultural. De salientar que estas definições têm subjacentes critérios que não são exclusivos de cada uma, pelo contrário, em certos aspectos, são mutuamente dependentes.

a) A definição tecnológica nos sistemas de informação do SNS

As novas tecnologias são um dos indicadores mais visíveis do tempo presente e são tomadas, frequentemente, como a marca de diferenciação da sociedade da informação, incluindo computadores, processadores de texto e, evidentemente, os serviços de informação em rede. O incremento das trocas de informação estabelecidas nacional e internacionalmente, entre ou dentro das organizações, revela uma tendência no sentido do estabelecimento de uma infraestrutura tecnológica que permita a comunicação imediata a qualquer hora do dia e em qualquer lugar devidamente equipado para o efeito.

O Ministério da Saúde português promoveu a criação e desenvolvimento da Rede de Informação da Saúde (RIS), a qual conectou diversas redes locais das organizações dependentes do Ministério como os serviços administrativos centrais, os hospitais, as entidades de supervisão regionais e os centros de saúde. A RIS considera o estabelecimento de uma estrutura de equipamento, *software* e serviços que permitem a troca de informação entre organismos, incluindo o correio electrónico, os serviços de telemedicina, a transferência de ficheiros de carácter financeiro e o acesso à internet. As comunicações tradicionais como o correio, o telefone ou o fax não são mais suficientes para a satisfação das necessidades crescentes da troca de informação da actual dimensão.

Paralelamente ao desenvolvimento da RIS, surgiu o aparecimento de sistemas direccionados para a informatização das muitas actividades associadas ao funcionamento dos serviços de saúde. Desses sistemas, destacamos os seguintes:

- SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar - é um sistema de informação que permite a gestão administrativa dos pacientes e das actividades hospitalares;
- SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde - é um sistema de informação para os Centros de Saúde;
- SAM – Sistema de Apoio aos Médicos – é um sistema que permite, por exemplo, a gestão da agenda das consultas, a escrita de relatórios clínicos e a prescrição de medicamentos;
- SAPE – Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem – é um sistema que pretende auxiliar os enfermeiros nos registos dos cuidados prestados.

Os sistemas apresentados funcionam em vários locais num regime de articulação, sendo que os hospitais trabalham com uma interacção SONHO/SAM/SAPE e os centros de saúde com uma interacção SINUS/SAM/SAPE.

Um outro exemplo em que a solução tecnológica foi a seguida no sentido de colmatar as sucessivas reclamações surgidas por parte dos utentes do SNS e para as quais nenhuma das medidas anteriormente implementadas conseguiu um resultado satisfatório, trata-se do SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Ins-critos para Cirurgia. Este sistema permite o tratamento centralizado das listas de espera cirúrgicas de todos os hospitais, determinando escalas de prioridade e permitindo a resolução em prazos determinados, quando o hospital de origem não tem a possibilidade de submeter o paciente à cirurgia necessária.

Os exemplos citados resultaram do trabalho de desenvolvimento realizado por entidades dependentes do Ministério da Saúde. Isto não significa que não existem desenvolvimentos comerciais já instalados em instituições portuguesas. A escolha tomada reside apenas no facto de serem sistemas amplamente utilizados nos hospitais e centros de saúde do país.

b) A definição económica

Num contexto económico, muitas vezes intitulado de economia global, as economias nacionais têm que procurar novas formas de estimular a produtividade e a competitividade. Os mercados nacionais estão a desaparecer em virtude da crescente globalização económica. O espaço nacional, enquanto marco económico estratégico, está a ser substituído pelo emergente espaço global.

O custo crescente dos cuidados de saúde é visto como um problema comum às mais avançadas economias industriais. O número crescente de idosos, por exemplo, cria necessidades até então inexistentes, quer no campo da oferta de cuidados, quer nos consumos de materiais. A evolução de certas doenças, como o cancro ou a SIDA, por seu lado, têm contribuído para a pressão sobre os serviços de saúde. Em resposta a essas pressões, os governos e as entidades de prestação de cuidados de saúde estão a explorar formas de funcionamento em que a estrutura administrativa e organizacional dos cuidados de saúde pode ser adaptada de modo a reduzir os custos, mantendo a qualidade dos cuidados.

Neste contexto, o sector da saúde beneficia de um dos passos mais visíveis da sociedade da informação: o comércio electrónico. Empresas e informação sobre os produtos são apresentados *online*, podendo ser encomendados de imediato, permitindo transacções rápidas a preços competitivos. Neste sentido, foi criado o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde, o qual se destina à utilização por parte das instituições integradas no SNS e por parte dos fornecedores de bens e serviços, com o objectivo de desburocratizar os procedimentos de aquisição, bem como de assegurar uma maior eficácia na gestão dos aprovisionamentos.

O SIDC – Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade foi criado de forma a normalizar os planos de contabilidade de todas as instituições hospitalares do Estado e, dessa forma, organizar a área financeira de modo mais transparente e eficiente. Por outro lado, a complexidade do mapa de carreiras profissionais, horários e complementos de vencimentos originou a criação de um sistema adaptado ao sector da saúde, intitulado RHV - Recursos Humanos e Vencimentos. Esta aplicação permite o registo da ficha de cada trabalhador com os dados pessoais, as habilitações, o percurso profissional e, ainda, o processamento dos vencimentos e respectivos pagamentos através de transferências interbancárias.

c) A definição ocupacional

As preocupações com a tecnologia estão a dar lugar à ênfase na mudança ocupacional como um marco do estabelecimento da sociedade da informação. Verificam-se transformações nas profissões devido aos efeitos da informação e, simultaneamente, existe mais informação gerada pelas mudanças ocupacionais.

É visível a redução dos sectores primário e secundário das actividades e o incremento das profissões relacionadas com os serviços, particularmente com os serviços do sector da saúde. Há, por seu lado, o crescimento das profissões intelectuais, científicas e técnicas. Mais do que nunca, os trabalhadores necessitam de obter novas competências de modo a desempenharem as suas funções de modo

eficiente. Qualquer trabalho caracteriza-se, hoje, pelo acesso a recursos de informação que necessitam de rápida análise. Os trabalhadores têm que interpretar a informação electrónica, têm que tomar decisões rápidas de modo *online* e têm, portanto, que ser capazes de se enquadrar em equipas “electrónicas”. Vejamos o caso dos *call centres*, com resposta para certas situações como a linha Saúde 24, iniciativa promovida pelo Ministério da Saúde, disponibilizando um serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento acessível através de contacto telefónico ou via *chat* para pessoas com necessidades especiais.

Por outro lado, a colaboração entre, por exemplo, diferentes sectores e diferentes profissões tende a aumentar. Este facto pode contribuir para a reorganização radical das estruturas e culturas organizacionais. De forma a preparar os recursos humanos do sector público da actividade na área da saúde, foram promovidos, em Portugal, diversos programas educacionais, através do recurso ao financiamento da Comunidade Europeia. Estes programas incluíram não só a iniciação e o aprofundamento da utilização das aplicações como os processadores de texto, as folhas de cálculo e o ambiente *Web*, mas também a formação sobre o trabalho em aplicações específicas do sector da saúde.

d) A definição espacial

A maior visibilidade da sociedade da informação tem residido nas redes de informação, as quais têm um profundo efeito na organização do tempo e do espaço.

Os serviços de saúde têm vindo a apresentar uma crescente evolução no sentido da concentração e centralização dos serviços. Por outro lado, em muitos países, os grandes grupos de prestadores de cuidados de saúde tendem a emergir em locais específicos, conectando hospitais, médicos, enfermeiros e escolas especializadas e incluindo, na sua proximidade, clínicas privadas, laboratórios, centros de diagnóstico por imagem, etc. Um exemplo do reflexo sobre a delimitação espacial é o projecto intitulado Ciber-Enfermarias, o qual consistiu em disponibilizar computadores preparados para pessoas com limitações funcionais no sentido de poderem aceder à internet e comunicar com familiares e amigos. Isto contribuiu, seguramente, para a recuperação psicológica dos pacientes ao assegurar a continuidade das actividades sociais, profissionais e de lazer. Este projecto é o exemplo da cooperação directa entre o meio académico e o sector da saúde, dado que se tratou de uma iniciativa de investigadores da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, tendo tido a adesão de 38 hospitais⁸.

⁸ Informação disponível em URL: <<http://portal.espigueiro.pt/>>

Um importante exemplo da “libertação” das limitações espaciais reside na evolução da telemedicina⁹. Em Portugal existem, já, exemplares práticas especialmente dentro do que se chama de teleconsulta e de telediagnóstico. A primeira refere-se à execução de uma consulta por um médico especialista colocado remotamente face ao paciente, em que a comunicação se faz por serviço telefónico ou por videoconferência. A segunda consiste no envio de exames de meios complementares de diagnóstico para um sistema informatizado ao qual o médico tem acesso e no qual elabora o relatório de diagnóstico. A realização de Telemedicina no Alentejo tem sido considerada como um exemplo de “Boas Práticas” no sector da saúde. Com efeito, desenvolveu-se uma rede de serviços, a qual considera as especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Psiquiatria, Fisiatria, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral e Pediátrica, Endocrinologia e Oncologia, especialidades estas incluídas num nível 1. Num nível 2 foram consideradas as especialidades de Anatomia Patológica, Cardiologia Pediátrica, Genética Médica e Neurorradiologia¹⁰. O projecto implementado permitiu o aumento da acessibilidade a consultas de especialidade com uma drástica diminuição do tempo de espera e dos custos de transporte, com uma consequente redução do absentismo laboral por parte dos pacientes, o que aumentou o seu grau de satisfação.

Consciente da lenta implementação deste recurso no país e das enormes vantagens que a sua utilização traria, quer numa racionalização dos recursos, quer na mais rápida resposta ao paciente, o Ministério da Saúde elaborou e publicou um despacho que visa o desenvolvimento da telemedicina no SNS, estabelecendo uma estratégia nacional que permita a integração de todo o tipo de cuidados de saúde¹¹.

e) A definição cultural

De acordo com Frank Webster, existimos, hoje, num ambiente em que a organização das nossas vidas é alvo da constante solicitação de informações pessoais, sociais e profissionais. Dentro da informação de carácter pessoal, a informação de saúde é a mais íntima e sensível e como tal, pode causar alguma preocupação, se considerarmos a possibilidade de troca de dados entre serviços de

⁹ Um estudo mais aprofundado acerca desta matéria, intitulado *Telemedicina: onde estamos e para onde vamos*, encontra-se disponível no *Website* da APDSI, disponível no endereço URL: <<http://www.apdsi.pt/>>

¹⁰ Para mais detalhes acerca do projecto mencionado, consultar o *Website* da Administração Regional de Saúde do Alentejo, disponível no endereço URL: <<http://www.arsalentejo.min-saude.pt/>>

¹¹ Ver Despacho n.º 6538/2007, de 12 de março.

saúde, a qual deveria sempre assegurar a privacidade e confidencialidade das informações. A lei portuguesa, no seguimento das convenções da Europa comunitária, protege os aspectos mais sensíveis relacionados com o tratamento informatizado dos dados pessoais¹².

Neste âmbito, tem sido desenvolvido um especial cuidado com a protecção tecnológica contra as eventuais intromissões nos sistemas de informação. Todavia, a tarefa de assegurar aos utentes dos serviços de saúde a total confidencialidade das suas informações passa por muitos “caminhos”, vendo-se que, também neste aspecto, o mito tecnológico é marcante. É necessária uma análise de todo o percurso a partir da criação dos registos informatizados para se proceder à análise da sua segurança. Atenta a esta problemática, a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) tem elaborado visitas periódicas aos estabelecimentos de saúde com o objectivo de avaliar o cumprimento das notificações de tratamento informatizado das informações, bem como verificar o cumprimento da confidencialidade e das regras de segurança. O último relatório da CNPD, datado de 2004, recomendou às administrações hospitalares um maior rigor no cumprimento da legislação existente, nomeadamente quanto ao cumprimento das autorizações dos acessos, quanto à notificação à CNPD dos registos de dados pessoais, principalmente no campo da telemedicina, onde era totalmente inexistente¹³. A par dos problemas administrativos da gestão dos dados pessoais acresce o factor cultural da “curiosidade”, o qual carece de uma intervenção séria de sensibilização de toda a população. No sentido de alterar este factor, a CNPD, em conjunto com o Ministério da Educação, está a desenvolver o projecto DADUS, o qual visa “sensibilizar os alunos para questões de protecção de dados e da privacidade, promover uma utilização consciente das novas tecnologias e desenvolver a consciência cívica dos jovens”¹⁴. Não sendo um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, terá, certamente, a médio prazo, o melhor reflexo quanto ao comportamento perante a protecção da privacidade de cada cidadão.

Numa outra vertente, um dos aspectos marcantes das alterações culturais reside no aparecimento de um novo tipo de informação de saúde: a informação dirigida ao cidadão. Através da divulgação da informação numa linguagem dirigida ao público em geral é possível implementar programas de educação para a saúde, os quais têm reflexo na prevenção das doenças e na escolha do melhor caminho

¹² Ver Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, relativa à protecção de dados pessoais e Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, relativa à informação genética pessoal e informação de saúde.

¹³ Para uma leitura integral do relatório de auditoria ao tratamento de informação de saúde nos hospitais, consultar o *Website* da CNPD disponível no endereço URL <<http://www.cnpd.pt/>>

¹⁴ Informação disponível no *Website* da CNPD.

para o tratamento. A Direcção-Geral da Saúde, entidade que exerce a autoridade da informação do sector e que depende do Ministério da Saúde, disponibiliza informação *online* acerca de, por exemplo, o calendário das vacinas, o diagnóstico pré-natal, o planeamento familiar ou a asma infantil¹⁵. Outro exemplo é o projecto do Portal da Saúde. Disponível desde 2005, pretende ser o meio facilitador do relacionamento do Ministério da Saúde com o cidadão. São seus objectivos: “fornecer informações fiáveis em matéria de saúde; facilitar o acesso a serviços de saúde; dar visibilidade à organização do sector da saúde; melhorar a imagem dos serviços de saúde”¹⁶.

O acesso aos recursos informativos através da navegação em ambiente *Web* pode contribuir para o envolvimento activo dos cidadãos nas decisões sobre os cuidados de saúde. Porém, o volume crescente de informação que qualquer pessoa pode recuperar numa simples pesquisa, sem qualquer controlo de qualidade, pode ser seriamente perigoso (vejamos, como exemplo, a “explosão” de *blogs* relacionados com a saúde). Informação desadequada e interpretações incorrectas por parte de um paciente podem contribuir para um incorrecto processo de tratamento. Por este motivo, todas as iniciativas promovidas por organizações de credibilidade reconhecida, como a Direcção-Geral da Saúde e o Ministério da Saúde, são e serão sempre um meio de promoção da qualidade da informação e, também, da prestação de cuidados de saúde qualificados.

Contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura da responsabilização neste sector, está em implementação o projecto SIM Cidadão – Sistema de Informação e Monitorização das Exposições do Cidadão. Este sistema vem possibilitar a gestão centralizada dos indicadores das reclamações, sugestões ou louvores por parte dos utentes do SNS. Todas as exposições apresentadas, independentemente de serem enviadas por via postal, fax, correio electrónico ou de serem registadas no livro de reclamações de qualquer organismo do Ministério da Saúde, são registadas, analisadas e decididas nas instituições que as originaram.

FUTURO: CONTINUIDADE OU RUPTURA DO ESTADO ACTUAL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE?

Os serviços públicos de prestação de cuidados de saúde devem estar organizados e preparados para receber a aplicação de soluções tecnológicas aos processos estabelecidos. Mas, não se podem obter bons resultados impondo a

¹⁵ Informação disponível em URL: <<http://www.dgsaude.pt/>>

¹⁶ Consultável em URL: <<http://www.min-saude.pt/Portal/>>

tecnologia; bem pelo contrário, somente com uma preparação bem articulada entre tecnologia, recursos humanos e processos de trabalho, pode-se organizar um serviço de saúde de modo a potenciar a utilização das soluções informáticas disponíveis. Por outro lado, apenas se valida a utilização através de um trabalho de avaliação do impacte das soluções já aplicadas, o que tem escasseado. Esta avaliação tem, evidentemente, que contemplar as vertentes da optimização dos processos, das vantagens económicas e, também, a do reflexo nos recursos humanos, avaliando o grau de satisfação dos utilizadores desses sistemas. O tipo de trabalho desenvolvido até ao momento assenta, sobretudo, numa contabilização dos equipamentos informáticos existentes nos serviços de saúde e no tipo de *software* comercial ou de produção própria instalado.

Paralelamente, a ausência de uma visão verdadeiramente sistémica, não só dentro da instituição prestadora de cuidados, como também a uma escala nacional, tem causado a duplicação quer das solicitações da mesma informação por parte dos organismos tutelares às instituições, quer da própria disponibilização de informação, por exemplo, na *Web*.

Verificamos, pois, que, sem o devido planeamento, corremos o risco de evoluir de um modelo de anarquia informacional, marcada pela total ausência de uma política de informação, para um modelo de utopia tecnocrática, em que o sistema se baseia em apenas aplicar as soluções tecnológicas emergentes¹⁷.

Em novembro de 2007, a Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), entidade responsável pela coordenação das actividades do Ministério da Saúde no âmbito da definição das políticas sobre sistemas e tecnologias de informação e comunicação, apresentou o projecto intitulado Plano de Transformação dos Sistemas de Informação Integrados da Saúde¹⁸, o qual tem um calendário de execução de dez anos na sua totalidade. O objectivo principal do projecto é evoluir de um sistema centrado nos serviços e entidades para um sistema centrado no utente. O modelo proposto considera dois grupos “distintos quanto à natureza da informação, mas integrados quanto à lógica do seu funcionamento” e compreende:

- Sistemas transaccionais;
- Sistemas operacionais (por exemplo: Gestão de utentes ou Gestão de prestadores de cuidados de saúde);

¹⁷ Estes modelos são definidos e caracterizados por DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. *Information ecology*; DAVENPORT, Thomas H.; ECCLES, Robert G.; PRUSAK, Laurence. *Information politics*.

¹⁸ O *sumário executivo* do projecto encontra-se disponível para consulta no *Website* da ACSS, disponível no endereço URL: <<http://www.acss.min-saude.pt/>> (ver Projectos em Curso)

- Sistemas de suporte (por exemplo: Gestão de recursos humanos ou Gestão da qualidade);
- Sistemas de informação de apoio à decisão;
- Nível tático (por exemplo: Planeamento e gestão estratégica das entidades);
- Nível estratégico (por exemplo: Planeamento da saúde ou Política do medicamento).

A análise que lhe precedeu, baseou-se maioritariamente num estudo acerca dos recursos de tecnologias da informação e da comunicação existentes nos hospitais portugueses e na estrutura e competências do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, entretanto extinto. Muito embora se verifique que o projecto tem subjacente uma visão transversal do sector, rezeamos que a solução encontrada não passe de um conjunto de aplicações informáticas direccionadas para a informatização de processos e de um conjunto de repositórios centralizados dos mais diversos recursos de informação.

Um dos factores de maior sucesso na criação e implementação de sistemas verdadeiramente integrados e com a possibilidade de exportação e importação de dados, ou seja, com a possibilidade de integração de informação complementar, é a utilização de padrões e normas reconhecidos. Neste sentido, o futuro dos sistemas de informação de saúde terá que passar necessariamente pela aplicação em todos os programas de padrões emergentes como, por exemplo, o HL7 (Health Level Seven), o DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) ou a ISO 18308 (Requirements for an Electronic Health Record Reference Architecture)¹⁹.

Face ao exposto, defendemos que apenas se poderá considerar a investigação acerca dos sistemas de informação e as novas medidas a implementar se os estudos que lhes precedem se basearem em resultados do trabalho de equipas interdisciplinares desenvolvidos à luz do paradigma científico e pós-custodial da Ciência da Informação²⁰. Deste modo, torna-se pertinente e necessária uma análise transversal da produção e uso da informação no sector da saúde entendido como sistema, permitindo a eliminação de soluções fragmentadas e desconexas.

¹⁹ Para mais informações acerca destas normas, consultar os seguintes endereços: URL:<<http://www.hl7.org/>>, URL:<<http://medical.nema.org/>>, e URL:<<http://www.iso.org/>>

²⁰ A este respeito recomendamos a leitura de SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda. *Das "ciências documentais" à ciência da informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular.*; SILVA, Armando Malheiro da – *A informação: da compreensão do fenómeno e construção do objecto científico.*

REFERÊNCIAS

- DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. *Information ecology: mastering the information and knowledge environment*. New York: Oxford University Press, 1997. ISBN 0-19-511168-0.
- DAVENPORT, Thomas H.; ECCLES, Robert G.; PRUSAK, Laurence. Information politics. *Sloan Management Review*, v. 34, nº 1 (1992) p. 53-65.
- SILVA, Armando Malheiro da. *A informação: da compreensão do fenómeno e construção do objecto científico*. Porto: Afrontamento, 2006. ISBN 972-36-0859-6.
- SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda. *Das “ciências documentais” à ciência da informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular*. Porto: Afrontamento, 2002. ISBN 972-36-0622-4.
- SIMÕES, Jorge – *Retrato político da saúde - Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina, 2004. ISBN 972-40-2342-7.

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA CITADA

- DECRETO-LEI nº 11/93. D.R. I-A Série. Nº 12 (1993-01-15) p. 129-134 – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 413/71 D.G. I Série. Nº 228 (1971-09-27) p. 1406-1434 – Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência – Revoga determinadas disposições legislativas.
- DECRETO-LEI nº 414/71 D.G. I Série. Nº 228 (1971-09-27) p. 1434-1445 – Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.
- DECRETO nº 48357 D.G. I Série. Nº 101 (1968-04-27) p. 599-612 – Promulga o Estatuto Hospitalar.
- DECRETO nº 48358 D.G. I Série. Nº 101 (1968-04-27) p. 612-626 – Aprova o Regulamento Geral dos Hospitais.
- DESPACHO nº 6538/2007 D.R. II Série. Nº 66 (2007-03-12) p. 8737-8738.
- LEI nº 12/2005 D.R. I-A Série. Nº 18 (2005-01-26) p. 606-611 – Informação genética pessoal e informação de saúde.
- LEI nº 2011 D.G. I Série. Nº 70 (1946-04-02) p. 201-204 – Promulga as bases para a organização hospitalar.
- LEI nº 27/2002 D.R. I-A Série. Nº 258 (2002-11-08) p. 7150-7154 - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.
- LEI nº 48/90 D.R. I Série. Nº 195 (1990-08-24) p. 3452-3459 - Lei de Bases da Saúde.
- LEI nº 67/98 D.R. I-A Série. Nº 247 (1998-10-26) p. 5536-5546 – Lei da Protecção de Dados Pessoais.

Olívia Pestana

Doutoranda em ciência da informação na Faculdade de Letras da Universidade do Porto - PT. Directora do departamento de formação e investigação, do serviço de biblioteca e coordenadora do centro de investigação, unidades do Hospital Pedro Hispano, Porto. Docente nas áreas de gestão da informação e indexação.

A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL ENTRE A UNIVERSIDADE DO PORTO E AS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS: o caso da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Sofia Gramaxo Ferreira
gri@med.up.pt

CONTEXTUALIZAÇÃO

A aposta na internacionalização é um dos “vectores de desenvolvimento da Universidade do Porto (UP) evidenciado na implementação de inúmeras iniciativas de carácter internacional”.¹ Este objectivo estratégico enquadra-se no pressuposto de que, se a internacionalização do Ensino Superior tem por objectivo integrar a dimensão internacional e intercultural no ensino, investigação e funções de serviços da instituição.² a internacionalização a nível institucional (e nacional) é assumida como o processo de integrar a dimensão internacional, intercultural ou global nas funções ou na transmissão de educação pós-secundária.³

Neste contexto estratégico de desenvolvimento institucional, muitas das iniciativas “são especialmente desenvolvidas no âmbito das redes de universida-

¹ Em conformidade com o “Plano de Desenvolvimento Estratégico” da UP.

² Jane Knight and Hans de Wit, “Internationalization of Higher Education in Asia Pacific Countries” (Amsterdam: EAIE, 1997), 8.

³ Jane Knight “Updating the Definition of Internationalization”, The Boston College - Center for International Higher Education, International Higher Education, Fall 2003.

des a que a UP pertence (Grupo Santander, Grupo de Compostela, Grupo de Tordesilhas, Associação Columbus, EUROMED, ASEA-UNINET, EUCEN, entre outros) e através dos vários acordos de cooperação bilateral firmados com universidades de todos os continentes.”⁴

Esta abordagem permite desenvolver a cooperação existente, estabelecer iniciativas de cooperação de carácter inovador, através do estabelecimento de protocolos de cooperação com universidades de todo o mundo, da integração em várias redes e grupos de cooperação interuniversitária internacional e da participação activa num número significativo de programas comunitários de ensino, formação e investigação.

Para o desenvolvimento da sua estratégia de internacionalização, a UP dispõe do Serviço de Relações Internacionais e do Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos que, de forma integrada, asseguram a coordenação e o desenvolvimento das acções de cooperação internacional⁵.”Para o desenvolvimento da sua estratégia de internacionalização, a U.Porto dispõe do Serviço de Relações Internacionais e do Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos que, de forma integrada, asseguram a coordenação e o desenvolvimento das acções de cooperação internacional”.

São, assim, objectivos a curto prazo da Mobilidade e Cooperação da UP⁶: “aumentar a mobilidade para países mais evoluídos da Europa; reforçar a penetração da UP em Universidades nos Top 50 Europeus; reforçar a penetração nas melhores universidades do espaço ibero-americano e reforçar a participação da mobilidade nas faculdades da UP menos envolvidas”.

Tal como a mobilidade de estudantes, a UP deseja reforçar e melhorar a mobilidade de docentes. Para a concretização destes objectivos, a UP⁷ recomenda que as unidades orgânicas devem ser incentivadas a envolver um maior número de docentes em actividades de curta e média duração em universidades estrangeiras. Contudo, deverão ser privilegiadas universidades de mérito reconhecido com ensino em língua inglesa e é aconselhado o aumento do número de docentes estrangeiros a leccionar em actividades de curta e média duração (mestrados e doutoramentos).

A assinatura de acordos de cooperação é também de grande importância para a concretização dos objectivos do Serviço de Relações Internacionais da UP,

⁴ “Cooperação Internacional na UP”, http://sigarra.up.pt/up/COOP_INICIAL.INICIO

⁵ http://sigarra.up.pt/up/COOP_INICIAL.INICIO

⁶ António Marques, “Mobilidade na Universidade do Porto”, III Seminário Erasmus da FMUP, 15 de janeiro de 2008.

⁷ Marques, A. “Mobilidade na Universidade do Porto”, III Seminário Erasmus da FMUP, 15 de janeiro de 2008.

tendo sido recomendado: o reforço da cooperação com universidades prestigiadas; a identificação de parceiros; a identificação dentro da UP de áreas de excelência (ensino e investigação) e o estabelecimento de acordos com universidades estrangeiras reconhecidas em áreas afins ou complementares.⁸

É também do maior interesse daquele serviço que se ofereça a “formação numa segunda língua. Assim, pretende-se: reforçar a oferta do número de disciplinas em inglês, em todas as unidades orgânicas; oferecer cursos de aperfeiçoamento de língua inglesa (segunda língua) aos estudantes da UP que queiram participar em programas de mobilidade; definir procedimentos de certificação de proficiência na segunda língua, como condição para atribuição de Bolsas de Mobilidade. Conclui assim que seria desejável haver a predominância de uma língua franca mais a língua portuguesa (padrões de qualidade e domínio da língua)”.⁹ Por último é grande objectivo do Serviço de Relações Internacionais da UP o aumento tanto da mobilidade IN como OUT nos próximos anos lectivos.

Na actual conjuntura europeia, surge a necessidade de se estar atento aos novos desafios da educação e, por essa razão, uniformizar os sistemas de ensino para que haja um “Espaço Europeu do Ensino Superior”.

Em junho de 1999, 29 Estados europeus, entre os quais Portugal, subcreveram a Declaração de Bolonha (presentemente adoptada por 45 países), cujo objectivo central é: “O estabelecimento até 2010 dum Espaço Europeu de Ensino Superior, coerente, compatível, competitivo e atractivo para estudantes europeus e de países terceiros, espaço que promova a coesão europeia através do conhecimento, da mobilidade e da empregabilidade dos diplomados, forma de assegurar um melhor desempenho afirmativo da Europa no mundo”¹⁰. Esta Declaração deu origem a um movimento europeu com importantes repercussões em nível social, cultural e económico, designado por Processo de Bolonha. Foi exigido a todos os estados signatários que procedessem a um conjunto de reformas no seu sistema de ensino para que a aplicabilidade deste Processo fosse mais eficaz, modernizando e simplificando as instituições de ensino superior.

A realização destas finalidades globais pressupõe a implementação dos seguintes objectivos específicos¹¹: “a adopção de um sistema de graus académicos facilmente legível e comparável, incluindo também a implementação do Suplemento ao Diploma; a adopção de um sistema assente essencialmente em dois

⁸ Marques, A. “Mobilidade na Universidade do Porto”, III Seminário Erasmus da FMUP, 15 de janeiro de 2008.

⁹ Marques, A. “Mobilidade na Universidade do Porto”, III Seminário Erasmus da FMUP, 15 de janeiro de 2008.

¹⁰ Marques, A. “Mobilidade na Universidade do Porto”, III Seminário Erasmus da FMUP, 15 de janeiro de 2008.

¹¹ “Dimensão Europeia do Ensino Superior - O Processo de Bolonha” - Direcção Geral do Ensino Superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e do Ensino Superior. 28 de janeiro de 2008.

ciclos; o estabelecimento e generalização de um sistema de créditos académicos (ECTS); a promoção da mobilidade intra e extracomunitária de estudantes, docentes e investigadores; o fomento da cooperação europeia em matéria de garantia de qualidade e o incremento da dimensão europeia do ensino superior”¹². Assim, o Processo de Bolonha corresponde ao propósito da construção do Espaço Europeu do Ensino Superior, coeso, competitivo e atractivo para docentes e alunos europeus e de países terceiros e tem como principais objectivos o aumento da competitividade do sistema europeu de ensino superior e a promoção da mobilidade e empregabilidade dos diplomados do ensino superior no espaço europeu. “A emergente Área Europeia do Ensino Superior (EHEA), a par da Área Europeia de Investigação, concretizará o alicerce fundamental da Europa do Conhecimento”¹³.

Com a intensificação, ao longo dos anos, da Cooperação Universitária e da Mobilidade Europeia, e com o sucesso das iniciativas desta mobilidade, foram criados programas de mobilidade que não abrangessem apenas a cooperação dentro da Europa, mas que também abrangessem áreas extraeuropeias. Um bom exemplo de programas extracomunitários foi a criação do Programa Alþan: “A Comissão Europeia adoptou em 2002 o Programa Alþan de bolsas de estudo de alto nível destinado à América Latina, com uma duração até 2010. Ao longo das cinco convocatórias anuais, para início de estudos entre 2003 e 2007, foram seleccionados 3319 candidatos oriundos dos 18 países da América Latina para receber uma bolsa Alþan para realizar estudos de mestrado, doutoramento ou especialização avançada em 17 estados membros da União Europeia, de sua livre escolha, beneficiando assim a excelência do ensino superior na União Europeia.”¹⁴

O Alþan “tem como objectivo principal reforçar a cooperação entre a União Europeia e a América Latina na área do Ensino Superior e engloba estudos de pós-graduação e de formação de alto nível para profissionais, futuros quadros daquela região, em instituições ou centros na União Europeia”¹⁵.

No seguimento do sucesso dos programas comunitários de mobilidade, mais recentemente (em 2007) foram lançados a nível privado pelo Banco Santander,

¹² “The Bologna Declaration” - Bologna Process, Education and Training, European Commission, 19 de junho de 1999.

¹³ “A Criação e a Implementação da Declaração de Bolonha na Europa”, Sofia Gramaxo, Apresentação de Trabalho Final do Mestrado em Relações Internacionais, Universidade Lusíada do Porto, julho de 2008.

¹⁴ <http://www.programalban.org/>

¹⁵ <http://www.programalban.org/>

na comemoração dos seus 150 anos, os programas de mobilidade internacional. Estes programas pretendem fortalecer “os laços de cooperação entre os países ibero-americanos, estreitando relações bilaterais”¹⁶. “Uma das frentes da mobilidade internacional é o Programa de Bolsas Luso-Brasileiras, iniciativa que promove o intercâmbio entre universidades do Brasil e Portugal. O Santander Universidades oferece bolsas de um semestre para estudantes de pré-graduação para aprofundarem sua formação académica em diferentes áreas do conhecimento e vivenciarem diferentes práticas culturais”.¹⁷

Assim, com a criação destas iniciativas, a cooperação entre Portugal e o Brasil tem-se intensificado nos últimos anos, havendo, no ensino superior, um aprofundar das relações bilaterais que se concretizam com aumento de programas de mobilidade, de intercâmbio científico-pedagógico e intercâmbio de estudantes e docentes.

CONTEXTO DA MOBILIDADE UP/UNIVERSIDADES BRASILEIRAS

O Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos (SCPLLA), serviço integrante da reitoria da UP a par com o Serviço de Relações Internacionais da UP, tem como objectivo promover, em articulação com a equipa reitoral, a política de cooperação com as universidades dos países lusófonos e da América Latina.

O SCPLLA, juntamente com as unidades orgânicas da UP, assegura o acompanhamento das diversas acções de cooperação internacional, no âmbito dos protocolos de intercâmbio e cooperação existentes com universidades de países lusófonos – Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné, Moçambique, Timor e S. Tomé e Príncipe – e da América Latina.

O SCPLLA presta apoio às unidades orgânicas da UP na preparação de acordos de cooperação e na preparação de adendas. Compete, então, ao SCPLLA coordenar e organizar os processos administrativos de candidatura da mobilidade de estudantes provenientes das universidades parceiras que pretendem realizar um período de estudos na UP, bem como prestar assistência no seu acolhimento e integração na comunidade académica da UP. Compete-lhe, igualmente, assegurar a orientação de estudantes nacionais que pretendem efectuar um perí-

¹⁶ <http://www.santanderuniversidades.com.br>

¹⁷ <http://www.santanderuniversidades.com.br/site/tes/bolsaslusos.jsp>

odo de estudos em universidades parceiras, prestando-lhes informações e coordenando o processo de candidatura destes estudantes.

No âmbito das suas actividades, o Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos responde à procura de informações sobre a UP, nacional e internacionalmente, organiza e assegura a programação e o acompanhamento das delegações estrangeiras em visita à UP¹⁸. O SCPLLA, juntamente com as unidades orgânicas da UP, assegura o acompanhamento das diversas acções de cooperação internacional, no âmbito dos protocolos de intercâmbio e cooperação existentes com universidades de países lusófonos – Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné, Moçambique, Timor e S. Tomé e Príncipe – e da América Latina.

A Mobilidade IN no âmbito dos Países Lusófonos e Latino-Americanos (PLLA) tem vindo a crescer de forma muito significativa na Universidade do Porto no nível dos estudos de pré-graduação, devido sobretudo a um grande aumento de candidaturas provenientes do Brasil. Nos últimos três anos lectivos, a Mobilidade IN PLLA cresceu cerca de 170%, tendo em 2005/2006 sido registadas 171 aceitações, em 2006/2007 registaram-se 330 aceitações e em 2007/2008 somaram-se 456 processos de candidatura deferidos por 13 das 14 unidades orgânicas. Para o ano académico de 2008/2009 prevê-se que o total de candidaturas seja por volta das 550. (Figura 1).

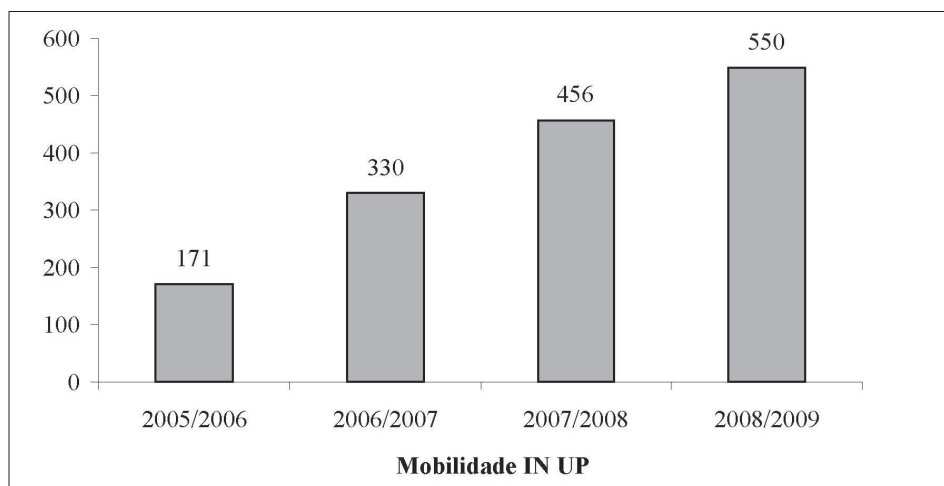


Figura 1 – Crescimento da Mobilidade IN de universidades brasileiras para a UP¹⁹.

¹⁸ http://sigarra.up.pt/up/COOP_INICIAL.INICIO

¹⁹ “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais”, SCPLLA, junho de 2008.

A UP recebeu, no ano lectivo de 2007/2008, estudantes de 17 dos 27 estados que compõem o Brasil, sendo Minas Gerais o mais representado com 105 estudantes aceites, seguido de São Paulo com 76, do Rio Grande do Sul com 58 e Rio de Janeiro com 41 (Figura 2). Curiosamente, em 2006/2007, os três primeiros estados acima referidos estavam igualmente nos três primeiros lugares; o Rio de Janeiro tinha apenas 31 estudantes por oposição aos 41 deste ano²⁰.

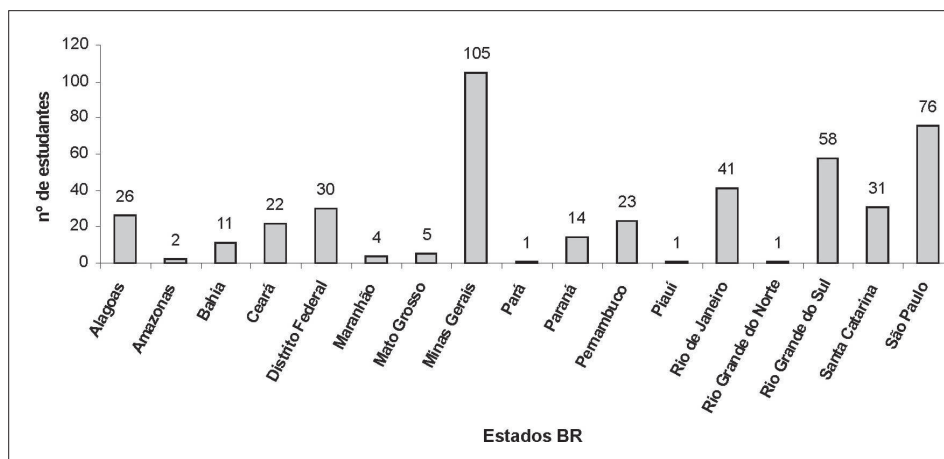


Figura 2 – Estados brasileiros de onde provêm os estudantes de mobilidade²¹.

Os resultados apresentados no “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais” do SCPLLA da UP, demonstraram que a Faculdade de Engenharia da UP continua a ser a unidade orgânica mais procurada tendo em 2007/2008 aumentado para 151 o número de candidatos aceites face aos 124 de 2006/2007.

A Faculdade de Direito registou uma grande progressão, ultrapassando o quádruplo dos estudantes aceites: de 12 em 2006/2007 passou para 50 aceites no ano lectivo de 2007/2008, tendo sucedido o mesmo com a Faculdade de Farmácia: de 3 aceitaçãoes no ano anterior passou para 13; a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação superou o triplo das 6 candidaturas, recebendo neste ano 19 estudantes; a Faculdade de Letras aceitou 47 estudantes, mais do dobro dos recebidos em 2006/2007 (22 estudantes); a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação duplicou as aceitaçãoes, com ênfase para os estágios curriculares, tendo aceite já 21 estudantes por oposição aos 9 do ano anterior; a Faculdade de Medicina passou de 31 estudantes, em 2006/2007, para 43, em 2007/2008, igualmente devido ao aumento dos estágios

²⁰ “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais”, SCPLLA, junho de 2008

²¹ “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais”, SCPLLA, junho de 2008

de curta duração; finalmente, a Faculdade de Belas-Artes também aumentou o seu número de aceitações, de 14 para 22 estudantes. A Faculdade de Ciências e o Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar mantiveram o número de estudantes aceites, comparativamente a 2006/2007, tendo aumentado 3 e 1 estudante, respectivamente. As Faculdades de Desporto, Arquitectura e Economia registaram descidas no número de aceitações.²² (Figura 3).

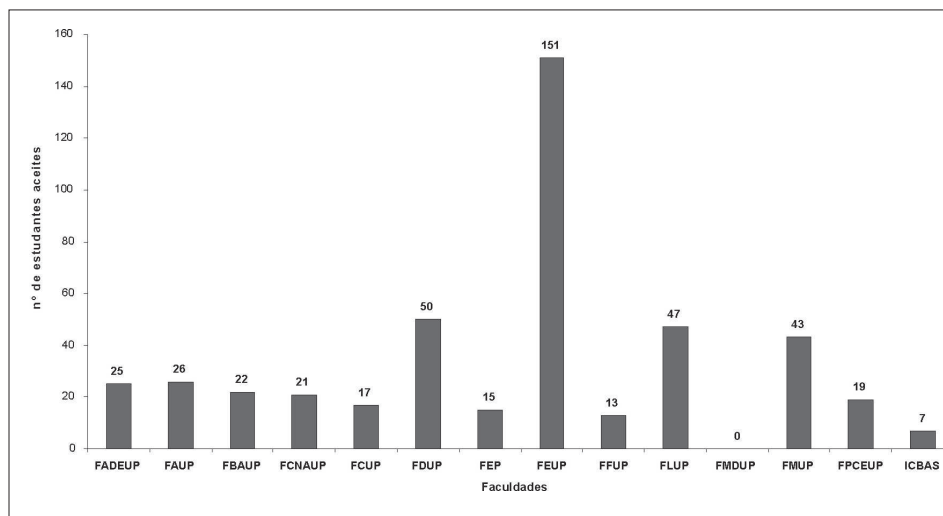


Figura 3 – Aceitações de estudantes brasileiros por unidade orgânica da UP²³.

Em relação à mobilidade OUT, no ano académico 2006/2007, 105 estudantes da UP realizaram um período de mobilidade em 18 universidades brasileiras. Em 2008/2009 espera-se que 89 estudantes realizem um período de mobilidade em 11 universidades brasileiras parceiras.²⁴

O CASO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

O Centro de Educação Médica da FMUP (Cem-FMUP)

O Centro de Educação Médica é um serviço central da FMUP, criado na dependência directa do director da Faculdade, constituído pelo Gabinete de Edu-

²² “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais”, SCPLLA, junho de 2008

²³ “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais”, SCPLLA, junho de 2008

²⁴ “Relatório de Mobilidade IN 2007/2008 - Dados Finais”, SCPLLA, junho de 2008.

cação Médica (Gem-FMUP), Gabinete de Apoio ao Estudante (Gae-FMUP) e o Gabinete de Relações Internacionais (Gri-FMUP) (Figura 4).

As suas actividades são orientadas para o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e excelência na FMUP, através da intervenção, formação pedagógica e investigação em educação médica. São objectivos gerais do Cem-FMUP: incentivar a cultura da avaliação da qualidade na FMUP; contribuir para o desenvolvimento pessoal e académico/profissional dos estudantes da FMUP; promover a internacionalização da FMUP²⁵.

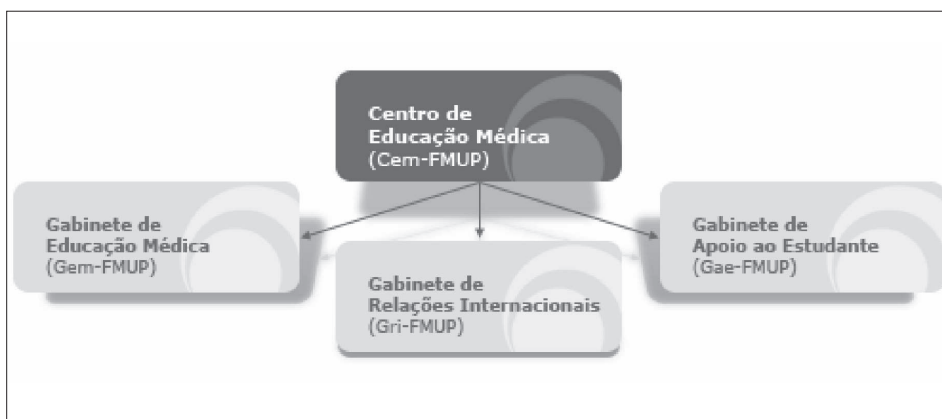


Figura 4 – Organigrama do Centro de Educação Médica da FMUP²⁶

O Gri-FMUP

O Gri-FMUP é um dos 3 Gabinetes que constituem o Cem-FMUP, criado com o objectivo de promover e desenvolver uma linha de acção no âmbito das relações internacionais. É da competência do Centro de Educação Médica, através do Gabinete de Relações Internacionais: coordenar e desenvolver a internacionalização da Faculdade, promover o intercâmbio com outras unidades ou centros de educação, nacionais ou estrangeiros, com destaque para os países de língua oficial portuguesa e os da União Europeia, e promover internacionalmente a imagem da FMUP²⁷.

O Gri-FMUP tem como principais objectivos: promover a mobilidade de estudantes e docentes do curso de medicina da FMUP; coordenar e desenvol-

²⁵ <http://cem.med.up.pt/index.php>

²⁶ <http://cem.med.up.pt/index.php>

²⁷ Estatutos da FMUP - Diário da República, II Série, n.º 243, de 20 de outubro de 2003, pág. 15795.

ver a internacionalização da FMUP; promover as relações de interface da FMUP com o Serviço de Relações Internacionais da Reitoria da UP, com o Serviço de Cooperação com Países Lusófonos e Latino-Americanos e com outras unidades orgânicas da UP; promover a imagem da FMUP na comunidade internacional e nos PALOPs; adquirir competências de cidadania europeia e confrontar as novas realidades na área da Saúde; criar uma dinâmica interinstitucional na área da divulgação dos desenvolvimentos na educação médica.²⁸

São, ainda, objectivos operacionais do Gri-FMUP: alargar o grau de internacionalização como vector estratégico para o desenvolvimento da FMUP; intensificar programas de mobilidade e de cooperação internacional (Europa, Brasil, PALOPs); promover o desenvolvimento de acordos interinstitucionais; desenvolver e sustentar programas de educação internacional; contribuir para a ligação operacional da FMUP com o exterior.

A IMPLEMENTAÇÃO DA MOBILIDADE COM O BRASIL

Mobilidade e cooperação

Desde o ano lectivo de 2002/2003 que a FMUP, com a finalidade de concretizar os seus objectivos de internacionalização, conjuntamente com o propósito de aumentar qualitativa e quantitativamente a internacionalização da UP com os países lusófonos, tem recebido estudantes e médicos residentes de 26 faculdades de medicina brasileiras. São estas: Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade de Caxias do Sul, Universidade de Fortaleza, Universidade de Pernambuco, Universidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Alagoas, Universidade Federal de Belo Horizonte, Universidade Federal de Mato Grosso, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal Fluminense, Universidade Nilton Lins, Manaus.

²⁸ “Relatório Anual 2006 da FMUP”, julho de 2007.

As universidades que mais estudantes enviam para a FMUP são: a Universidade de Caxias do Sul, Universidade de Pernambuco, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Alagoas, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal Fluminense.

A Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) é a instituição que mais estudantes e médicos residentes envia para a FMUP. A assinatura de uma adenda (entre as duas Faculdades de Medicina) ao protocolo entre a UP e a UNIFESP, em 2005, foi fundamental para o aumento da mobilidade de estudantes brasileiros na UNIFESP.

A aceitação e celebração de estágios de curta duração (um e/ou dois meses) de diferentes especialidades clínicas de médicos residentes é uma das causas do grande aumento e do sucesso da mobilidade entre a UNIFESP e a FMUP nos 3 anos de cooperação mútua.

Estabeleceu-se com o Hospital de São João, E.P.E. (HSJ), principal hospital afiliado da FMUP, uma parceria conjunta no que diz respeito à aceitação formal dos médicos residentes provenientes da UNIFESP. Esta parceria estabeleceu-se para facilitar a aceitação das solicitações de estágios clínicos dos médicos residentes provenientes do Brasil.

Existem várias diferenças na carreira médica brasileira em comparação à portuguesa: em Portugal, “o internato médico realiza-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objectivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização.”²⁹ A Ordem dos Médicos é a “entidade que regula a prática médica em Portugal, que tem um protocolo com o Ministério da Saúde para assegurar a formação pós-graduada técnico-científica dos seus inscritos, através dos internatos: períodos que conferem aos clínicos o grau de especialista”³⁰. Existe um protocolo com o Ministério da Saúde para assegurar a formação pós-graduada técnico-científica dos seus inscritos, através dos internatos.³¹

No Brasil, a residência médica foi instituída em 1977 Decreto nº 80.281, de 5 de setembro³² e, segundo o Ministério da Educação, “se constitui uma mo-

²⁹ “Regulamento do Internato Médico”, Decreto-Lei nº 60/2007, de 13 de março.

³⁰ <https://www.ordemosmedicos.pt/>

³¹ “Administração Central do Sistema de Saúde - Internatos Médicos”

³² <http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/ftp/residencia/legis/d80281.doc>

dalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica”. Os cursos de especialização médica, no Brasil, são ministrados por instituições universitárias. Após um convénio entre a Associação Médica Brasileira, a Comissão Nacional de Residência Médica e o Conselho Federal de Medicina, celebrado em 2005, “houve uma unificação na nomenclatura com regulamentação das especialidades médicas no país”³³.

Ao longo destes 3 anos, a cooperação FMUP/UNIFESP tem-se intensificado não só com a mobilidade de estudantes, mas também com a concretização efectiva de reuniões conjuntas. Assim, nos dois últimos anos decorreram já 3 encontros entre a UNIFESP/FMUP/Hospital de São João, E.P.E.. Em agosto de 2007, teve lugar em São Paulo a I Reunião UNIFESP/FMUP/HSJ. Os temas abordados foram a gestão hospitalar e educação médica.

A II Reunião UNIFESP/FMUP/HSJ decorreu no Porto, na aula magna da FMUP, no dia 25 de janeiro de 2008, subordinada ao tema: “Sono, uma fronteira cardiovascular”.

De 24 a 28 de março de 2008, realizou-se o III encontro UNIFESP/FMUP/HSJ. Esta reunião, que teve como objectivo reforçar a cooperação estabelecida, constou de uma sessão pública sobre gestão hospitalar, que decorreu na aula magna da FMUP. A sessão contou com a participação do director da FMUP, do presidente do conselho de administração do HSJ, do administrador superintendente da UNIFESP e do representante dos hospitais afiliados.

A adenda FMUP/UNIFESP poderá servir como modelo de assinatura para adendas com outras faculdades de medicina brasileiras devido ao sucesso e à simplificação dos processos de aceitação de mobilidade e também à equivalência da licenciatura do curso de medicina ao abrigo do Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa.

No que diz respeito ao número de estudantes brasileiros de mobilidade IN, este tem vindo a crescer muito significativamente ao longo dos últimos 5 anos académicos: em 2002/2003 a FMUP recebeu o seu primeiro estudante, em 2003/2004 recebeu 3 estudantes, em 2004/2005 recebeu 10 estudantes, em 2005/2006, 18 estudantes, em 2006/2007 recebeu 31 estudantes e no passado ano de 2007/2008, 43 estudantes.

³³ <http://www.amb.org.br/jamb/especial/especial.pdf>

A proveniência dos estudantes/médicos residentes no ano lectivo de 2007/2009 foi de: 1 estudante da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, 1 da Universidade de Pernambuco, 1 da Universidade de Ribeirão Preto, 1 da Universidade Estadual de Campinas, 1 da Universidade Federal da Bahia, 1 da Universidade de São Paulo, 1 da Universidade Nilton Lins de Manaus, 2 da Universidade Federal de Alagoas, 2 da Universidade Federal de Belo Horizonte, 2 da Universidade Federal de Uberlândia, 2 da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 3 da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 4 da Universidade de Caxias do Sul e 21 da Universidade Federal de São Paulo.

Reconhecimento de graus profissionalizantes

O Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa, publicado em Diário da Republica - I Série, A, nº 287 de 14 de dezembro de 2000, contempla no seu art.º 42 que “podem as Universidades no Brasil e as Universidades e demais instituições de ensino superior em Portugal celebrar convénios tendentes a assegurar o reconhecimento automático dos graus e títulos académicos por elas emitidos em favor dos nacionais de uma e outra Parte Contratante, tendo em vista os currículos dos diferentes cursos por elas ministrados. Tais convénios deverão ser homologados pelas autoridades competentes em cada uma das Partes Contratantes se a legislação local o exigir.”

No que respeita a reconhecimentos de licenciaturas na FMUP, os números divergiram ao longo dos anos, de acordo com as solicitações efectuadas à FMUP. Em 2003, foram concedidos 49 reconhecimentos; em 2004 a FMUP concedeu 50 reconhecimentos; em 2005, 35 reconhecimentos; em 2006, 18 reconhecimentos; em 2007, 45 e em 2008 (até à data) concedeu 85 reconhecimentos.

A política de reconhecimentos da FMUP, com a implementação do processo de Bolonha no curso de medicina – que passa agora a ser um curso de mestrado integrado, com 2 ciclos de estudos – terá que ser contextualizada nesta nova realidade europeia. As adendas aos protocolos com as universidades brasileiras, que facilitam o processo de reconhecimento terão um papel fundamental neste novo contexto.

Em relação a equivalências de licenciatura, apenas nos últimos 3 anos foram solicitadas 2 em 2005/2006; 3 em 2006/2007 e 2 em 2007/2008 e os requerentes aprovados. Este procedimento de equivalências, ao contrário da forma como foi efectuado anteriormente, processa-se agora em nível nacional e não em nível das faculdades.

CONCLUSÃO

Este trabalho pretendeu descrever e demonstrar a importância das relações internacionais na Universidade do Porto, mais precisamente na FMUP no que diz respeito à cooperação e mobilidade entre as faculdades de medicina brasileiras.

A mobilidade de estudantes entre as instituições é fundamental para o desenvolvimento da cooperação, que promove as atitudes dos estudantes como futuros médicos, a partilha de práticas clínicas e do conhecimento dos diferentes sistemas e políticas de saúde na era da informação.

No contexto de globalização do mundo contemporâneo, o Brasil e Portugal não podem, de forma alguma, estar dissociados de qualquer política. Os séculos de cooperação entre Portugal e o Brasil ficam mais fortes e consolidados com a “assinatura de uma parceria entre a União Europeia e o Brasil³⁴, institucionalizada em Lisboa, (...) numa área de cooperação natural entre os dois lados do Atlântico”. “A parceria entre a União Europeia e o Brasil assenta, desde logo, numa visão comum dos princípios que regem o sistema internacional.” A cooperação no nível do ensino superior, intensificada nos últimos anos, é, certamente, fundamental para os alicerces das relações entre os dois países.

Sofia Gramaxo Ferreira

Mestre em relações internacionais. Técnica de nível superior do Centro de Educação Médica, Gabinete de Relações Internacionais, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, PT.

³⁴ “Questões actuais das políticas de segurança para a Europa”; Portal do Governo, 15 de novembro de 2007.

FONTES PARA O ESTUDO DA HISTÓRIA DA MEDICINA: acesso facilitado pelas novas tecnologias

Esther Caldas Bertoletti
estherbertoletti@hotmail.com

Nossas primeiras palavras são de agradecimento aos professores da Ufba José Távares-Neto, diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, Lídia Brandão, diretora do Instituto de Ciência da Informação, aos amigos professores Zeny Duarte e Lúcio Farias e à mestre de todos nós Maria José Rabello de Freitas, a quem, há bem pouco tempo, todos reverenciamos por ocasião do recebimento da mais que merecida diplomação de professor honorário desta emblemática Faculdade de Medicina da Bahia. Muito obrigada por nos trazerem de volta, mais uma vez, a esta nossa terra maravilhosa, e que o Senhor do Bonfim nos abençoe a todos, inclusive aos nossos ilustres professores colegas portugueses, que nos honram com suas participações.

Ainda temos presente na memória as solenidades comemorativas do bicentenário da Faculdade de Medicina, em fevereiro deste ano, com a presença de ilustres personalidades, entre as quais o também baiano, hoje nosso ministro da cultura, Juca Ferreira e o ministro da saúde, José Gomes Temporão, cujas raízes baiana e portuguesa certamente estremeceram com as comemorações, ao lado do reitor da Universidade de Coimbra, professor Seabra Santos, do diretor da Faculdade de Medicina lusitana Francisco de Castro e Souza e das autoridades locais. Tudo foi maravilhoso e inesquecível para os de fora. Imaginamos como devem estar os corações dos mais intimamente ligados a esta veneranda e bicentenária escola de medicina, um dos marcos da chegada da Corte ao Brasil, dando início à grande transformação da antiga colônia em sede do Reino Unido e, depois, no nosso independente Brasil-Império e República.

Os estudiosos e pesquisadores da história da medicina no Brasil sempre tiveram muita dificuldade no acesso a documentos organizados, textuais, primários e mesmo a documentos hemerográficos, como periódicos, revistas e jornais especializados editados no passado e até nos dias de hoje, que não se apresentam - salvo raríssimas exceções - em sua completude informacional, nas instituições de guarda da memória documental, de modo a facilitar a pesquisa e leitura dos interessados. Sabemos todos que só a organização dos arquivos e das bibliotecas especializadas, como a que está sendo feita na Faculdade de Medicina da Bahia, possibilitará o estudo mais aprofundado dos temas médicos. Podemos esperar que, com as datas comemorativas dos bicentenários da criação dos cursos de Medicina na Bahia, em São Paulo e no Rio de Janeiro, e com o apoio dos profissionais de informação, sejam organizadas as fontes onde os pesquisadores poderão colher novas informações para instigantes e inéditas pesquisas.

Em texto (a que tivemos acesso antes mesmo da publicação na revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos) das arquivistas baianas do Arquivo Público do Estado, sua diretora Maria Teresa Navarro de Britto Matos e Adriana Sousa Silva, verificamos quão facilitada está agora a pesquisa nos documentos do Arquivo Municipal de Salvador, graças ao esforço desenvolvido no sentido de identificar os fundos e as séries custodiadas no importante acervo, que possui um número significativo de documentos interessantes para a história e a cultura da saúde na capital histórica do Brasil. Bom exemplo que deve ser sempre citado e louvado é o trabalho realizado pela equipe do Cedic- Centro de Informação Científica da PUC/SP, coordenado pela professora Yara Aun Koury, que resultou na publicação *Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil*, em 2 volumes, (1) na qual se encontram as informações da documentação existente nos arquivos das santas casas criadas entre os anos de 1500 e 1900, incluindo a nossa benemérita Santa Casa da Bahia. Quatrocentos anos de história, principalmente da história das doenças e dos homens no Brasil! Também devemos lembrar todo o esforço e trabalho acadêmico da Fundação Oswaldo Cruz, através do seu departamento de arquivo e documentação, que tem organizado e publicado, nos últimos anos, primorosos estudos referenciais para os estudiosos da medicina no Brasil. E mais: recentemente propôs a candidatura dos arquivos de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas à nomeação pela Unesco como documentos memória do mundo. Tendo sido aceitos pelo comitê nacional, hoje os referidos arquivos estão inscritos no Livro de Registro Memória do Mundo/ Brasil/ Unesco no Arquivo Nacional.

Em vista do esforço que já se realiza no âmbito dos arquivos de modo geral e em particular da documentação científica, não custa sonhar e esperar que em breve teremos um guia dos arquivos e bibliotecas médicas e uma biobibliografia

de vultos ligados à história da medicina. Profissionais de todas as áreas, não só da medicina, realizarão trabalhos monográficos, dissertações de mestrado e teses de doutorado com base em consultas aos arquivos e bibliotecas históricas. Teremos por certo um novo e profundo olhar sobre a medicina no Brasil, este país continente que tanto encantou aos primeiros visitantes e que ainda encanta a todos que aqui chegam.

Temos de reunir sonhos e esforços e preparar documentos para serem manuseados, através da microfilmagem sistêmica, da preservação e digitalização, da facilitação de acesso e democratização a todos os pesquisadores e interessados. Bom exemplo que citamos sempre que temos oportunidade é o do projeto dos relatórios e falas dos presidentes de províncias e ministeriais (1835-1930), que coordenamos, à época, na qualidade de funcionária e diretora departamental da Biblioteca Nacional. Foi proposto e financiado por um grupo de universidades norte-americanas através do Latin American Microform Project (Lamp), do Centre for Research Libraries (<http://brazil.crl.edu>). Esses relatórios e falas são fontes inesgotáveis de informações. Passaram a ser impressos a partir de 1835, informando o que era feito pelos governantes e apresentando diversas estatísticas e notícias, inclusive sobre doenças. Pois bem, praticamente nenhuma instituição, nem a própria Biblioteca Nacional (privilegiada pela prerrogativa da lei do depósito legal), possuía as coleções sequenciais integrais. Tampouco o Arquivo Nacional, as bibliotecas e os arquivos públicos estaduais. Foram três anos de pesquisas em todos os estados para conseguirmos reunir, senão a totalidade, pelo menos a mais completa coleção de relatórios e falas provinciais e ministeriais até 1930. Foram também muitos rolos de microfilmes. Já há três anos, o Centre for Research Libraries digitalizou todos os rolos e democratizou o acesso via internet, o que tem beneficiado não só os pesquisadores americanos de costa a costa, mas os brasileiros e demais estudiosos do Brasil em diversos países do mundo. Esse trabalho tem sido tão útil, que algumas instituições no Brasil já o “baixaram” da internet e fizeram CDs para divulgação dos documentos impressos, como o Instituto Histórico e Geográfico de Alagoas e a Biblioteca Pública do Estado do Amazonas. Exemplos que devem ser seguidos por todos os estados brasileiros.

Alguns poucos pesquisadores têm se debruçado no estudo dos livros antigos e das bibliotecas coloniais. Não se trata apenas de verificar as obras raras que ainda existem nas estantes das diversas bibliotecas, arquivos, institutos históricos, coleções particulares, mas de realizar estudos sistemáticos em documentos manuscritos e nos livros que chegaram à *Terra Brasilis* desde a sua descoberta em 1500. Um dos pioneiros nesse estudo foi sem dúvida o professor Jorge de Souza Araújo, baiano de Ilhéus, nosso amigo e conterrâneo, que agora está de volta às suas raízes, mas que, à época, era professor na UFRJ/Departamento de Letras,

quando, durante 10 anos, aproveitando o seu período de férias das salas de aula, andou pelo Brasil afora, indagando e pesquisando por toda parte sobre os livros ainda existentes e referenciados em listagens de “livrarias”, como eram chamadas as bibliotecas particulares, e nos inventários, pois livros eram considerados “bens” e faziam parte das “fortunas legadas”. Em Portugal, nas instituições de memória, também debruçou-se em documentos amarelecidos pelo tempo para escrever a sua tese de doutorado defendida em 1988, (e já se passaram vinte anos!) na Faculdade de Letras da UFRJ, com o título *Perfil do leitor colonial*, e que hoje está publicada (1999) graças à Editus, da Universidade Estadual de Santa Cruz, recolhendo a sua sabedoria e carisma em livro que encanta a todos os que tomam conhecimento de sua pesquisa aprofundada. Nessa obra há uma parte dedicada aos leitores padres, militares, médicos e bacharéis. Enfatiza o autor “a sensível popularização de temas e assuntos médico-cirúrgicos”. O que liam os médicos no período colonial e para que liam? É o professor Jorge Araújo quem responde: “A lógica de popularidade das obras médico-cirúrgicas encontra-se, de um lado, numa necessidade prática do saber público quanto a situações elementares como sintomas, presumível diagnóstico, aplicação de remédios à base de ervas e a cura como resultado final”. Recomendamos a sua leitura aos estudiosos da medicina histórica. (2)

Temos ainda uma tese de doutorado recente da professora Gilda Maria Whitaker Verri, da Universidade Federal de Pernambuco. Como bibliotecária, além dos resultados de suas pesquisas em livros e noutros documentos de Pernambuco no século XVIII (1759-1807), apresenta, no segundo volume da tese publicada pela editora universitária da UFPE em 2006, (3) um primoroso e cuidadoso catálogo das publicações que encontrou, referenciadas aqui e ali. Enfim, é trabalho de fôlego, que acompanhamos de perto e que terá desdobramentos, tal a quantidade de informações colhidas por ela durante a etapa de preparação de sua tese.

Mencionamos também um dos pioneiros e dos maiores estudiosos e colecionadores de livros antigos, o famoso professor Rubens Borba de Moraes e seu livro bastante instigante: *Livros e bibliotecas no Brasil colonial*, 1979 (4)

Muitos outros livros têm sido preparados e publicados sobre a biblioteca real, em função da chegada da Corte. Os livros que constituíram a base da Biblioteca Nacional, classificada pela Unesco como a oitava maior do mundo, eram provenientes da coleção d’el rei. A bibliografia sobre bibliotecas e livros antigos e/ou raros já começa a ter significado, comandada pelo entusiasmo da estudiosa Ana Virgínia da Paz Pinheiro, diretora de obras raras da Fundação Biblioteca Nacional e professora da Unirio.

Mas voltemos à nossa Bahia, ao Terreiro de Jesus, a nosso Colégio Médico-Cirúrgico, criado em 18 de fevereiro de 1808 por D. João VI. Não faz muito tempo, na coluna Leitores e Livros do jornal O Globo/RJ, de junho de 2002, lia-se o seguinte título: *Acervo histórico da medicina brasileira ameaçado de virar pó*. Esse grito de alerta calou fundo no coração dos profissionais da informação e dos próprios médicos, que sempre acompanharam o avanço do processo lento, mas inexorável do tempo sobre o papel. Dizia a matéria: “São aproximadamente 180.000 livros publicados entre os séculos XVII e XIX que correm risco de destruição na biblioteca da primeira Faculdade de Medicina do Brasil, no centro histórico de Salvador”...E não se falava na documentação manuscrita. Ainda bem que os esforços se multiplicaram e podemos hoje estar comemorando neste colóquio internacional, que congrega tantos ilustres convidados, o avanço dos trabalhos que em breve mostrarão *urbi et orbi* a obra de todos, pois, como diz o significativo título do livro da bibliotecária e pesquisadora portuguesa Maria Luísa Cabral, *amanhã é sempre longe demais*, falando das ações de conservação e preservação de documentos, que todos nós, profissionais da informação, devemos estar empreendendo. (5)

E não nos esqueçamos que estamos nos trópicos. Dizendo isso, lembremos que foi aqui também na Bahia que nasceu, há quase 150 anos, a escola tropicalista baiana, conforme divulgou a revista da Fundação do Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo em 2003. (6)

Lê-se em artigo nela publicado: “Uma das mais importantes mudanças nos rumos da medicina brasileira começou com um reduzido grupo de três médicos estrangeiros na então Província da Bahia”. Eram dois portugueses e um escocês, que se encontravam com médicos baianos, entre os quais o pai do poeta Castro Alves, Antônio José Alves, e seu colega da Faculdade de Medicina, Antônio Januário de Farias, que, juntos com Ludgero Rodrigues Ferreira e Manoel Maria Pires Caldas, discutiam em torno da patologia tropical. Esse trabalho de pesquisa ficou conhecido como Escola Tropicalista Baiana e muitos dos resultados de suas pesquisas foram divulgados na Gazeta Médica da Bahia, que começou a circular em 1866. A coleção da Gazeta encontra-se hoje digitalizada, graças ao trabalho da pesquisadora Luciana Bastianelli, informa o referido artigo.

Não devemos esquecer que estamos nos trópicos. Isso significa dizer do redobrado cuidado que temos de ter com os documentos em suporte papel. A umidade, os insetos chamados bibliófagos, o descaso, a poeira, os locais inadequados, tudo conspira para a destruição da informação. Se, na Europa, o cuidado tem sido redobrado nos últimos 20 anos, o que não deveríamos estar fazendo no Brasil para salvar e colocar à disposição dos interessados as fontes documentais

do nosso passado? Veja-se, nesse sentido, o livro da professora Maria Luiza Cabral, já citado, que reúne crônicas de conservação e preservação.

Relembremos aqui que a Universidade Federal de São Paulo nasceu também em torno da Escola Paulista de Medicina, que comemorou os 200 anos do ensino superior no Brasil em seminário promovido pelo curso de história. Na Bahia, em São Paulo e no Rio de Janeiro, estão os primeiros centros médicos do Brasil. Sobre a criação dos cursos no Rio de Janeiro, recentemente o professor Luiz de Castro e Souza, sócio benemérito do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, publicou um opúsculo intitulado *Príncipe regente D. João e a medicina*, sua contribuição apresentada no curso *D. João VI e a cidade do Rio de Janeiro-1808-2008*, promovido pelo Instituto Histórico e Geográfico do Rio de Janeiro em parceria com o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro. (7)

Mas muitos são ainda os documentos inéditos ou não consultados sobre a história da medicina no Brasil, se pensarmos na significativa quantidade de documentos avulsos e em códices manuscritos trazidos de Portugal pelo *Projeto Resgate de Documentação Histórica Barão do Rio Branco*, da Diretoria de Relações Internacionais do Ministério da Cultura e que temos a enorme honra de coordenar há mais de 20 anos. Esse projeto de resgate organizou, verbetou e microfilmou 34 das 47 séries dos documentos localizados no Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa, que formam cinco fundos: Portugal, África, Oriente, Brasil e Rio da Prata. São mais de 300.000 documentos verbetados, ou seja, com descrição arquivística e catálogos publicados. Em breve teremos a publicação dos catálogos da Bahia e do Rio de Janeiro, na série Avulsos. Ainda não concluímos a consolidação em índice único de todos os verbetes para que a consulta por assunto/tema e onomástico/nome possa ser realizada. Neste momento, e à proporção que os conjuntos vão sendo digitalizados e registrados em CDs, todos os documentos estão disponibilizados *on-line e na Web* no Centro de Memória Digital e no endereço eletrônico <http://www.resgate.unb.br/index.html> pela Universidade de Brasília, através de convênio com o Ministério da Cultura. Convidamos todos a “navegar”. É realmente uma vasta extensão de documentos, como tivemos a oportunidade de mostrar em texto intitulado *Brasil-Portugal: um mar-oceano de documentos*, publicado no livro *Brasil e Portugal: 500 anos de enlaces e desenlaces*, editado em 2008 pelo Real Gabinete Português de Leitura do Rio de Janeiro. (8) Muitos navegadores virtuais encontrarão preciosos documentos e novas pistas, para além de confirmações de hipóteses de trabalho, nas mais de três milhões de páginas manuscritas, que abrangem os séculos XVI a XIX. Convidamos todos à pesquisa. Todas as universidades federais e privadas com cursos de pós-graduação em história, todos os arquivos públicos e os institutos históricos brasileiros receberam em doação cópias do conjunto de cerca de 300 CDs que correspondem a

mais de 3.000 rolos de microfimes, estes custodiados na Biblioteca Nacional, no Rio de Janeiro. *On-line*, em CD e em microfilme, milhões de páginas de documentação histórica existente em Lisboa já estão disponibilizadas no Brasil e no mundo, graças ao empenho de muitos que nos antecederam no passado, e do esforço, dedicação e competência de mais de 120 historiadores, arquivistas, paleógrafos, brasileiros e portugueses irmanados no resgate do patrimônio comum, sob a coordenação do Ministério da Cultura e com financiamento de mais de 10 instituições públicas e privadas, nacionais e estrangeiras. Breve e finalmente teremos impresso e distribuído o catálogo dos documentos avulsos da capitania da Bahia, que, juntamente com o antigo catálogo de Eduardo de Castro e Almeida publicado nos Anais da Biblioteca Nacional (1913-1918) e o de Luísa da Fonseca editado pelo Instituto Geográfico e Histórico da Bahia (1950), formam um grande conjunto documental não só em quantidade de informação, como no ineditismo dos documentos. Vale a pena reler, cuidadosamente, os verbetes dos dois primeiros catálogos organizados por pesquisadores portugueses e os do tão esperado catálogo dos avulsos, para encontrar documentos como o de n. 16.491, que é um lembrete da Secretaria da Marinha e Ultramar sobre o requerimento do cirurgião aprovado na cidade da Bahia, João Néri da Costa, em que pede licença para curar naquela cidade tanto em medicina como em cirurgia. É, sem dúvida, um dos primeiros profissionais a solicitar licença para exercer a profissão na cidade do Salvador. Quantos relatos de fatos e nomes poderão ser localizados no conjunto dos documentos da antiga capitania da Bahia, verbetados em mais de 50.000 documentos, com mais de 400.000 páginas manuscritas! Os índices divulgados aceleram a pesquisa. E lembremo-nos de que não é mais necessário ir a Lisboa e lá manusear documento por documento em meses e meses a fim de localizar aqueles de interesse para os pesquisadores. A modernidade, junto com a sensibilidade de gestores públicos, federais, estaduais e privados, como a Fundação Clemente Mariani, na pessoa da Dra. Maria Clara Mariani, permitem agora a pesquisa em torno do passado colonial praticamente no computador do interessado.

Quem sonharia com esses avanços quando D. João VI chegou à nossa Bahia no longínquo janeiro de 1808? Recentemente, o caderno *Ciência*, da Folha de S. Paulo, em 24 de agosto de 2008, publicou um interessante estudo sobre os avanços para a medicina trazidos pela Guerra do Paraguai, apresentados por uma pesquisa inédita realizada pelo historiador paulista Marcelo Augusto Moraes Gomes em sua tese de doutorado na USP, intitulada *Inválidos da pátria*. Recomendamos sua leitura, pois o assunto é muito agradável.

Mas a história do Projeto Resgate, permitam lembrar, começou em 1838, quando da criação do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, que pleiteava, logo na primeira assembleia dos sócios, a “copiagem de manuscritos importantes

para a história do Brasil em Portugal e em outros países com os quais o Brasil manteve relações históricas...” A partir de então começaram as missões de José Maria do Amaral, de Francisco Adolfo de Varnhagen, Antonio Gonçalves Dias, Joaquim Caetano da Silva, José Higinio Duarte Pereira, Capistrano de Abreu, Barão de Studart, Afonso d’Escragnonle Taunay, Tobias Barreto, Ernesto Cruz, Antonio José Gonsalves de Melo, Cícero Dias, João Cabral de Melo Neto.

José Honório Rodrigues, em precioso texto intitulado *A pesquisa histórica no Brasil*, 1978, (9) apresenta referências sobre cada uma dessas missões de pesquisa, referências que serviram de guia para a elaboração do plano de trabalho do Projeto Resgate. Quantas vezes lemos e relemos o texto de José Honório e quantos conselhos do mestre da pesquisa no Brasil ouvimos atentamente, na qualidade, desde então, de coordenadora técnica, no início dos anos 80 do século passado, quando, no Palácio Itamaraty, foram realizadas as primeiras reuniões sob a coordenação geral e o entusiasmo do sempre saudoso e lembrado embaixador Wladimir Murtinho! Retomava-se então o velho sonho do imperador D. Pedro II e do Barão do Rio Branco, o de resgatar documentos históricos nacionais. Agora não mais os copiamos à mão, como fizeram tantos no século XIX, mas a eles temos acesso através da microfilmagem sistêmica.

Muitas cópias desses documentos feitas em Lisboa, Paris, Sevilha, Madrid, Londres, Amsterdã foram trazidas para o Brasil e encontram-se hoje no Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e nalguns estaduais, na Biblioteca Nacional e no Arquivo Nacional. São cópias de documentos incompletos, selecionados pelo olhar do pesquisador letrado do século XIX em latas, caixas e maços desordenados e desorganizados em arquivos históricos que não conheciam a organização técnica moderna. E pensar que, no Brasil, só com a criação dos cursos de pós-graduação nas universidades brasileiros, os primeiros pesquisadores foram enviados aos países europeus para reidentificar e quantificar o conjunto de documentos sobre o período colonial. Muitos desses desbravadores puderam acompanhar o esforço realizado pelo Projeto Resgate e nos deram todo o seu apoio e anotações pessoais manuscritas de suas coletas necessárias às primeiras teses de doutoramento em história do Brasil-Colônia. Diante do grande interesse dos pesquisadores pelos arquivos do mundo colonizado das antigas metrópoles, a Unesco, através do Conselho Internacional de Arquivos, elaborou a resolução n. 4212, aprovada em sua assembleia-geral de 1974, que convida a todos os estados participantes a transferir, no quadro de acordos bilaterais, as informações provenientes de arquivos nacionais ou relativos à história do outro país, considerando patrimônio comum os documentos referentes a ambos. Surgem também, nas décadas de 60 e 70 do século XX, os inúmeros guias para a história das nações

incentivados pela Unesco e publicados por alguns países da América Latina, África e Ásia.

Para finalizar, gostaríamos de lembrar aqui os tipos de fontes consagrados hoje como importantes para a pesquisa :

Fontes documentais - inventários, cartas, documentos oficiais;

Fontes arqueológicas - cemitérios, principalmente indígenas;

Fontes impressas - revistas, jornais, boletins, anais, almanaques, anúncios, etc;

Fontes orais - principalmente da tradição afro-indígena, importantes na história da medicina popular;

Fontes audiovisuais : filmes, gravações;

Fontes virtuais : CDs., imagens computadorizadas utilizadas na medicina moderna. Como poderão ser consultadas para a pesquisa daqui a 20-50 anos?

Concluindo, fiquemos alerta a este fato: cada dia torna-se mais difícil a tarefa dos gestores na era da informação, como nos lembra o título do nosso Colóquio. Para tanto, é preciso dedicar-nos ao serviço do homem com “engenho e arte”, lembrando o poeta Luís de Camões. Terminamos com as palavras de outro português, nosso contemporâneo: “O futuro começa no passado”.

REFERÊNCIAS

1 KOURY, Yara Aun. (Org.). *Guia dos arquivos das santas casas de misericórdia do Brasil (fundadas entre 1500-1900)*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: PUC-SP-CEDC: FAPESO, 2004. 2 v.

2 ARAUJO, Jorge de Souza. *Perfil do leitor colonial*. Salvador: EDUFBA; Ilhéus: Editus, 1999. p. 508

3 VERRI, Gilda Maria Whitaker. *Tinta sobre papel: livros e leituras em Pernambuco no século XVIII (1759-1807)*. Recife: Editora Universitária/UFPE: Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco, 2006. 2 v.

4 MORAES, Rubens Borba de. *Livros e bibliotecas no Brasil colonial*. São Paulo: USP/Biblioteca Universitária de Literatura Brasileira: Secretaria de Cultura, Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo, 1979. p. 234

5 CABRAL, Maria Luísa. *Amanhã é sempre longe demais: crônicas de preservação & conservação*. Lisboa: Gabinete de Estudos A&B, 2002. p. 199

6 *REVISTA PESQUISA FAPESP*. São Paulo, n. 85, p. 8-9, março 2003.

7 SOUZA, Luiz de Castro. *Príncipe regente D. João e a medicina*. Rio de Janeiro: Edição do autor, 2008. p. 40

8 BERTOLETTI, Esther Caldas. Brasil- Portugal. Um mar-oceano de documentos. In: *Brasil e Portugal: 500 anos de enlaces e desenlaces*. Rio de Janeiro: Real Gabinete Português de Leitura, 2000. p. 102-129.

9 RODRIGUES, José Honório. *A pesquisa histórica no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional/INL/MEC, 1978. p. 306.

Esther Caldas Bertoletti

Advogada e jornalista com cursos de pós-graduação no Brasil e no exterior. Técnica consultora de documentação da Fundação Biblioteca Nacional. Coordenadora técnica do projeto Resgate Barão do Rio Branco da diretoria de relações internacionais do Ministério da Cultura.

O MÉDICO E A MEDICINA NA CRIAÇÃO LITERÁRIA, HISTÓRICA, ARTÍSTICA E NA PRODUÇÃO FILOSÓFICA E CULTURAL: panorama português nos tempos modernos

Daniel Serrão

rdd23956@mail.telepac.pt

Sou médico, mas não sou criador literário, histórico ou artístico, nem produtor de filosofia, nem agente cultural.

Amo a medicina porque dos 80 anos que levo de vida, 60 passei-os naquele mundo, meio misterioso, onde se pratica o cuidado pelos outros, por serem outros, nos seus corpos e no seu espírito.

Amo a medicina.

Por isso estou a participar neste Colóquio A Medicina na Era da Informação, com o qual a Faculdade de Medicina da Bahia celebra a entrada, em pleno, nesta nova Era e esta participação é motivo de uma imensa satisfação.

Agradeço, pois, vivamente, ao ilustre director, professor José Tavares-Neto, o honroso convite e à professora Zeny Duarte a simpatia e o cuidado com os quais promoveu a materialização da minha presença em tão vibrante iniciativa.

Estar no Brasil, que visito todos os anos sempre com emoção e alegria, mergulhar neste País, estuante de vida, é sentir bem como se constrói o futuro. Mas aqui, em Salvador da Bahia, encontro as raízes de um passado que, embora com erros e imperfeições, gerou este esplendoroso presente, que é o Brasil.

Sinto necessidade de agradecer aos irmãos brasileiros a forma como souberam, nestes 200 anos, engrandecer os talentos recebidos. Como na parábola do

Evangelho (Mt., 25, 14-30) souberam multiplicar o que receberam, com muito cuidado e diligência.

Muito obrigado, aos do passado e aos do presente.

Amo a medicina, disse.

Mas amo, igualmente, as florações do espírito humano, toda esta cultura exterior simbólica, no sentido que Merlin Donald dá a esta expressão, e na qual a criação intelectual e artística ocupa um lugar insubstituível.

É boa a cultura técnica. Ela facilita a nossa comum vida diária, as deslocções de pessoas e bens por terra, mar e ar e a rápida comunicação da informação que aqui estamos a celebrar e a louvar.

Mas bem melhor é a cultura simbólica; a que se manifesta nas criações do espírito, tocadas pela magia da estética e pelo apelo a uma ética que é, essencialmente, o amor pela vida, amor que se dirige ao mundo natural, a todos os seres vivos e, nestes, ao Homem, obra-prima da Criação.

Um autor inglês, C. U. M. Smith, escrevendo sobre a neurobiologia da estética, encontra nas percepções que induzem à emoção da beleza, por exemplo, uma origem evolutiva darwiniana; mas deste aspecto falarei mais adiante.

Agora o que pretendo enfatizar é que todas as criações do espírito humano, depositadas em objectos culturais exteriores, como, por exemplo, as diversas formas de escrita, emergem de um cérebro humano, que é humano precisamente porque por ele se manifestam as criações culturais que são uma exclusividade dos seres humanos.

A relação corpo/espírito, expressa em termos de relação cérebro/mente, *brain/mind*, é hoje o tópico principal da moderna neurobiologia. E nenhuma análise actual dos objectos culturais, em geral, e da emoção estética que, em nós, podem produzir, dispensará o debate sobre a neurobiologia das emoções e mesmo dos juízos éticos, porque, uns e outros, são, na sua essência, estados mentais.

Dando por adquirido – e creio que bem e com boas razões – este nexo entre o cérebro humano e todas as formas de criação artística, será que podemos descobrir ou inventar uma teoria geral da estética?

Fernando Pessoa, num célebre pequeno ensaio que intitulou “Apontamentos para uma estética não-aristotélica”, entrega-se a esta tarefa com a sua reconhecida exigência intelectual.

Diz Pessoa que “ao contrário da estética aristotélica, que exige que o indivíduo generalize ou humanize a sua sensibilidade, necessariamente particular e pessoal, nesta teoria o percurso indicado é inverso: é o geral que deve ser particularizado, o humano que se deve pessoalizar, o «exterior» que se deve tornar «interior».

Creio esta teoria mais lógica – se é que há lógica – que a aristotélica; e creio-o pela simples razão de que, nela, a arte fica o contrário da ciência, o que na aristotélica não acontece. Na estética aristotélica, como na ciência, parte-se, em arte, do particular para o geral; nesta teoria parte-se, em arte, do geral para o particular, ao contrário de na ciência, em que, com efeito e sem dúvida, é do particular para o geral que se parte. E como ciência e arte são, como é intuitivo e axiomático, actividades opostas, opostos devem ser os seus modos de manifestação, e mais provavelmente certa a teoria que dê esses modos como realmente opostos que aquela que os dê como convergentes ou semelhantes.”

Com o seu génio analítico, Pessoa, ao afirmar que em arte “é o humano que se deve pessoalizar”, o “exterior” que se deve tornar “interior”, está a anteceder a evolução conceptual do entendimento estético, baseado na sensibilidade, para um entendimento epistemológico fundado na perspectiva neurobiológica.

Mitias, citado por C. U. M. Smith afirma, e cito: *The unity of the art work causes the experience of unity in the percipient*, porque a unidade da obra de arte produz a experiência da unidade naquele que a percebe, nós afirmamos que a capacidade de apreciar a beleza é a marca de um espírito superior.

Também eu me proponho apresentar-vos elementos para uma estética não aristotélica, numa concepção na qual a força de interiorização, de que falava Pessoa, é a neurofisiologia da percepção humana. E é assim.

O Homem está no mundo, é um objecto intramundano. Pelo seu corpo e com o seu corpo e no seu corpo, recebe constantemente estímulos que são da mais diversa natureza: uns são sensitivos como o calor, o frio, a dor, a pressão e a humidade da atmosfera; outros são sensoriais, vejo, ouço, palpo, cheiro, saboreio; e outros, ainda mal conhecidos, são extrassensoriais e usam uma sensitividade difusa que capta formas particulares de energia que a Terra e os outros corpos emitem.

Todos estes múltiplos estímulos externos são processados no extraordinário supercomputador que é o cérebro humano.

Começamos a perceber que este é constituído por células isoladas e autónomas, a que chamamos neurónios e cada um estabelece com os outros linhas de ligação, os axónios, que entre si criam e desfazem pontos de contacto, as sinapses, que são em número incontável com rigor científico, mas que é de muitos milhares de milhões.

Esta poderosa máquina electroquímica trabalha incessantemente, processando em milésimos de segundo uma miríade de informações que os inúmeros terminais constantemente recolhem do mundo exterior e enviam para o órgão central; este faz a sua distribuição a partir de um núcleo duro central a que chamamos tálamo.

O tálamo, na evolução filogenética, aparece já bem constituído nos répteis e vai-se enriquecendo, estruturalmente, nos mamíferos e no Homem.

Vamos dizer, de forma simplificada que, abaixo do tálamo, situa-se a parte do sistema nervoso que regula as funções da vida silenciosa de todos os órgãos, da qual não temos a mais ínfima percepção. O meu estômago, como o de qualquer mamífero, digere os alimentos e eu de nada me apercebo; como nada sei do trabalho dos meus rins que, gota a gota, vão enchendo a minha bexiga com água e sais.

Acima do tálamo o tratamento e processamento cerebral dos estímulos faz aparecer ou leva à emergência de um certo estado mental, um *output*, ao qual chamamos percepção.

Estava numa sala de olhos fechados, imóvel, no escuro e no silêncio e nada acontecia no meu cérebro. Ilumina-se a sala, abro os olhos e logo tenho a percepção do que nela se contém: objectos, pessoas, sons.

A percepção é a representação do mundo na minha cabeça. E esta representação informa e condiciona as minhas decisões. Porquê?

Porque as várias áreas de associação de neurónios supratalâmicos vão conferir às percepções sensitivas, sensoriais e extrassensoriais, uma conotação qualitativa que podemos chamar de sentido ou significância, mesmo não sabendo, em rigor, o que estamos a dizer.

Com a atribuição de sentido às percepções, estas tornam-se conscientes e ficam em condições para serem arquivadas na rede neuronal, constituindo o que chamamos memória; que é, afinal, um modo de retirar do presente da consciência perceptiva, da cognição actual, estas percepções e o sentido que a elas fica como que colado.

Poderíamos falar de vários tipos de memória, consoante o uso que iremos fazer destes conteúdos arquivados, mas não é aqui o lugar para fazer tais distinções. Bastará que eu diga que esses conteúdos mnémicos podem ser evocados, podem aparecer num espaço virtual, em tempo real, sem localização cerebral conhecida, espaço ao qual chamamos autoconsciência, eu pessoal, intimidade, *self*, e a que eu prefiro chamar espírito porque é na autoconsciência humana que se revelam as capacidades desde sempre atribuídas ao espírito como sopro de Iavé que deu a um corpo, animal e terreno, a capacidade de ser um corpo humano.

Vemos, assim, que cada ser humano é construído de forma progressiva na medida das suas relações cognitivas com o mundo que o envolve; o mundo natural e o mundo da cultura exterior simbólica, depositada nos objectos culturais, depositada nos livros, depositada na memória dos outros seres humanos e comunicada pelo gesto e pela palavra falada.

Muito antes de a criança vir a descobrir-se como um próprio, uma autoconsciência, toda ela está aberta ao mundo exterior para aprender a sobreviver. O recém-nascido que, de olhos ainda fechados, procura, avidamente, o seio da mãe é a imagem perfeita desta abertura ao outro para dele receber cuidado e protecção.

A abertura ao mundo e aos outros marca, radicalmente, cada ser humano; e pode dizer-se, com rigor e verdade, que a pessoalização de cada um é obra do mundo exterior e da cultura exterior simbólica. Nenhum dos muitos milhões de chineses que vivem no interior do imenso território, recebendo os impulsos de uma cultura que se mantém há cinco mil anos, pode ser pessoa da mesma forma que é pessoa um negro criado no interior da sociedade tribal africana ou de um índio da Amazónia profunda.

Cada um de nós é a imagem, mais ou menos fiel, da cultura exterior, natural ou simbólica, que nos envolve por todos os lados, na qual estamos imersos e da qual dependemos.

Merlin Donald, reflectindo sobre esta realidade indiscutível que é uma verdade antropológica, no seu livro *A mind so rare – the evolution of human consciousness*, avança para a noção de que a cultura exterior simbólica, porque é uma criação do espírito humano é, de certo modo, a representação inteligível desse espírito. E cada ser humano, ao apropriar-se dessa cultura pelos órgãos de percepção e pelo tratamento que o cérebro dá a todas as percepções, recebe o espírito próprio do Homem. Nas suas palavras, *without culture, our world-models, those highly personal and idiosyncratic visions of current reality that define all conscious experience will inevitably shrivel. If we line up the key features of the many different kinds of minds that coexist with us on Earth and rank the breath and complexity of their world-models, we see how deeply we depend on our cultural hook-up.* (Sem a cultura, os nossos modelos de mundo, essas visões altamente pessoais e idiossincráticas da realidade corrente, que definem toda a experiência de cognição consciente, definirão inevitavelmente. Se dermos atenção aos aspectos-chave dos muitos diferentes tipos de mentes que coexistem connosco na Terra e avaliarmos o fôlego e a complexidade dos seus modelos de mundo, veremos quão profundamente dependemos do nosso vínculo cultural).

Mais adiante acentua que um cérebro isolado é uma coisa pobre que para pouco serve. Mas, se estiver ligado à comunidade dos outros cérebros, tem esta notável capacidade de criar uma comunidade de mentes, de adquirir a capacidade de simbolizar a partir das percepções e expandir enormemente o leque da sua capacidade de se aperceber da riqueza e complexidade do mundo exterior, em proporção com a profundidade da sua inculturação.

Acrescentarei, entre parêntesis, que esta ideia da nossa relação de dependência das forças do mundo exterior, causa da nossa fragilidade e vulnerabilidade, era e é um conceito profundamente gravado nos povos que viviam, e nos que ainda vivem, no nível mítico-oral de percepção do mundo e de comunicação do significado atribuído a essas percepções.

Os estudos de campo do fenomenologista David Abram, expostos no seu livro *The spell of the sensuous, perception and language in a more-than-human world*, mostram bem como os povos ditos “primitivos” se sentem pertença da natureza e objectos de interesse para os outros animais e plantas numa espécie de reciprocidade perceptiva.

Este conceito de reciprocidade perceptiva, que David Abram encontrou nos índios Koyukanus conduz-me ao meu objectivo principal, antes de chegar à apresentação dos médicos portugueses que foram, ou são, criadores artísticos e culturais.

E o objectivo é discutir o que é a criatividade, como se manifesta e como é modulada.

Direi, a abrir, que a criatividade é um acontecimento que ocorre na autoconsciência humana e se manifesta por uma decisão pessoal que é modulada pelos conteúdos memorizados resultantes das percepções cognitivas.

O acto criativo é individual e depende da forma como esse indivíduo interiorizou o seu “modelo” de mundo. É o tipo de mundo que ele tinha na sua cabeça, que vai orientar o tempo e o modo dos seus actos criativos.

Porque cobriu muitas das suas percepções com o sentido estético, ele está preparado para a criatividade estética. Porque atribuiu a diversas percepções um significado ético de Bem e de Mal, ele está capacitado para criar expressões de conteúdo ético. E porque, finalmente, o seu cérebro supratalâmico e cortical guardou, das suas percepções, uma sentiência afectiva e uma elaboração intelectual, ele está nas boas condições para criar obras de grande qualidade estética, de visão ética e de requintado valor emocional e racional.

Quero assim afirmar – e sei que corro riscos – que toda a criatividade humana é um produto da biografia do criador. A biografia, como história memorizada de experiência de vida, de cognições perceptivas, bem transformadas em afectos e sentimentos e geradoras de diversas, múltiplas e imprevisíveis ideias abstractas, modula o criador artístico.

Com esta base entro na análise do tema proposto: muitos médicos são criadores artísticos.

Porquê?

Respondo rapidamente: porque têm experiências de vida singulares.

Escrevendo um dia sobre o “médico na cidade insalubre”, afirmei: “Entre o *in* e o *out*, entre a pessoa física, mental, social e espiritual, de um lado, e o *out*, que é tudo o que a envolve, há um conflito constante: a pessoa actua sobre o mundo, o mundo actua sobre a pessoa.”

No caso do médico, o mundo mais próximo são as pessoas que o procuram e se declaram doentes, apresentando-lhe uma narrativa pessoal de vida, que conduz a uma perturbação que se tornou insuportável.

Pode ser micróbio a origem de tal perturbação, mas a intervenção do micróbio acontece numa certa pessoa, que tem um modelo do mundo e nele situa o que consigo acontece; que interpreta e valoriza o que sente – que é a acção do tal micróbio – em função de uma história pessoal e que espera que o médico a entenda em toda a sua profundidade.

Não basta ao médico matar e silenciar o micróbio para que a perturbação deixe a pessoa que se lhe confiou. Ele vai ter de entender aquela pessoa, de a integrar num contexto social, familiar, profissional, cultural, relacional.

Ou seja, vai ter de construir, a partir do pedido de ajuda, a personagem, a personalidade, de quem pede, em toda a sua complexidade de ser humano, no mundo.

Não me admira nada, portanto, que os médicos sejam escritores realistas como o Fernando Namora dos *Retalhos da vida de um médico*, que são a prova provada do que afirmo.

A criação artística, nos médicos, brota do exercício da sua profissão, que os obriga a mergulhar no que de mais sublime ou escabroso, de mais humilde, ou heroico, de mais penoso, humilhante ou violento tem o viver dos humanos. Que os força a navegar pelos meandros de intimidades complexas, que roçam a insanidade, e a admirar, com respeito, capacidade raras de aceitação do sofrimento e de vivências tranquilas da morte próxima. Que os faz reflectir em como a perda de um filho jovem leva ao desmoronamento súbito de um edifício pessoal que parecia tão sólido. E muitas outras “estranhas formas de vida” que levam a pessoa a procurar a ajuda do médico e permitem que ele como que viva, por interposta pessoa, as mais ricas, complexas e alucinantes experiências vitais.

Todas estas percepções, directas ou indirectas, reais ou representadas na autoconsciência, constituem um poderoso acervo de matéria-prima para a criação artística.

Pela palavra, pela imagem, pelos objectos.

Principalmente pela palavra.

MÉDICOS NA CRIAÇÃO LITERÁRIA

Apresentarei seguidamente alguns médicos que foram, ou são, escritores e criadores culturais, procurando, numa breve análise crítica das suas realizações principais, carrear argumentos para a minha tese de que os médicos são artistas, porque as suas experiências de vida profissional os aproximam muito de uma interpretação emocional e racional das complexidades do viver dos humanos, no mundo, em sociedade com os outros, e imersos na natureza e na cultura.

Começarei por Júlio Diniz (1838-1871), que é paradigmático. Para além da representação dos acontecimentos que sucediam nas famílias que visitava como médico – o caso da Morgadinha dos Canaviais, por exemplo, em que os adoecerem eram os amores mal correspondidos –, Júlio Diniz analisa-se e figura-se a si próprio no médico João Semana, romaneando-se como o profissional que tinha a seu cargo as vidas dos que o consultavam e a quem dava mais conselhos que mezinhas. Assinala o advento da medicina mais científica na figura do médico novo, Daniel, que chegou da Escola Médica com a cabeça cheia de teorias, mas não estava preparado para compreender as pessoas do campo e, por esta compreensão, avaliar e tratar as suas queixas.

Muito do que escreveu nos seus romances só um médico o poderia ter escrito.

Na mesma linha, mas em tempos mais recentes, refiro João de Araújo Correia (1899-1985) que exerceu clínica nas terras quentes do Douro profundo, como se fosse uma reincarnação do João Semana, de Júlio Diniz. Escreveu romances e principalmente livros de contos. Muitos dos contos, onde usa uma linguagem directa e coloquial, com palavras do falar popular, parecem saídos da visita médica acabada de fazer e são como que a narrativa do pedaço de vida vivida entre o médico e, por exemplo, uma certa D. Eufémia, senhora na idade madura, cujos achaques sempre se agravavam quando o seu homem ia à cidade e por lá se ficava uns dias...

Júlio Dantas (1874-1960) ficou conhecido por ter sido presidente da Academia de Ciências de Lisboa e ter batalhado, durante muitos anos, por um Acordo Ortográfico Luso-Brasileiro, construído pelos eruditos académicos dos dois países e que os povos e os governos de um e outro lado do vasto mar atlântico simplesmente desconhecaram.

Júlio Dantas foi médico durante pouco tempo. A sua prosa não apresenta sinais de repercutir experiências clínicas. Antes nela se repercute a experiência de vida de quem foi ministro, por duas vezes, da Educação e dos Negócios Estrangeiros na Primeira República e depois, no Estado Novo, embaixador de Portugal no Brasil, de 1941 a 1949.

Foi um dramaturgo de grande qualidade e um poeta menor. A sua peça, a *Ceia dos Cardeais*, em verso, foi um sucesso nos palcos lisboetas pelo seu ambiente palaciano, requintado, e por colocar três cardeais, de Itália, França e Portugal, a falar de política europeia, mas principalmente a falar da vivência do amor nos seus respectivos países.

Na linha nacionalista da época do governo de Salazar, escreveu um livro, *Pátria Portuguesa*, em que exalta as grandes figuras que marcaram o desenvolvimento da nação portuguesa.

Recordo a narrativa de como um jurista português, que acompanhou o bispo do Porto ao Concílio em que Nicolau de Cusa queria fazer aprovar a sua doutrina do primado dos concílios sobre a autoridade do Papa, de seu nome Diego Afonso Mangaancha, conseguiu arrasar a oratória do grande Nicolau de Cusa, mesmo sendo uma fraca figura, pequeno e enfezado. Ganhou o concílio, como diríamos hoje, para o seu lado e, no final, com Nicolau de Cusa vencido pela argumentação erudita do português, um cardeal perguntou ao bispo do Porto: é este o melhor doutor que há em Portugal? Resposta rápida do bispo: Não, os melhores doutores portugueses ficaram em Portugal.

Escrita numa prosa elegante e rigorosa, a sua obra literária, como os seus numerosos discursos publicados, reflectem um espírito muito cultivado, com muito mundo, ainda marcado pelo fim do Romantismo na arte e nos costumes.

A sua postura elegante, a sua cortesia formal, quase palaciana, e a sua prosa recheada de vocábulos eruditos e já fora de moda, irritaram os modernistas lisboetas e Almada Negreiros distribuiu nas ruas um manifesto “anti-Dantas”; que toda a gente, fora a *coterie* dos modernistas, achou mera rapaziada sem consequências no prestígio de Júlio Dantas.

Fernando Namora (1919-1989), que já referi de passagem, foi médico na Beira e no Alentejo profundo e a sua obra mais celebrada, escrita nesse tempo, foi precisamente *Retalhos da vida de um médico*. No título e no corpo da obra está bem claro que é uma narrativa romanceada das suas vivências pessoais, entrando nas habitações cavadas nas penedias de Monsanto, onde homens e mulheres viviam e morriam. Mais tarde, já escritor com alguma fama, veio para o Instituto Português de Oncologia, pela mão do seu admirador Francisco Gentil, que era o director todo-poderoso, e o contratou como médico internista geral, convivendo e atendendo doentes oncológicos, muitos deles em fase de incurabilidade.

Escreve, então, a partir desta sua nova experiência, um romance (eu chamar-lhe-ia uma crónica ou um diário) intitulado *Domingo à Tarde*, história pungente de uma jovem com leucemia a viver o amor na iminência da morte. Esta criação literária de Namora, pela qual recebeu um prémio em 1962, sai quase directamente de uma experiência clínica real que profundamente o marcou.

Domingos Monteiro (1903-1980), médico no Portugal profundo, não tem uma obra vasta, mas é reconhecido como novelista e contista. A sua prosa é firme, directa e realista. O livro *Enfermaria, prisão e casa mortuária* é um perfeito exemplar de como o médico usa a sua experiência de vida clínica para a criação de uma escrita literariamente de grande qualidade.

Júlio Machado Vaz, médico psiquiatra, professor de antropologia médica no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, é actualmente uma personalidade destacada no panorama da intelectualidade moderna em Portugal. Sendo autor de romances, escritos numa prosa que denuncia o psicanalista que é, com especialização nos meandros da sexualidade, Júlio Vaz está presente nos meios modernos de comunicação, rádio e televisão. Com um estilo persuasivo, trata dos temas mais complexos no plano teórico com uma linguagem que os torna parcialmente compreensíveis para um público muito vasto, que o vê e ouve com grande fidelidade. Usa, na conversa, com naturalidade, os autores mais difíceis, como que traduzindo os seus conceitos em linguagem do nosso tempo e adaptada a casos e situações concretas. É o médico com mais assídua e qualificada presença na moderna comunicação.

Jaime Cortesão (1889-1960), bem conhecido no Brasil, onde viveu em semi-exílio político e onde realizou estudos inovadores sobre os descobrimentos portugueses, em especial o do Brasil, tendo publicado um notável estudo sobre a Carta de Achamento, de Pêro Vaz de Caminha, notabilizou-se como historiador e ensaísta. A sua experiência como médico viveu-a na guerra de 1914/1918, no Corpo Expedicionário Português, que combateu nas trincheiras francesas contra os *boches*; esta vivência dos *poilus* portugueses, prontos a correr risco de vida para lutar por um ideal, no princípio do século XX, tê-lo-á levado a querer conhecer os portugueses que, nos finais do século XV e em todo o século XVI, também correram outros riscos, atravessando os mares tenebrosos e afrontando os ventos contrários para encontrar o mundo que faltava conhecer.

Esta motivação encontro-a eu nos seus ensaios. E a sua actividade política sempre foi uma busca, muito séria, por aquilo que, na sua interpretação, poderia devolver aos portugueses o seu espírito de missão, com liberdade e responsabilidade.

A evocação desta nota política leva-me a chamar a terreiro Abel Salazar (1889-1946), professor de histologia da Faculdade de Medicina do Porto, investigador de reconhecido mérito e artista polifacetado. A sua carreira foi muito prejudicada por não ser favorável ao regime não-democrático que vigorou em Portugal, após a revolução de 28 de maio de 1928, e foi dirigido por um outro Salazar; mas não existia entre eles qualquer relação de parentesco.

Além de ser dotado de uma inteligência superior, com a qual abordou os mais difíceis temas da cultura científica e filosófica do seu tempo – as noções do espaço e tempo nas perspectivas físico-matemática e psicológica, o neo-positivismo ou positivismo lógico da chamada Escola de Viena - Abel Salazar foi um artista criador e um crítico de arte de grande originalidade conceptual.

Os seus desenhos, caricaturas e óleos são claramente figurativos, como a sua escultura (essencialmente bustos) e até os pratos de cobre martelado, em que foi exímio.

A sua correspondência com um investigador de histologia, seu colega como professor de histologia na Faculdade de Medicina de Lisboa, Celestino da Costa, e com o matemático professor Ruy Luís Gomes, que se exilou para o Brasil, tendo sido professor de matemática superior em Pernambuco até 1974, mostra bem como estava a par da ciência do seu tempo e como os critérios políticos da época o impediram de ser o grande cientista e pensador que tinha condições de ser. Mas realizou-se como artista e a sua obra está conservada na casa-museu com o seu nome e tem sido objecto de estudo por críticos e especialistas.

Devia à sua constituição pícnica (no sentido de Kretschmer, que ele divulgou) uma energia transbordante e uma capacidade de trabalho, na ciência e na arte, que lhe permitiram, em 57 anos de vida, realizar uma obra muito rica, mas de grande qualidade.

Na sua tese de conclusão do curso de medicina, aos 26 anos, Abel Salazar antecipa as consequências que, sobre o entendimento das características da actividade psíquica teria o conhecimento da anatomia, citologia e fisiologia do cérebro como as neurociências modernas, com Damásio e outros, estão a mostrar. Intitulado *Ensaio de psicologia filosófica* antecipa, como referi, a noção da consciência como o que Damásio chama o *Proto-si*.

Os seus livros *O que é a arte*, *Uma primavera em Itália* e *Um estio na Alemanha* mostram a sua superior preparação para apreciar a arte de outros criadores e para filosofar sobre o fenómeno, ainda para ele misterioso, da criação estética como uma capacidade do cérebro humano.

Comentando os seus desenhos de vários prémios Nobel que são, actualmente, pertença da Faculdade de Medicina do Porto, escrevi: “Abel Salazar desenhou as faces destes homens de génio. Vale a pena olhar a representação destas cabeças e faces e tentar ler a mensagem de humanidade que o artista codificou em cada uma destas sanguíneas e destes desenhos. Quatro estão de perfil, o que deve querer dizer-nos que pouco ou nada encontrou neles que merecesse ser representado para nos ser transmitido. Mas os restantes olham-nos olhos nos

olhos, e as suas faces, *les visages*, no sentido que E. Lévinas deu a esta palavra francesa, são expressivas e vivas”.

Abel Salazar foi caricaturista irónico e retratista rigoroso e realista. Mas a sua obra mais significativa está nas centenas de quadros a óleo que constituem o seu acervo criativo.

Egas Moniz (1874-1955), o único Prémio Nobel português de medicina, formou-se em Coimbra, onde recebeu a alcunha de Egas Moniz, porque representou com brilho o papel desta figura histórica numa representação teatral estudantil, mas fez a sua carreira de médico neurologista e de investigador na Faculdade de Medicina de Lisboa, que justamente o celebra como um dos seus maiores, ao lado de Reynaldo dos Santos (1880-1970).

Egas Moniz distinguiu-se na política, tendo representado Portugal na Conferência da Paz, em 1918, que deu lugar à Sociedade das Nações, em Genebra. Em 1948 prepara um volumoso livro (mais de 600 páginas) no qual descreve, com inegável brilho literário, a sua vida. Tinha então 74 anos e estava retirado de toda a actividade científica e clínica. Nesse ano é realizada, em Lisboa, a Conferência Internacional de Psicocirurgia, em homenagem a Egas Moniz, a qual decide propor o nome do cientista português para Prémio Nobel, que lhe é conferido em 1949, coincidindo com a publicação desta obra. No final, Egas Moniz escreve: “Julgar-se-á que foi a vaidade a determinante que deu origem ao volume. Na minha idade já essa pecha não é chama que alumie olhos embaciados pelo tempo e pelas desilusões. Mas se assim quiserem classificar o meu intuito, não o contraditarei”.

Referi Reynaldo dos Santos, que deu grande desenvolvimento à técnica de angiografia usada por Egas Moniz; de ascendência hebraica, Reynaldo dos Santos era um conhecedor profundo da arte praticada em Portugal e a sua obra *Os primitivos portugueses* (1450-1550), mostra a vastidão da sua cultura artística e bem justifica que tenha sido presidente da Academia Nacional de Belas-Artes. Um outro livro seu, sobre a faiança portuguesa nos séculos XVI e XVII, é igualmente uma obra notável de cultura e bom gosto.

Nos tempos mais recentes, um médico lisboeta, A. Barros Veloso apaixonou-se pela azulejaria portuguesa, tendo publicado dois notáveis livros, um com belas reproduções de azulejos existentes nos hospitais civis de Lisboa e o outro de azulejos de fachadas em palácios, igrejas e simples moradias de Portugal.

A análise crítica das figurações encontradas nos painéis de azulejos dá oportunidade à apresentação de importantes contributos históricos, religiosos e laicos, e reflexões culturais aprofundadas, como o faz Barros Veloso nos textos que acompanham as reproduções fotográficas publicadas em ambos os livros.

Na área da cultura refiro Barahona Fernandes (1907-1992), que foi professor de psiquiatria em Lisboa e membro da Academia das Ciências.

Coube-me fazer, nesta douta agremiação, o seu elogio histórico, pois sucedi-lhe na cadeira de académico efectivo. Desse texto destaco: “Isaac Newton, Einstein, Ilya Prigogine e também Karl Marx, S. Freud e Fernando Pessoa, todos brilhantes inteligências judaicas, cada uma no seu tempo e no seu campo específico, prosseguem a reflexão livre e audaciosa sobre o homem, a natureza e a transcendência. O esforço destas inteligências foi sempre e é hoje o de encontrarem uma convergência coerente que explique o mistério do homem inteligente, dilacerado entre a natureza e a transcendência.

Barahona Fernandes inscreve-se nesta linhagem ilustre. Na sua comunicação a esta academia, em outubro de 1986, oferece à crítica dos confrades um conceito novo, espécie de fecho da grande abóbada da reflexão convergente que preencheu toda a sua vida. Próximo dos 80 anos, idade própria para a expressão da grande sabedoria, da sabedoria já liberta dos contextos e dos interesses, Barahona testemunha a sua mais profunda convicção: “As Antropociências ultrapassam a oposição tradicional entre cultura e natureza englobando-as num todo estruturado. Não de forma eclética, ... mas numa organização complexa que afinal se centra no próprio criador e utilizador de todas estas diferentes ciências – o *Homem*. Na sua essência, a finalidade essencial das Antropociências é a *humanização* dos actuais saberes e técnicas, ameaçados pelo risco das aplicações anti-humanas”.

No esquema que sintetiza o seu novo conceito, claramente convergente, de antropociências, coloca ao alto, como determinante da pessoa cultural – a teologia, os saberes culturais, a estética, o direito, a ontologia, a epistemologia, a axiologia, a história e a antropologia.

Como um grande humanista dos tempos modernos, Barahona procura a síntese de todos os saberes sobre o homem, a natureza e a transcendência, pondo ao serviço desta procura uma cultura vastíssima e uma poderosa inteligência reflexiva.

Foi um escritor muito prolífico. A publicação das suas obras completas pela Fundação Calouste Gulbenkian está em curso e o primeiro volume que Barahona Fernandes, ainda vivo e activo, tituló *O homem perturbado*, tem mais de 900 páginas.

Penso que em alguns dos seus textos dá um bom fundamento ao que hoje se chama bioética global.

Como expoente da cultura filosófica do século XX, em Portugal, Barahona Fernandes tem lugar cimeiro.

MÉDICOS NA PINTURA

Em pintura quero referir um caso absolutamente singular, o do médico Mário Botas (1952-1983), que iniciou a sua especialização em psiquiatria até que uma leucemia, em seis anos, terminou com a sua vida.

De Mário Botas não posso dizer que foi um médico que partiu da sua experiência clínica para a criação artística no desenho e na pintura. Antes de alguém que tendo sido fadado para a capacidade de representar mundo, pessoas e situações pela pintura, foi buscar à sua experiência de doente incurável, vivida como médico, uma poderosa motivação para uma arte de qualidade superior.

Almeida Faria, que introduz um livro a ele dedicado após a sua morte, afirma: “Há vidas marcadas por um desastre que as separa em duas metades, como um traço. Esse traço atravessa a obra de Mário Botas, dividindo-a em duas fases bem distintas: antes e depois de 1977, quando, aos 24 anos, soube que sofria de leucemia. Recuso, por pudor, fantasiar o que sentiu. Talvez se lembrasse do verso de um dos seus poetas: “os deuses vendem quando dão”. Os deuses deram-lhe humor, inteligência, uma capacidade excepcional de olhar e de inventar; agora apresentavam-lhe a conta brutal, a aniquilação destes dons num horizonte não muito distante. Suponho que a pintura, até aí apenas prazer e passatempo, se lhe tornou então a única razão da sua existência”.

Os seus desenhos e pinturas, quase todas com técnicas mistas, incluindo aguarela, tinta-da-china e colagens, são de uma poderosa força expressiva e de uma grande originalidade. Depois de tomar conhecimento da sua doença, pintou numerosos autorretratos, não para documentar os estragos físicos da doença, mas para nos revelar a sua forma de se pensar como um ser humano perecível. Reconhecido internacionalmente graças às iniciativas dos seus muitos amigos e da Fundação com o seu nome, Mário Botas é um pintor-médico que o tempo virá a consagrar como um dos génios da pintura moderna.

De médicos que pintam, poderia citar muitos nomes. Numa recente exposição na Casa do Médico do Porto vi obras de centena e meia de médicos. E o mesmo tem acontecido em Coimbra e em Lisboa. Há muitos médicos que pintam e o que pintam é, quase sempre, uma válvula de escape de uma profissão onde as tensões emocionais são duras e frequentes. Há sempre muitos retratos e alguns autorretratos, como se os médicos quisessem narrar, na pintura, o seu conhecimento do que as pessoas mostram aos médicos no singular encontro do acto médico.

Claro que muitos não ultrapassam o nível de amadores autodidactas, com alguma qualidade no desenho e razoável domínio das técnicas que escolhem.

Saliento, contudo, Levi Guerra, professor já jubilado da Faculdade de Medicina do Porto que, tendo tido uma vida muito activa como nefrologista e investigador, com longa permanência nos USA, desenvolveu nos últimos 15 anos uma actividade de pintor expondo quadros com bastante frequência.

Não é fácil etiquetar os seus óleos, alguns de grandes dimensões. Nota-se, nele, um desejo de comunicar para além da imagem, mas pela figuração da imagem, valores emocionais, afectivos e mesmo de natureza religiosa. A sua técnica tem evoluído muito e hoje é dono de um gesto pictórico seguro, de um bom domínio da cor e da iluminação, usando menos o preto e o cinzento, que tornavam os seus primeiros quadros umas obras tristes ou, mesmo, ameaçadoras.

A sua cultura médica, a sua vivência clínica e a sua leitura transcendental da natureza do homem no mundo marcam a criatividade singular da sua pintura.

Da geração mais recente, destaco Sara Beleza, uma médica de clínica geral que, depois de ter vivido intensamente a arte médica, enveredou pela arte da pintura, agora em tempo exclusivo.

Tenho acompanhado a evolução desta pintora, que expõe regularmente e cujas obras estão presentes em colecções privadas e públicas. Sendo possuidora de uma capacidade invulgar de desenho e de representação da figura humana, de animais e de objectos, evoluiu para a paisagem, na qual foi introduzindo um conteúdo não apenas estético, mas emocional. O seu pincel começou a descrever, num registo impressionista, situações e encontros de pessoas, em espaços públicos e no interior dos universos familiares.

A sua última obra exposta – e a mais apreciada pelos críticos – é constituída por 14 quadros representando as estações da Via-Sacra. As representações do acontecimento histórico da crucificação de um certo Judeu, durante o domínio romano do povo hebraico, feitas por Sara Beleza, são modernas e, de certa forma, intemporais. Não são representação dos factos em si, mas revelam, nas expressões e postura dos protagonistas, os sentimentos e emoções que os factos provocam. Um livro publicado a propósito da primeira exposição desta obra mostra bem o carácter simbólico que a pintora deu aos seus 14 quadros.

MÉDICOS DRAMATURGOS

Além da escrita para teatro de Júlio Dantas que já referi antes, de passagem, e na qual *A severa* tem um bom lugar pelo êxito popular que teve no seu tempo por se referir a um “mito” relacionado com o fado, designado, na época, por canção nacional, devo referir Bernardo Santareno, pseudónimo do médico António Martinho do Rosário (1924-1980), que exerceu psiquiatria. Nas suas peças, representadas

com assinalável sucesso, algumas no Teatro Nacional de D. Maria, aparecem com muita nitidez os conflitos entre a sexualidade e o desejo, por um lado, e as normas da moral social de influência religiosa, particularmente católica, por outro. Conflitos e também ansiedades e angústias, que muitas vezes estavam bem vivas nas pessoas doentes, mulheres e homens, que atendia no seu consultório. Os melhores actores e actrizes dos anos 60 quiseram ser intérpretes das figuras criadas por Bernardo Santareno, embora, na época, o adultério e a contestação da moral sexual de inspiração católica não merecessem o aplauso da situação político-religiosa do País. Ficaram conhecidos alguns dissabores de Bernardo Santareno com o regime de censura prévia aos espectáculos teatrais que então vigorava.

Escolhi, a meu gosto pessoal, uma dúzia de médicos artistas entre as centenas que podia referir só nos séculos XIX e XX.

Nesta escolha, pessoal como afirmei, não dei prioridade a aspectos biográficos nem bibliográficos, que hoje são de fácil consulta por meios informáticos.

Procurei usar a minha leitura das suas obras para suporte da teoria de que, na criação artística dos médicos, as experiências vividas na profissão são um factor importante na natureza peculiar das suas criações artísticas; marcam a selecção dos temas e as particularidades dos estilos.

Como referi no início, as neurociências começam a desvendar o modo como o cérebro humano trata as percepções para as transformar em afectos, em sentimentos e, finalmente, em conceitos abstractos.

E como todos estes conteúdos, memorizados, constituem o “material” que, ao ser evocado para a autoconsciência, como o espaço sentiente, influenciam as decisões de cada um.

Se aceitarmos que a criação artística é, em cada criador, uma decisão humana, estamos a aceitar que, no médico, essa decisão será afectada pelos conteúdos da sua autoconsciência de médico.

Wim Deckers afirma que, para o médico, o corpo objectivo do outro, são ou deformado e alterado pela doença, é objectivado com uma qualidade estética intrínseca. E a prática da medicina baseia-se em acolher esse corpo e melhorar a sua qualidade, o que é uma finalidade estética. O corpo pode ser imperfeito, mas é aperfeiçoável, como o comprova toda a cirurgia estética e reconstrutiva. A saúde já não é apenas um meio para sobreviver ou um imperativo biológico. Tornou-se num imperativo, sim, mas sociológico: nele, no corpo, são, está o prestígio pessoal, nele e por ele se realizam as escolhas e as diferenciações sociais.

Nas palavras de Deckers, *much emphasis is paid to the human being as a free, rational and autonomous subject for whom the human body seems to have an instrumen-*

tal value only. Insofar as aesthetics is concerned, the human body is mainly considered an aesthetic object which can be manipulated.

Direi, em conclusão, que o médico artista, nas suas criações estéticas, está a manipular esses corpos que se lhe revelaram no vivenciar diário do seu trabalho clínico. E essa manipulação é a própria essência da sua estética peculiar. Sem excluir a perspectiva do amor pela pessoa que, no corpo e pelo corpo, se revela.

Como acentua S. Zeki, há uma neurobiologia do amor que é activada pela contemplação da beleza, nomeadamente, mas não exclusivamente, a do corpo humano. Este amor, romântico, como lhe chama Zeki para o distinguir da atracção sexual, está sempre subjacente à criação estética dos médicos, de forma explícita ou escondido na beleza das próprias criações. A pintura do ser feminino, em muitas pinturas, pode não ter nenhuma contaminação erótica e apelar apenas para o amor, romântico para Zeki, que a beleza, neurobiologicamente, provoca.

OS MÉDICOS E A CRIAÇÃO POÉTICA

Deixei de fora destas minhas sucintas considerações sobre o tema geral, a questão de saber se haverá médicos que sejam poetas e, se os houver, que poesia terão eles produzido.

Claro que falo de poesia, não falo de versos, alinhados na disciplina do soneto ou da quadra ou com cesura mediana como nos alexandrinos.

Falo de poesia, como *poiesis*, criação. Falo da invenção de um sentido novo para palavras velhas e gastas – como referi a propósito da poesia de António Gedeão, que não era médico, mas professor de física e química num liceu de Lisboa.

Mas haverá médicos que tenham criado poesia ao mais alto nível da arte poética?

Vou começar por citar um médico, português, que produziu um tipo especial de poesia, mas que, infelizmente, não existiu de verdade, em carne e osso.

Refiro-me ao poeta Ricardo Reis.

Como sabemos, pela carta de Pessoa a Adolfo Casais Monteiro, o poeta Ricardo Reis foi educado num colégio de Jesuítas e era médico, tendo vivido no “Brasil desde 1919 para onde se expatriou por ser monárquico; é um latinista por educação alheia e um semi-helenista por educação própria”.

Como Pessoa escrevia poesia , em nome de Ricardo Reis?

A resposta é importante para o meu ponto de vista e é esta: “depois de uma deliberação abstracta, que subitamente se concretiza numa ode”.

Leia-se uma qualquer das trabalhadas Odes de Ricardo Reis – que disse: “abomino a mentira porque é uma inexactidão” – e encontramos uma poesia exacta, rigorosa, horaciana como certamente assinalou Maria Helena Rocha Pereira, sem emoção ou com um tratamento formal de alguma emoção, não sentida, mas apenas imaginada. Exemplifico com a Ode XLVIII:

Tão cedo passa tudo quanto passa!
Morre tão jovem ante os deuses quanto
Morre! Tudo é tão pouco!
Nada se sabe, tudo se imagina.
Circunda-te de rosas, ama, bebe
E cala. O mais é nada.

Poesia seca, directa, intelectualizada. Não é a grande poesia que Pessoa, ele próprio, fez.

Não sabemos se seria um clínico geral ou um especialista. Por mim, vejo-o como especialista de ouvidos, nariz e garganta, área bem delimitada e com doenças concretas.

E Miguel Torga (1907-1995), vão agora contrapor, que tinha esta especialidade e operou muitas amígdalas, não foi um grande poeta, sendo médico?

Para desgosto de muitos, vou dizer que Miguel Torga, o médico Adolfo Rocha, sendo um grande prosador e memorialista, não foi um poeta maior.

Escreve versos, é verdade, com rimas perfeitas e um ritmo agradável; mas as imagens que usa são as da vida concreta, da natureza, do corpo. A sua poesia é descritiva e formal, quase aritmética como neste poema: “Me confesso possosso das virtudes teologais que são três e dos pecados mortais que são sete, quando a vida não repete que são mais”. Miguel Torga, que era um espírito arguto, um transmontano duro e positivista, compreendendo que a sua poesia não seduzia os críticos literários nem captava leitores em grande número, deixou de publicar livros de versos e passou a escrever prosa, os Diários, na qual intercalava poemas que são, em geral, exercícios de rima e métrica, sem verdadeira capacidade de usar a linguagem, e as palavras que a compõem, como uma simbolização de segundo grau.

Otorrino puro e duro, Torga falava da sua poesia como de um trabalho de cavador que semeia e tira frutos da terra com as mãos calejadas. As imagens rurais cruzam-se com as da família aldeã, por exemplo “meu pai erguendo uma

videira como uma mãe que faz a trança à filha”, no poema cantado por frei Hermano da Câmara.

Outros exemplos poderia citar de médicos portugueses que foram poetas, mas todos eles, porque foram poetas menores, não são argumentos contra a hipótese que avancei.

Ao contrário do prólogo português, a musa da Fonte de Castália, inspiradora dos poetas, faz, de facto, mal aos doutores.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, David. *The spell of the sensuous perception and language in a more-than-human world*. New York: Vintage Books. 1997.
- AFINIDADES. *Revista da Casa-Museu Abel Salazar*. Porto, n. 1, série 2, jan–jun., 2005.
- BOTAS, Mário. *O pintor e o mito*. Introdução de Almeida Faria. Lisboa: Edições João Sá da Costa. 2002.
- DECKERS, Wim. The lived body as aesthetic object in anthropological medicine. *Medical Health Care and Philosophy*. 2: 117-128, 1999.
- DONALD, Merlin. *A mind so rare*. The evolution of human consciousness. London: W. W. Norton Company Inc, 2002.
- FERNANDES, Barahona. *Antropociências da psiquiatria e da saúde mental I*. O Homem perturbado. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1998.
- GOMES, César. *Via Sacra e meditação*. Porto: Edição do Autor. 2007.
- MACEDO, Manuel Machado. *História da medicina portuguesa no século XX*. Lisboa: CTT – Correios de Portugal, 2000.
- MONIZ, Egas. *Confidências de um investigador científico*. Lisboa: Ática, 1949.
- MORENO, Armando. *Médicos escritores portugueses*. Lisboa: ERL – Editora de Revistas e Livros, 1990.
- MORENO, Armando. *O mundo fascinante da medicina*. Médicos artistas portugueses. Lisboa: Edição do Autor, 1998. v. 10
- PESSOA, Fernando. *Páginas de doutrina estética*. Selecção, prefácio e notas de Jorge de Sena. 2. ed. Lisboa: Editorial Inquérito. 1946.
- SANTOS, Reynaldo dos. *Faiança portuguesa*. Séculos XVI e XVII. Lisboa: Livraria Galaica, [195- ?].
- SANTOS, Reynaldo dos. *Os primitivos portugueses (1450-1550)* 2. ed. Lisboa: Livraria Galaica, 1957.
- SALAZAR. Abel. *96 cartas a Celestino da Costa*. Organização, introdução e notas de António Coimbra. Porto, Gradiva: 2006.

SERRÃO, Daniel. A imagem do mundo em Agustina Bessa Luís. *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa*. Classe de Ciências. Lisboa: Tomo 31, 1990/91.

SERRÃO, Daniel. A medicina e a arte. *O tripeiro*. 2ª Série. Porto, ano 27, n. 6, p. 166-167, jun 2008.

SERRÃO, Daniel. A poesia de António Gedeão e a geração (ou invenção?) da palavra. *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa*. Classe de Ciências. Lisboa: Tomo 33, 1993/1994.

SERRÃO, Daniel. Elogio histórico do professor Barahona Fernandes. *Memórias da Academia de Ciências de Lisboa*. Classe das Ciências. Lisboa: Tomo 41. 1998/2001.

SERRÃO, Daniel. O médico na cidade insalubre. *Cadernos de Bioética*. Ano17, n. 40, abril 2006.

SILVA, Agostinho da. *Um Fernando Pessoa*. Lisboa: Guimarães Editores, 1959.

VELOSO, A. J. Barros; ALMASQUÉ, Isabel.. *Azulejaria de exterior em Portugal*. Lisboa: Edições INAPA, 1991.

VELOSO, A. J. Barros; ALMASQUÉ, Isabel. *Hospitais Cívicos de Lisboa: história e azulejos*. Lisboa: Edições INAPA, 1996.

ZEKI, S. The neurobiology of love. *FEBS Letters*, 581 (2007). 2575-2579.

SMITH, C. E. U. Evolution, neurobiology and aesthetics. *Perspectives in Biology and Medicine*. v. 48, n. 1, p. 17-30, 2005.

Daniel Serrão

Médico pela Universidade do Porto, PT. Catedrático jubilado de anatomia patológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Fundador e professor do curso de doutoramento em bioética da Universidade Católica Portuguesa. Único membro português na Academia para a Vida, fundada pelo papa João Paulo II.

A MEDICINA E A TRADIÇÃO MÉDICA EM JÚLIO DINIS: um estilete sentimental na “ciência do coração”

Carmen Abreu

csmcarmen@gmail.com

Os corações que se prendem depressa
com raízes onde se demoram,
são os que mais sofrem nos primeiros
momentos de uma transplantação.

(*Os Fidalgos da Casa Mourisca*, 106)

No prefácio a *Júlio Dinis e a sua obra*, de Egas Moniz, Ricardo Jorge refere que o Prof. Afrânio Peixoto, sempre que lhe enviava um livro, inscrevia a frase: “Não fazem dano as musas aos doutores”¹. E logo nesta proposição introdutória nos encontramos com quatro grandes nomes da medicina, tendo todos eles dado notável contributo à literatura, quer pela criação de obras, quer pela crítica literária. De Afrânio Peixoto, dispensado de apresentação, porque talvez seja um dos maiores expoentes de todos os tempos que a esfera da medicina do Brasil ofereceu aos vários círculos culturais, ficaremos neste texto por uma breve referência que lhe atribuiu Egas Moniz na citada obra – “higienista, letrado e presidente da Academia Brasileira”. De Ricardo Jorge, médico português, sabe-se que foi Professor na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, higienista e investigador, mas que também se interessou pelas questões relacionadas com a crí-

¹ MONIZ, Egas. *Júlio Dinis e a sua obra*. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924, v. 1, p. XVII.

tica literária, conforme deixa perceber o prefácio a que nos referimos. Quanto a Egas Moniz, o outro médico português mencionado, recebeu o Prémio Nobel de Fisiologia em 1949, foi Lente Substituto na Universidade de Coimbra onde se licenciou e Professor na Faculdade de Medicina de Lisboa, e no âmbito literário, particularmente interessado pela obra do colega Júlio Dinis, dedicou-lhe o seu estudo na obra referida que foi publicada em dois volumes. Para além de um levantamento autobiográfico bastante completo², Egas Moniz faz ainda uma leitura das obras dinisianas numa inflexão freudiana. Estabelecendo uma ligação entre os comportamentos representados pelas personagens e as marcas caracterizadoras da personalidade de Júlio Dinis, Egas Moniz explora ainda o mesmo filão de análise a partir do convívio do escritor nos circuitos familiares e sociais em que se movimentava. Referindo-se a esta opção de estudo, Ricardo Jorge comenta no citado prefácio que “O Egas Moniz assenta o grifo de neurologista ao rastrear a individualidade psico-literária de Júlio Diniz. Discípulo do famoso Freud, um dos grandes dominadores do pensar contemporâneo, aplica ao seu protagonista o sistema da psico-análise, que tanto hoje anda na berra”³. Ainda em meados do século XX surge outro comentário crítico sobre esta matéria, mas agora pela análise do médico Luiz de Pina. Para ele, a chamar a psicanálise à colação na obra do escritor colega, este ramo da ciência deveria ser entendido não a partir da obra para uma correspondente leitura autoral, mas antes a partir da obra para uma projecção de novos possíveis olhares da medicina sobre a espécie humana em meados de Oitocentos. Assim, enquanto factor de denotação sobre a possibilidade, ainda que vanguardista, de conhecer novas dinâmicas no estudo e na prática clínicas na época, Luiz de Pina acrescenta que “Ele [Júlio Dinis] antevia a importância da nova escola médico-psicológica, dessa que, duma banda, mer-

² Noutro texto também do médico Egas Moniz, então professor na Faculdade de Medicina de Lisboa, revela-nos a causa do seu interesse por este levantamento: “A obra de Júlio Dinis seduziu-me pela beleza estrutural dos seus romances e ainda pela localização de algumas das suas novelas à minha região, motivo que me levou a escrever a biografia de quem tão intensamente compreendeu, viveu e sentiu o ambiente em que me criei.” [MONIZ, Egas, *Ao lado da medicina*. Lisboa: Bertrand, 1940, página de abertura.]. De facto, a retirada de Júlio Dinis para Ovar proporcionou-lhe escrever nesta localidade *As Pupilas do Senhor Reitor* e, segundo alguns estudiosos, incluindo o próprio Egas Moniz, o romance *A Morgadinha dos Canaviais* foi ainda esboçado na mesma terra do litoral noroeste. O conto *O Canto da Sereia* refere ainda os espaços narrativos do Furadouro, Esmoriz e Espinho e, embora todos estes locais sejam de grande proximidade a Ovar, é no primeiro onde praticamente toda a ficção tem os seus desenvolvimentos. Inserida na mesma região está Avanca, terra onde o Prof. Egas Moniz viveu, e onde hoje podemos visitar a sua Casa-Museu, que dispõe de um excelente espólio cultural.

³ *Júlio Dinis e a sua obra*, p. XV-XVI. Todavia, ainda na p. xvi, Ricardo Jorge expressa o seu olhar enviesado sobre o tipo de análise, confessando que: “Talvez por pequice da minha ignorância, estou um pouco de pé atrás sobre o freudismo. Não me quadram as suas generalizações temerárias a transcender os rigores da órbita científica, e muito menos a radicação sexualista das qualidades sentimentais e éticas.”

gulha frança pujante na fonte da Psiquiatria e, de outra, a faz aurir seiva novíssima na tina fresca da Psico-medicina, da Psicanálise, da delicadíssima inspecção do subconsciente! Tôda a gente sabe, na classe, a importância que se dá, por aí fora, à Psicologia na arte e na prática médicas.”⁴. Todavia, ou por questões de moda, ou por razões de vária ordem, inclusive científica, de facto, a partir de então não se conheceram outros estudos deste teor acerca da obra romanesca de Júlio Dinis.

No entendimento do processo de evolução literária de Júlio Dinis é um lugar-comum a referência a dois dados de carácter biográfico, que aqui exemplificamos citando Isabel Pires de Lima: “São eles, por um lado, a sua origem familiar burguesa e de ascendência inglesa, por outro, a sua formação científica positivista.”⁵. De facto, reconhecemos que estes elementos contribuem, indiscutivelmente, para a organização do fio condutor da sua energia criativa. Contudo, há outro dado de primordial importância que nunca deverá, nem poderá, ser desprezado – a malograda falta de saúde que o acompanhou desde os dezassete anos. Se analisarmos que a produção literária dinisiana ocorre, fundamentalmente, na década de sessenta, então rápido se verifica que este espaço cronológico corresponde àquele em que o autor, impedido pela doença de trabalhar, é empurrado para uma vida de errância em busca de melhores ares que combatessem a tuberculose. Isolado no mundo rural, num espaço de oferta que se opunha ao que a cidade do Porto, sua terra natal, lhe tinha até então oferecido, Júlio Dinis descobre nesse mundo campestre as delícias poéticas da natureza e, observando particularmente a essência humana, transcreve-a para as páginas com peculiar perspicácia, demonstradora ainda da sua sensibilidade artística. Não fora o espectro da doença e talvez, quem sabe?!, a obra literária deixada por Júlio Dinis não tivesse sido romanesca, mas antes médico-científica. Haverá toda a legitimidade em se conjecturar que, se o autor tivesse usufruído de um percurso de vida de acordo com as expectativas usuais de uma existência, talvez tivesse ganho a literatura de teor médico e perdido a literatura de carácter ficcional. Numa homenagem prestada ao escritor no início do segundo quartel do século passado, por altura da celebração do I Centenário da Régia Escola de Cirurgia do Porto, o então director da Faculdade, o médico e professor Alberto de Aguiar, referiu-se nestes termos a Júlio Dinis: “Embora sem grandes triunfos médicos, êle foi, pelo estudo e observação rigorosa dos seus personagens, pela realidade e encantadora seqüência dos seus romances, pela bondade e moralidade que deles se desprendem, pelo cuida-

⁴ PINA, Luiz de. *Júlio Diniz, inspector de almas*. Porto: Imprensa Moderna, 1940, p. 6.

⁵ LIMA, Isabel Pires de. Júlio Dinis: o «romance rosa» moderno. In: *Júlio Dinis, catálogo da exposição, introdução*. Porto: Biblioteca Pública Municipal do Porto, 1989, p. 11.

do e esmêro das suas descrições, o verdadeiro cientista do romance, aquele que mais nos comove e tem a suprema arte de fazer vibrar os sentimentos mais afectivos e mais nobres da alma portuguesa.”⁶. Por outro lado ainda, acerca das marcas de exacerbada sensibilidade que a sua obra ficcional revelou, talvez se possa melhor entende-las se acrescentarmos um dado clínico aos traços de carácter do autor. Ainda segundo Luiz de Pina, “dentre tôdas as doenças tóxicas, nenhuma, de facto, se caracteriza, no âmbito mais elevado do sistema nervoso, por um psiquismo tão sentimental. O tuberculoso tem acessos de uma melancolia *sui generis*, (...)”⁷ – apreciação que, pelo menos em meados do século XX, assim era entendida sobre os portadores daquela doença.

Mas, se a observação e estudo da psicologia das personagens dinisianas denunciam a preocupação primeira do seu fazer narrativo, haverá outro dado, este ainda de âmbito biográfico, cujo contributo é essencial para a compreensão deste quadro. Vejamo-lo. Júlio Dinis, o pseudónimo no mundo das letras do cidadão e do médico Joaquim Guilherme Gomes Coelho, nasceu a 14 de novembro de 1839 numa família da burguesia portuense. Após ter frequentado com particular êxito a Academia Politécnica do Porto, no ano lectivo 1856/57, matriculou-se na Escola Médico-Cirúrgica do Porto onde concluiu o curso de medicina em 1861 com a defesa da dissertação *Da Importância dos Estudos Meteorológicos para a Medicina, e especialmente das suas aplicações ao ramo operatório*. Foi lente demonstrador da Secção Médica e lente substituto⁸, secretário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto e director do Observatório Meteorológico da Escola Médica. Filho de pai português, José Joaquim Gomes Coelho, este natural de Ovar e médico-cirurgião no Hospital de S. Francisco no Porto, e de mãe igualmente portuguesa mas de ascendência britânica, Ana Constança Potter Pereira Lopes, teve como bisavós maternos o inglês Thomas Potter e a irlandesa Mary Potter. E terá sido então, sem margem para a dúvida, esta mistura de consanguinidades que se veio a revelar de capital importância na atitude ficcional de Júlio Dinis. E dizemo-lo não apenas pela herança educativa materna enraizada

⁶ AGUIAR, Alberto de. Discurso de abertura. In: *Júlio Dinis: homenagem da Faculdade de Medicina do Pôrto*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1927, p. 29-30.

⁷ *Júlio Diniz, inspector de almas*, p. 8.

⁸ No Relatório Anual de 1871 da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, logo após a morte de Júlio Dinis, o Conselho da Escola referia-se assim à memória do médico: “Enquanto a sua saúde lh’o permitiu, foi Joaquim Guilherme Gomes Coelho um professor zeloso, revelando sempre recursos não vulgares. Pelos seus escriptos grangeou um dos primeiros logares entre os cultores das letras pátrias; como cidadão, foi um complexo de virtudes, entre as quais realçava uma modestia natural, que lhe asseguravam a estima e o respeito de todos os que privavam com ele”, *Vide*: RICON-FERRAZ, Amélia. *Uma recordação de Júlio Dinis*. In: *Arquivos de Medicina*, v. 18, n. 5-6, set.-out. / nov.-dez., 2004, p. 227.

na cultural britânica, – de resto, a mãe também o deixou órfão com cinco anos, tendo assim tido pouco tempo para lhe transmitir os *modus vivendi* britânico –, mas fundamentalmente pelo contacto que, desde criança, tomou com a língua inglesa e com bibliotecas estrangeiras a que facilmente acederia. As suas origens tornaram-se propulsoras e facilitadoras de convivências e leituras com uma vasta colónia de residentes estrangeiros, e nomeadamente a inglesa, que no séc. XIX se dedicava ao comércio na cidade do Porto, com particular incidência ao dos vinhos generosos. Ora, assim sendo, a aproximação do autor à cultura inglesa e irlandesa, quer pelo convívio quotidiano nesses círculos de amizades, quer pelo acesso facilitado a bibliotecas que lhes pertenceriam, foi um alvo atingido com naturalidade desde o berço. Nesta convergência de múltiplas disposições ideológicas se compreenderá ainda o ecletismo do gosto literário de Júlio Dinis. Não apenas deixou registo de que o seu conhecimento da literatura portuguesa era excelente, como também o era acerca das literaturas de proveniência estrangeira, – francesa, inglesa, e outras, – mas, e sobretudo, da que se fazia na Irlanda e em Inglaterra. Compreender-se-á também que na aposta romanesca de Júlio Dinis a sua formação científica positivista lhe terá estimulado o gosto pela observação da realidade presentificada, de resto, disposição que recolheu ainda amplamente da leitura de obras de autores ingleses. No âmago dos seus textos, encontramos amiúde com referências a autores dos séculos XVIII e XIX tais como os ingleses Henry Fielding, Jane Austen e Charles Dickens, ou ainda Laurence Stern ou Oliver Goldsmith, estes agora de origem irlandesa, mas sabidamente integrados na tradição literária inglesa. O estudo comparatista das suas ficções com algumas obras daqueles autores ingleses não desmente a herança cultural e a empatia literária com o universo inglês⁹. Na época, apostados na análise psicológica das personagens, a observação que estes autores ingleses fazem do mundo real, afasta-se consideravelmente das tendências românticas. Estas, ora de interesse centrado em descrições alargadas sobre a natureza, ora nos espaços que envolvem as personagens, ora em peripécias que emergem do vigor imaginativo do criador da obra, tendencialmente fantasiam os comportamentos humanos, focalizando as questões de trato passional, ou criam outros registos, agora de pendor materialista. Nos textos de Júlio Dinis, bem como nos dos referidos autores ingleses, antes impera o propósito de presentificar o real presenciado, mas derramando sobretudo nas páginas a realidade observada pela focalização nos sentimentos humanos, afasta-

⁹ Neste momento, a autora deste texto tem em preparação uma Tese de Doutoramento a ser apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Portugal, sob orientação da Prof.ª Doutora Maria de Fátima Aires Pereira Marinho Saraiva e co-orientação do Prof. Doutor Gualter Mendes Queiroz Cunha, a qual irá oferecer, no âmbito comparatista, uma perspectiva analítica e crítica detalhadas sobre as obras ficcionais de Júlio Dinis com a literatura inglesa.

dos dos excessos a que os escritores românticos consagravam a sua imaginação.¹⁰ A partir da verdade que se pretendeu trazer à ficção, os textos vão, como regra geral e com bastante insistência, pôr a descoberto preconceitos e orgulhos estabelecidos por dois pilares sociais – a aristocracia decadente e burguesia em ascensão, dedicando ainda particular atenção às relações de ambos com o povo. E a partir da tensão narrativa que os enredos organizam, nos epílogos romanescos o leitor vai geralmente assistir ao inevitável processo de metamorfose, submetido a um propósito de reconciliação e (re)integração de opostos, quer a personagem o realize de si para si, quer do “eu” para o “outro”.

Todo este agregado de factores, conjugados com a peculiar sensibilidade e a perspicácia ao serviço da precisão, permitiram reconhecer-se neste autor uma originalidade do fazer narrativo na literatura portuguesa de meados de Oitocentos que lhe conferiu a adjectivação de “percursor do romance moderno”¹¹. Neste vanguardismo literário alberga-se o distanciamento dos processos românticos e a aproximação, *avant-la-lettre*, dos realistas, inclinação que resulta explícita no suporte teórico dum texto que Júlio Dinis escreveu acerca do romance e do seu próprio fazer romanesco – *Ideias que me ocorrem*¹². Contudo, ainda assim, a obra ficcional dinisiana não deixa de serpentear ambas as estéticas, embora com franco pendor para a realista. Mas há, todavia, um facto que é inegável na escrita romanesca de Júlio Dinis: o autor não consegue esconder que era médico de formação. Entre os diálogos, monólogos ou considerações filosóficas tecidas pelo narrador, a presença da medicina e dos médicos é uma constante ao longo de todos os seus textos.

Apelando-se agora a materiais de ordem prática, – porque entendemos que nada de mais recomendável do que a presença dos próprios textos para se justificarem a si mesmos –, recolhidos aleatoriamente, observemos um de entre múltiplos e possíveis exemplos em que médicos e medicina estão presentes no fazer narrativo de Júlio Dinis. Em *As Pupilas do Senhor Reitor*, José das Dornas, conversando com o Reitor sobre o futuro de Daniel, o pároco aconselha-o a enviar o jovem para o Porto a fim de estudar Medicina, – Põe-mo a cirurgião.¹³ Este aconselhamento surge na esteira da resolução de alguns aparentes ou possíveis

¹⁰ “De um momento para o outro, naquela velha cidade do Porto, onde os poetas desdenhavam a trivialidade do viver burguês um jovem lírico de menos de vinte anos punha-se a contar uma história [*Uma Família Inglesa*] em que os heróis eram pessoas de trato comum e (...). Nada de raptos nem de paixões desvairadas, nada de conventos nem de rivalidades de casta.”, *Vide*: SIMÕES, João Gaspar. *Júlio Dinis*. Lisboa: Editora Arcádia, 1962, p. 115, v. 12. (Coleção A Obra e o Homem)

¹¹ *Vide*: *Júlio Dinis: o «romance rosa» moderno*.

¹² *Vide*: DINIS, Júlio. *Ideias que me ocorrem*. In: *Inéditos e esparsos*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 7-24, v. 7.

¹³ DINIS, Júlio. *As pupilas do senhor reitor*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 39, v. 1.

problemas que envolviam o jovem, pois o Reitor narrava a José das Dornas sobre o terno encontro a que tinha assistido entre Daniel e Margarida, apontando-lhe os riscos em que tão cedo o filho começava a incorrer. Estupefacto, José das Dornas vai para casa a meditar na inesperada notícia, e o narrador acrescenta ao quadro de perplexidades do pai de Daniel uma imagem sustentada pelo nexos de manifestações do corpo físico e psicológico:

Há notícias de uma digestão demorada e laboriosa, como a de certos alimentos.

Enquanto ela dura, o espírito não se acha à vontade e como que se agita sob a influência de uma incómoda sensação; mas, pouco a pouco, opera-se um íntimo trabalho assimilador, acalma-se a espécie de febre digestiva, que acompanhara aquela elaboração mental, e tudo entra na ordem. A notícia, que nos impressionara, perde enfim quanto se nos havia figurado ter de estranho; sentimo-nos mais livres, e em mais felizes disposições para encararmos os factos.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 39)

Como se verifica, partindo de problematizações do quadro psicológico, Júlio Dinis estabelece-lhes uma interessante ligação a transportes de paridade com patologias clínicas, agora do trato físico, percebendo-se, claramente, que o pensamento que a ditou só poderia estar devidamente esclarecido em matéria de ciência médica.

Outro interessante momento ficcional neste âmbito, ainda que de imediato se ofereça de leitura significativamente pueril, passa-se ainda em *As Pupilas do Senhor Reitor*, quando Daniel, agora já no exercício da actividade médica na aldeia, introduz novas práticas curativas aos seus doentes, em tudo estranhas às até então aplicadas pelo velho João Semana. A menina Francisca, filha do tendeiro João da Esquina, tendo sido consultada pelo novo clínico, e este tendo-se apercebido que a doença não ia além de um elevado factor de baixa auto-estima que a jovem nutria sobre si mesma, num delicado e bem-intencionado esforço de a recuperar sem que tivesse que recorrer a fórmulas curativas medicamentosas, faz-lhe uns versos de apologia à tez trigueira que tanto incomodava a jovem Francisca. Deixamos a seguir um registo muito parcial:

Trigueira! Que tem? Mas feia
Com essa cor te imaginas?
Feia! Tu, que assim fascinas
Com um só olhar dos teus!

Que ciúmes tens da alvura
Desses semblantes de neve!
Ai, pobre cabeça leve!
Que te não castigue Deus.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 179)

Após o pai da jovem Francisca ter descoberto estes versos endereçados à filha, logo os entende como uma explícita declaração de amor que Francisca recebe de Daniel e, impulsionado pelo interesse de a ver bem casada, chama de imediato à sua presença o pai do médico, o nosso já conhecido José das Dornas. Após lhe dar relato da ocorrência, o pai de Francisca procura de pronto firmar o casamento, facto que não passará do esboço sonhado pelos progenitores da jovem. Das entrelinhas deste poético episódio, parece-nos francamente ser sobre o favorecimento de gestos de benefício prestado aos doentes, atitudes que estão livres de qualquer tipo de interesse colateral e que não seja apenas o de abreviar a cura dos males, que o autor nos pretende fazer reflectir. Tal como o texto nos apresenta, a distorção interpretativa acerca das razões que motivaram a benévola atitude do clínico Daniel resultará, comumente, de forma incómoda para o seu emissor. Não obstante a reflexão que se faz acerca dos inconvenientes advindos, porém ainda, este episódio narrativo vai submeter à exegese que Júlio Dinis seria um médico que almejava alguma mudança de paradigma no exercício da sua profissão. Mas sobre essa vontade de alteração espreira, ainda no texto, outra condicionante: a mudança não deveria apenas colocar-se ao nível da acção dos médicos, – na qual, para Júlio Dinis, obrigatoriamente não se deveria desprezar o entendimento da problemática sentimental no acto de auscultação do paciente –, mas também da parte deste se exigia uma recepção adequada, pois o doente jamais poderia levar o seu entendimento sobre a atenção que o médico lhe dedicasse além dos limites estabelecidos pelo interesse de recuperação da sua saúde. Percebe-se assim, em todas estas ficções, que está patenteada uma robusta aliança entre a doença física e a doença psicológica, e com particular expressão para as desordens que derivam das emoções dos afectos. Revelador do máximo respeito pelo cumprimento do saber científico, Júlio Dinis vem primordialmente valorizar a profilaxia aplicada ao homem, ou à sociedade, mas após terem sido tomados em conta os exames de trato emocional, buscando depois nas manifestações físicas o que daqueles nelas se esconde, porque pertença do sensível.

O cenário romanesco estabelecido pela última citação permite ainda verificar-se que aquele passo narrativo nos leva ao encontro de duas grandes questões, além da óbvia maquinação sobre interesses de ordem familiar. Quanto à primeira, será a da resistência que a sociedade geralmente faz a investimentos inovadores e cuja eficácia, ainda que só tardiamente seja compreendida, sobrevi-

ve sempre com dificuldade sem lamentos dos velhos processos já instalados. Quanto à segunda, ressalta o facto de que as atitudes bem intencionadas da inexperiência acarretam, como regra geral, algum desconforto. Esta questão está expressamente retratada por Júlio Dinis em *Uma Família Inglesa*, agora partindo de confrontos entre duas personagens, quando o velho empregado de escritório Manuel Quintino impunha o seu saber ao jovem Carlos, assim que este pretendia aplicar à actividade administrativa novos modelos de actuação. O autor deixa-nos naquele texto um explícito registo sobre o tipo de tensões dicotómicas que resultam do conflito entre o novo e o velho, entre a teoria e a prática, explanado-as da seguinte forma:

Durante ela [a prelecção de Manuel Quintino], manteve-se sempre em conflito o espírito prático, o respeito às velhas fórmulas, a experiência intransigente do mestre, com o arrojo inovador, as tendências simplificadoras e a aversão a inúteis complicações do discípulo.

Mais uma vez se verificou a eterna luta entre a teoria e a prática; uma, com seus instintos de jovem, com seus hábitos de actividade, com seus amores pelo futuro e pelo progresso; outra, com a frieza da idade madura, com uma índole essencialmente prosaica e conservadora; fiel ao passado, que foi seu mestre, desconfiada do futuro, que não conhece, severa para com as ideias novas, cujos humores travessos a impacientam. Uma, brincando e esperando no dia de amanhã, como criança; outra ralhando e suspirando pelo dia de ontem, como avó; uma, apaixonada do ideal e reparadora de *tuertos*, como D. Quixote; outra, odiando utopias, e contente com a ordem estabelecida de coisas, como Sancho. Em todos os campos da ciência humana se encontram, frente a frente, estas duas filas de contendores. Enquanto o método novo baseia raciocínios e assenta diagnósticos sobre recentes descobertas fisiológicas, o prático velho encolhe os ombros, sorri, formula ou opera; enquanto o jovem letrado desenvolve teorias de ciência social, vistas transcendentales de filosofia de direito, o jurista, encanecido no foro, examina os artigos do código, esmiúça a letra da lei, aconselha as partes e despacha os autos.

(*Uma Família Inglesa*, 294)

Acreditamos que a extensão desta e de outras citações neste texto se justifica pela clarividência que vem introduzir acerca do autor, e ainda das nossas opções críticas e analíticas. Assim, naquele discurso, embora o mesmo se inicie motivado por questões de ordem mercantil, a problemática ali enredada aplicar-se-ia ao leque das actividades em geral, inclusive às advindas da experiência do autor enquanto clínico, facto que, aliás, a parte final do texto citado refere sem

rodeios. É evidente que estamos perante um escritor jovem, – refira-se que Júlio Dinis morreu com trinta e dois anos incompletos –, facto que contribuiu para que mais consistentemente fosse levado a sentir de perto este tipo de pressões nas práticas da sua actividade, quer a clínica, quer ainda a professoral.

Outras questões são, entretanto, levantadas pelo escritor relativamente à esfera profissional a que pertencia. Ainda que muitas vezes pela linguagem narrativa do vulgo, Júlio Dinis vai ironicamente dissertando sobre preconceitos e preconceitos inerentes à acção médica, como o exemplo seguinte o demonstra:

— Pobre João Semana! — dizia Clara em um dos seus momentos de malícia. — Quem mais o chamará agora, depois de haver na terra médico novo?

— Está enganada — respondeu Daniel; — quando mais ninguém o chamasse, teria por si a melhor de todas as freguesias, a das raparigas,

— Agora! E então porque o haviam de querer?

— Porque os médicos novos têm o mau costume de desejarem saber das doenças do coração, e dessas não se querem elas tratar.

— Não sei porque não; pois não são tão perigosas? Eu sempre ouvi dizer que se morria disso.

(...)

— Ora, responde: se o médico tomasse a receita a sério, e quisesse dar vida à sua doente?

— Isso mais devagar.

— Aí tem; é por esse motivo que não é bom consultar os médicos novos. O João Semana é que não é capaz dessas tentações, julgo eu... E que as tivesse...

(As Pupilas do Senhor Reitor, 122)

Além da notada resistência que sabidamente os doentes estabelecem em consultar um médico que é novo no exercício da profissão, puxado agora o filão à literatura, também nesta tensão entre o velho e o novo se poderá ler, nas entrelinhas do texto, um discurso sub-reptício dirigido à actividade romanesca que, inflexível, muitas vezes tentava resistir a novas atitudes do fazer narrativo. Em Portugal, em meados de Oitocentos, as transformações observavam-se em vários quadrantes. O período da Regeneração, após as lutas liberais, proporcionou uma mudança de atitudes políticas, económicas e sociais, facto que abriu novas portas ao pensamento intelectual, agora permitido a liberdades que a escrita facilitava. Estávamos já em pleno momento do segundo Romantismo português e os rigores estéticos dos autores Almeida Garrett e Alexandre Herculano cediam espaço a uma literatura menos marcada pelos códigos estéticos até então abraçados.

Problematizando paixões violentas e cenas escabeladas com arrebatamentos profundos, o escritor Camilo Castelo Branco surge entretanto, mantendo assim uma atitude romanesca marcadamente sujeita às doutrinações românticas. Sucede-lhe Júlio Dinis, pese embora a sua actividade literária ocorrer ainda em concomitância com a de Camilo. Mas é com Júlio Dinis que o quadro romanesco português de meados do século XIX inicia uma viragem na atitude narrativa, conforme já referido. Com efeito, este autor revelou uma mundivisão estética que promoveu uma clara mudança na cena das letras portuguesas: esboçavam-se já, com bastante nitidez, os contornos do Realismo, estética que entretanto viria a conhecer o paroxismo até finais do século com o escritor Eça de Queirós. Na resistência à mudança que se assinala naquela citação, cremos estar também implícito o propósito crítico sobre outro tipo de resistência – a da aceitação de novas fórmulas literárias às quais o gosto não estava habituado, e pese embora os textos de Júlio Dinis terem recebido um extraordinário acolhimento junto do público leitor.

São inúmeras as personagens médicas criadas por Júlio Dinis. Em *As Pupilas do Senhor Reitor*, Daniel era médico e era-o ainda o popular João Semana. Em *Uma Família Inglesa*, achamo-nos com o doutor F.¹⁴ que vai visitar Manuel Quintino. Em *A Morgadinha dos Canaviais*, não havendo exactamente uma personagem de profissão médica, partindo-se do estado de debilidade de saúde física e mental de Henrique de Souselas, os médicos e as suas teorias enchem profusamente as páginas. Em *As Apreensões de uma Mãe*, encontramos a personagem-médico Dr. Madrugada, também Tomás se licenciou na Faculdade de Medicina de Paris e, revestindo-se de enorme ambiguidade exegetica, temos ainda o narrador a quem D. Margarida trata por Sr. D...¹⁵. Acerca desta abreviatura, o leitor poderá convocar ao seu exercício interpretativo a possibilidade de ela ser atribuída a Doutor, ou, e porque não?, mesmo a Dinis, – e neste caso teríamos uma explícita inclusão do autor no texto. Na ficção *Os Romanços da Tia Filomela*, os médicos são frequentemente chamados ao seio da trama a propósito da análise do comportamento da personagem que dá o título ao conto. Finalmente, em *Uma Flor de entre o Gelo*, a personagem principal é um médico, o já avançado na idade doutor Jacob Granada que se vem a apaixonar por uma jovem, e para quem Júlio Dinis constrói um percurso levado até à loucura. E quanto a este último texto, será objecto da nossa análise em vários momentos, com algum pormenor, pelo interesse que lhe reconhecemos no enquadramento da temática aqui tratada.

¹⁴ DINIS, Júlio. *Uma família inglesa*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 280, v. 2.

¹⁵ DINIS, Júlio. *As apreensões de uma mãe*. In: *Serões da província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 49, v. 4.

Em fase terminal, quando já imerso num processo próximo ao da demência, o médico Jacob Granada é observado por outro médico e este elabora uma carta-relatório sobre a consulta que fizera ao doente – da qual destacamos uns breves excertos:

A mania predominante do enfermo é a descoberta da pedra filosofal. A elaboração de um elixir de longa vida preocupa-lhe o espírito e conserva-o em um contínuo e fatigador trabalho mental. Ouvimo-lo falar de Paracelso, em Cagliostro, em Basílio Valentim e Arnaud de Villeneuve e não sei quantos mais nomes de ilustres alquimistas.

Com a primeira pessoa que se lhe aproxime, pratica sobre os arcanos daquela seita afamada, exaltando-lhe a ideia, e expondo-lhe as teorias, com um fogo e vivacidade, que no meio das aberrações de um espírito perturbado, revelam ainda verdadeiros clarões de uma grande inteligência.

[...]

É aos velhos que com especialidade se dirige.

Promete-lhes juventude, alegria, consideração e amores.

A extravagância destas promessas, o ardor das suas palavras então, moveriam a riso se a alma não se sentisse comovida perante as desordens daquela inteligência, onde parece descobrir-se os vestígios de uma poderosa e malograda paixão.

[...]

Eu, habituado como estou a estes espectáculos, confesso que o não posso olhar sem estremecer e conservo disso por muito tempo uma impressão penosa.

(*Uma Flor de Entre o Gelo*, pp.232-3)

Através deste registo o leitor vai-se encontrar com outra personagem-médico, em ausência no texto, mas sobre quem fica a conhecer a opinião acerca do doente que visitou. E quando o clínico refere “habituado como estou a estes espectáculos”, o leitor entrelaça no seu imaginário de leitura uma organização próxima da do quadro de tragicidade. Esta vertente existencial que Jacob Granada exhibe junto do leitor, vai obrigar a que este, involuntariamente, o enquadre no espaço configurado pela comédia humana. Buscado o motivo a partir de uma relação dicotómica de causa e efeito, o estado de loucura em que a personagem imergiu levou o clínico que o observou a concluir que “Em tudo isto reconheço os efeitos de alguma paixão íntima de que este desgraçado foi vítima.”¹⁶ – condição existencial que, segundo o

¹⁶ DINIS, Júlio. *O canto da sereia*. In: *Serões da província*. Obras Completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 233-4, v. 4.

narrador, “é antes para comover do que para rir o espectáculo de um velho apaixonado”¹⁷. Repensada a tragicidade, o infortúnio ergue-se mais alto no panorama exegético do leitor pelo facto de este estado de inesperada loucura ter ocorrido num médico conceituado, experiente, afinal de quem se esperaria um autocontrolo capaz de se saber distanciar e defender de situações limite. Neste lance narrativo, Júlio Dinis vai abanar as consciências em geral chamando-as à razão quando relembra que o ser humano está num axiomático pé de equidade ontológica, independentemente da estratificação social, profissional, intelectual ou outra, fazendo ainda reflectir sobre a possibilidade de a espécie estar irremediavelmente entregue aos percursos do destino, ainda que procurando contrariá-lo. Aliás, estes textos deixam-nos perceber uma determinada aceitação da vida regida pelos ditames providenciais, consideração determinista que o autor-médico parece não escamotear no âmago das suas narrativas, conforme se poderá brevemente notar ao ler que:

Era bem triste, depois de sonhos assim, acordar na amarga realidade do presente desencantado, mas era inevitável. O destino decidira outra sorte.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 74),

ou, acerca do professor do ensino primário, quando refere que:

[os] pobres diabos, que, por noventa mil-réis anuais, se deixaram ligar à atafona do ensino primário da aldeia; porém devem ser, além das misérias de tão mesquinha sorte, causas de grandes torturas morais para alguma alma de instintos e aspirações mais elevadas, que o destino amarrasse, como por escárnio, a este poste de expiação.

(*A Morgadinha dos Canaviais*, 120),

ou ainda, agora na voz narrativa da personagem D. Luís, o responsável pela representação da aristocracia arruinada nas ficções dinisianas quando desabafa que:

- A minha vida é de sacrifícios; é destino. Devo estar preparado para aceitá-los com resignação.

(*A Morgadinha dos Canaviais*, 464)

Não obstante algumas peripécias narrativas de efeito mais angustiante, o leitor encontra-se, entretanto, com outros momentos em que uma significativa

¹⁷ *Idem, ibidem*, p. 234.

hilaridade introduz um profundo contraste no cenário de leitura. Assim, Júlio Dinis também reserva para o seu leitor momentos de boa disposição com focalização nas questões pertencentes à medicina. Em *Uma Família Inglesa*, quando Carlos se apresenta em estado de melancolia no convívio com um grupo de amigos, logo se torna objecto da atenção de um desses amigos, um estudante de medicina, o qual, simulando querer ajudá-lo, após lhe tomar o pulso diagnostica-lhe os sintomas que enuncia da seguinte forma:

A alma padece de mui variadas formas. Temos os pruridos da dúvida, doença crónica nos filósofos que procuram a certeza; hipertrofias de crenças, mal frequente aos vinte anos; aneurismas de aspirações, muito vulgares em bacharéis formados; icterícias de desespero, nos chefes de família numerosa; luxações de senso comum, nos poetas; paralisias de ociosidade, nos empregados públicos; dispempsias de indignação, nos contribuintes; *noli me tangere* de susceptibilidades, nos deputados flutuantes; convulsões de entusiasmo, em afilhados de ministros; marasmos de desalento, em pretendentes sem protecção; cancro de exigências, em diplomatas indispensáveis; epilepsias de ciúmes, nos maridos; e as cataratas do amor, em...

(*Uma Família Inglesa*, 356)

Este jocoso cardápio de doenças, atribuídas segundo a circunstância e condição social do possível enfermo, deriva no texto da desconfiança dos colegas sobre o abatimento de Carlos. Suportado ainda pela mesma auscultação de carácter impressionista, o estudante de medicina continua neste tom:

Os sintomas são variados. Em geral, o doente tem fisionomia de parvo característica; no intervalo dos acessos cai em uma espécie de beatífica idiotia; da qual nem os cáusticos o arrancam. Nos paroxismos chega a arrepelar cabelos, a amarrotar os colarinhos, a soltar gritos, que bolem com a vaidade dos tigres, e arrulhar de maneira que causa o desespero dos pombos. Nos casos mais fortes, a doença toma um carácter de malignidade e o doente faz-se poeta. Neste estado o médico perde as esperanças e reclama os sacramentos... do matriomónio.

(*Uma Família Inglesa*, 357)

Esta divertida catalogação de estados de alma, ironicamente mesclados por adjectivações de semântica médica, provocando embora o riso no leitor vem de novo chamar as consciências à razão para o facto de que nem todos os sintomas apresentados pelo doente apenas requerem tratamento físico. Tal como aconteceu

com Carlos, e através das mais diversas formas de exteriorização, quando os sentimentos se querem retrain dos olhares alheios chegarão a provocar no corpo uma instabilidade que, imediatamente, parece não se deixar explicar. Encontraremos alguma legitimidade factual nestas questões, também porque foram extraídas do labor ficcional de um médico, e se as admitirmos ainda enquanto a vontade do autor chamar a atenção para a feitura e respectiva consequência dos primeiros diagnósticos, nos quais a imediata aparência dos sintomas em pouco ou nada poderá ter a ver com a doença propriamente dita. Esta conjectura ganhará em valia se mais for considerada que brotou da constatação de que o escritor ia recolhendo nos circuitos clínicos em que se movimentava, promovendo desta forma um alerta a médicos e doentes em geral, mas muito particularmente aos seus colegas que, na alta justeza do rigor científico, mais fielmente cumpriam as normas dos seus saberes livrescos sem tomarem em conta outros possíveis atalhos. Por outro lado, para além do conselho que se presente, não deixarão de, concomitantemente, se adivinharem algumas noções críticas à escassa probabilidade de os clínicos fazerem leituras dos sintomas dos seus pacientes a partir de origens sentimentais. É um facto que, ao ler e analisar as ficções dinisianas, não poderemos perder de vista o tipo de atitude que os meados do século XIX tinha perante a ciência a qual, no seu ardor empirista, tudo entendia e explicava segundo a lógica positivista. Talvez Júlio Dinis pudesse entender que aquela dualidade de análise estaria muito raramente disponibilizada nos consultórios médicos, e com toda a probabilidade de apenas ocorrerem em sensibilidades mais perscrutadoras. Assim, e porquanto o teor da última citação se expõe segundo uma forma que não esconde o conteúdo, rápido se conclui que poderá cumprir no texto uma função metonímica sobre outras questões de consultório mais elaboradas.

Agora sobre o tipo de pseudoconsultas de carácter accidental a que qualquer médico estará sujeito, quando, após ter distribuído um pouco da sua confiança, o núcleo social em que se encontra se apercebe da sua condição profissional, são também parodiadas por Júlio Dinis. Assim aconteceu a Daniel, quando o jovem médico regressa do Porto à sua aldeia após cursar Medicina. As perguntas tinham o seguinte teor:

Um perguntava a Daniel se a grama era mais fresca do que a cevada; outro qual a razão porque os pimentos de conserva nunca lhe faziam mal, enquanto a salada de alface lhe causava uma irritação de estômago infalível; vinha outro que desejava saber se seria melhor purgar-se no quarto crescente, se no minguante da Lua; queixava-se-lhe um de uns arrepios que sentia ao deitar-se na cama, e principalmente no Inverno; outro do muito que suava no Verão; um velho criado da casa, viúvo inconsolável, fez-lhe a história circunstanciada

da doença de que morrera a mulher, havia dez anos, pedindo a Daniel que a diagnosticasse e lhe expusesse o tratamento que a devia ter salvo; em contraste com esta medicina retrospectiva, vinha uma rapariga perguntar, muito ingenuamente, se lhe poderia fazer mal o ir a uma romaria daí a oito dias; José das Dornas também quis saber se o caldo de abóbora era melhor para a saúde do que o de nabos. Uma velha interrogou Daniel sobre a doença das galinhas, e o próprio Pedro, tentado por este exemplo, fez algumas perguntas sobre o dos perdigueiros.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 109)

Júlio Dinis não despreza, como se pode verificar, e quiçá se por experiência própria, este tipo de abordagens imediatas que qualquer médico, ou estudante de medicina geralmente em tempo de férias, possam sempre receber. E vai mais longe servindo-se da voz narrativa: entende mesmo que estas provas se tornam francamente mais decisivas para a futura carreira profissional do inquerido do que “quantos diplomas lhe possa dispensar a douta corporação, da qual recebe os títulos profissionais”¹⁸. Será, entretanto, de todo necessário atender-se à cor epocal que define cada período, também o da história das profissões, porquanto o médico de aldeia de há cento e cinquenta anos usufruiria ao longo da sua caminhada profissional da reputação que a sua competência e simpatia desde cedo lhe tivessem arrecadado. Por outro lado, na vulgaridade e mesmo despropósito que se constata neste amontoado de sintomas e queixumes, adivinhar-se-á intercalo narrativas outro conselho velado à classe médica, agora para que mantenha o necessário respeito e calma perante algumas propostas de medicina popular com que se possa vir a enfrentar. Foi assim que actuou a personagem Daniel perante tamanha feira de questões que chegaram a roçar a imbecilidade. Ficamos, entretanto, a saber que o jovem médico, para quem no final da peripécia o narrador pede um “*bill* de indemnidade”, procurou:

deslindar-se airosamente delas, com aquele desculpável grau de charlatanismo, mais ou menos correcto e disfarçado, que todas as sociedades do mundo, rústicas e urbanas, são as primeiras a exigir dos médicos. Querem elas que se lhes responda sempre, e com desafogada segurança, às suas interrogações absurdas, preferindo serem iludidas a ficarem sem resposta, a qual muitas vezes, em consciência, medicina alguma do mundo lhes poderia dar.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 109-10)

¹⁸ *As pupilas do senhor reitor*, p.109.

Conforme já foi referido, numa época em que o empirismo de Locke e o positivismo de Comte marcavam profundamente o pensamento intelectual, é curioso observar-se que os textos dinisianos se referem ainda, e até mesmo com alguma insistência, ao francês Laplace. Desta simpatia, talvez lha possamos compreender pela leitura das suas obras, e com toda a probabilidade para *Mécanique Celeste*¹⁹, texto a partir do qual se poderá conceber que Júlio Dinis tenha recebido alguma motivação, e feito até alguns cruzamentos no estudo da dissertação inaugural já acima referida. É ainda um facto admirável notar-se que, e pese embora se reconhecer amplamente que este médico defendia os rigores inerentes ao avanço científico, Júlio Dinis não escondia, porém, a sua simpatia pelas questões ligadas à meteorologia, agora numa leitura de semiótica com os comportamentos humanos. Se admitirmos, tal como admite P. Van Tieghem, que o texto, ainda que ficcional, não deixa de reflectir o pensamento do próprio autor, e que um escritor revela, antes de mais, a sua própria pessoa seguido pelo seu grupo espiritual, social, etc...²⁰, somos tentados a ler o pensamento dinisiano quando se lê na voz narrativa:

Eu creio nas influências planetárias – perdoem-me a fragilidade astrológica os homens da ciência positiva. – Bem sei que passou já de moda esta crença, tão arreigada nos mais severos espíritos de outros tempos; mas, por mim, ainda me não pude resolver a romper com ela de todo.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 229)

Ora, assim sendo, se os filósofos atrás apontados contribuíram para estruturar o pensamento de Júlio Dinis particularizado na precisão dos métodos, não deixaremos de ficar, contudo, perante uma orientação de grande rigor científico mas que se deixa mesclar por fortes disposições de vertente subjectiva. No intuito de auxiliar esta linha de análise, transcreveremos dos textos dinisianos mais alguns exemplos deste teor. Ainda no seguimento da última citação, motivada no romance a partir de uma festa de esfolhada que estava a ser iluminada pelo luar, a presença deste astro, segundo o autor, redobrou o valor da festa. Lê-se assim:

Penso eu que o moral e o físico da humanidade andam sob o império de forças multiplicadíssimas, muitas das quais ainda estão por

¹⁹ Avançamos com este dado pelo facto de facilmente se conhecer o interesse de Júlio Dinis pelas questões inerentes à meteorologia – questão abundantemente referida nas suas ficções, a partir da relação estabelecida com o homem –, e decorrendo ainda do próprio título da sua dissertação inaugural: Da Importância dos Estudos Meteorológicos para a Medicina. Assim, o estudo de Laplace no séc. XIX teria sido, para este tipo de interesses, incontornável.

²⁰ TIEGHEM, Paul Van. *Le romantisme dans la littérature européenne*. Paris: Albin Michel, 1969 (1948), p. 222.

descobrir ou estudar, e não vejo que se possa desde já excluir do rol delas a luz desse planeta pálido, tão querido de amantes e de poetas. Digam-me, por exemplo, se uma esfolhada ao meio-dia pode ter nunca a índole jovial das que se fazem à claridade da Lua? – se nela se concedem beijos e abraços com tão poucos escrúpulos? – se a gente se ri com igual vontade e franqueza? E não me venham explicar isto só pelo efeito da meia obscuridade, que serena as repugnâncias dos tímidos e excita a audácia dos arrojadados; porque nunca vi elevarem-se ao mesmo grau de intensidade essas ruidosas alegrias e folguedos, quando a luz, ainda menos limpa de sombras, duma só lâmpada ilumina o lugar do serão.

Forçosamente tem a Lua parte nisto. Não sei o que há na atmosfera em uma noite assim!

O espírito, mais embotado para as suaves comoções da poesia, parece receber então um raio de lucidez e acreditar vagamente na existência de alguma coisa, acima dos prosaicos interesses da vida positiva; os corações, mais fechados a arroubamentos de amor, sentem-se embrandecer; e de mais de um consta haver infringido, em noites dessas, velhos e porfiados protestos de isenção.

E negam a influência da Lua?! No coração dão-se fluxos e refluxos de sentimento, cuja teoria pode ter alguma coisa de comum com a do fluxo e refluxo dos mares. É uma vaga crença esta, que me leva a supor a Lua favorável ao amor e indispensável à alegria das esfolhadas.

(As Pupilas do Senhor Reitor, 230)

Parece-nos dispensar-se a este excerto qualquer acrescento crítico, dada a clareza das ideias que nele se expõem. E prosseguindo na ilustração, passaremos a outro exemplo, agora não tanto direccionado para as questões relacionadas com o sistema atmosférico mas, em vez disso, reflectindo sobre a influência das partes do dia no pensamento e nos comportamentos humanos. Lê-se assim:

A madrugada, porém, opera milagres. Não há luz como a da manhã para dissipar as visões de uma imaginação preocupada. Como esses vultos sinistros, que os sentidos alucinados das crianças medrosas descobrem em cada canto escuro de um quarto de dormir, as criações do espírito aflito desvanecem-se aos primeiros raios da aurora.

Rimo-nos então das nossas apreensões da véspera, nem compreendemos os nossos terrores. As sombras de uma floresta, que a noite nos representa pavorosas, tomam ao amanhecer um aspecto festivo e mostram-se-nos recamadas de flores; é também a essa hora que uma transformação análoga parece operar-se nas sombras do nosso futuro; temos mais esperança na vida então; aclara-

se-nos a nuvem cerrada, que caminha diante de nós quando ouvimos cantar alvoradas às aves, que o dia desperta.

(*As Pupilas do Senhor Reitor*, 230)

É então com o contributo dos espaços bucólicos que a agudeza de observação dinisiana se expande agora dirigida à própria natureza, afinal num quadro de liberdade reflexiva próxima à rousseauniana, onde o pensamento se eleva e desmultiplica liberto de artificialismos ou entraves de ordem gregária. Passando a outro fragmento de texto ainda nestes contornos, – também agora um pouco extenso, mas que estamos convencidos que uma vez mais se justificará –, desta vez escalando das partes que compõem o dia para as estações do ano exploram-se nelas os sinais de influência e preponderância no exercício do pensamento e nos gestos praticados pelo ser humano, diferentemente codificados segundo a época do ano em que se produzem. E neste caso o leitor vai assistir a uma óbvia apologia do poder criativo da Primavera, cuja capacidade geradora se sobrepõe à oferecida por todas as outras estações do ano. Repare-se como:

[...] só a Primavera tem destes encantos.

Digam o que disserem das outras estações, nenhuma é tão agradável como esta. A natureza é sempre admirável, é sempre artística, é sempre poeta, mas o carácter da sua poesia é variado. No Inverno é sublime e lúgubre como *Manfredo*, o *Corsário*, o *Giaour* e muitos outros poemas; Byron admira-se, surpreende-nos, aterra-nos, faz-se estremecer, e mistura certo terror secreto ao seu entusiasmo; é entre o ritmo das rajadas, as estrofes do mar agitado o que caracteriza os seus hinos. No Estio é imaginosa, apaixonada, esplêndida, lasciva, como um frémito de Musset, como uma oriental, como um episódio de D. João. No Outono transparece nos seus cânticos o que quer que seja de utilitário, são os frutos sazoados pendentes das árvores, e das searas maduras, que chamam o pensamento para os sérios problemas da vida, como este género de poesia filosófica que entre as galas do estilo desenvolve um pensamento moral e humanitário. Mas na Primavera a poesia da natureza é destas composições fugitivas, em que tudo é harmonia e lirismo; abundam as flores, multiplicam-se as imagens, nos lagos e ribeiros onde se reflecte o céu, nos ares onde os vapores se condensam fantasmagoricamente em pequenas nuvens de formas tão variadas, como as concepções de fantasia de poeta; combinam-se surpreendentemente a luz e o orvalho como as lágrimas e os sorrisos em uma balada germânica.

O concerto das selvas compõe-se de gemidos e cantos, harmonizados em misteriosa consonância. A natureza é então como a donzela que só cura de atavios e de enfeites, e se entrega descuida-

da à alegria do viver; reflectem-se-lhe desanuviados os sorrisos nos lábios inquietos, exalam-se-lhe do seio irreprimíveis os suspiros de envolta com os cânticos, pulsa-lhe o coração ansioso como se fosse excesso de vida. Mais tarde, a maternidade tem também sua beleza, mas há alguma coisa de melancólico nas alegrias de então; o futuro, que a donzela fulgurava de esperanças, à mãe anuncia-se-lhe de cuidados; o coração sobressalta-se-lhe de contínuo repartido por tantos afectos. A natureza no Outono tem também o carácter grave da maternidade, mas na Primavera só há a despreocupação da virgem.

(*Justiça de Sua Majestade*, 334-5)

Criado um paralelismo imagético entre os fulgores e decrepitudes da natureza e a correlativa correspondência à vida humana, com este engenho narrativo o médico Júlio Dinis não nega o seu apreço pela observação de sensibilidade poética da trilogia “vida, natureza e arte”. De facto, só os olhares do artista parecem ser capazes de penetrar tão em profundidade na observação do real, ou do irreal, quando é imaginado, seja ele o dos espaços, seja o do tempo, seja o dos acontecimentos de que a vida de todos os seres se compõe. A partir das referências intertextuais que se cruzam naquele excerto, podemos ainda aperceber de alguns interesses de leitura deste escritor, ali pontualmente representados por Musset e Byron, mas amplamente disseminados em todo o tecido textual das suas obras, onde autores e textos recebem as mais variadas menções, inclusive à literatura clássica. E neste contexto desviaremos agora um pouco a nossa atenção, voltando-a para a forma como o autor escreveu sobre o fazer clínico da sua época e o dos tempos memoriais, precisamente a partir de relatos extraídos da literatura clássica. Em *O Ramo das Maias*, – um texto deixado bastante incompleto –, partindo do cotejo entre a literatura clássica e a que era contemporânea ao autor, encontramos uma pitoresca reflexão sobre o que seria considerado moderno, ou não, em termos de abordagem da doença nos textos literários, ou talvez melhor, na forma como a enfermidade era retratada pela literatura:

Em toda a literatura clássica pouco há que ver com a medicina. Se algumas doenças por lá aparecem, encaram-se literariamente, não se lhes desenvolve a patogenia com um rigor científico digno de uma memória académica. Não se vêem ali conferências de médicos, estupendos *récipes*, nem frascos medicinais e tisanas por cima das mesas; as rubricas dos autores dramáticos não obrigam as actrizes a tossirem de vez em quando para forçar o interesse dos espectadores, incomodando-os.

(*Inéditos e Esparsos*, 34)

Em meados do século XIX, assistindo-se a uma mudança do perfil de pensamento dos autores e, concomitantemente, das expectativas dos leitores em relação às suas obras, – ou ainda dos espectadores, no caso do texto dramático – as relações e exigências entre autor e leitor, agora visivelmente mais apostadas no romance psicológico de tendência realista, tinham sofrido o incontornável processo de metamorfose, se comparadas com as relações do início do século. Havia um desvio significativo em relação à forma como as obras clássicas tratavam as questões da medicina e da doença, ainda em relação à forma como eram lidas e acolhidas até inícios do século, confronto que o autor executa tomando por termo de comparação o ideário do momento em que escreve, e sobre o qual a voz narrativa se manifesta ainda em desacordo com o novo figurino da moda literária – considera-a incômoda e de mau-gosto. Porém, o desapontamento do narrador limita-se à interrogação que postula sem qualquer possível resposta, esperando, muito provavelmente, encontrar dela o eco no pensamento crítico do leitor. Vejamos:

Hoje então, um médico tomando o pulso, percutindo e auscultando a protagonista doente, é uma cena de efeito seguro. Digam-se se no teatro clássico viram alguma vez entrar em cena Hipócrates, Galeno, Ambrósio Pareu e outros vultos da extensa galeria médica que havia já então? É que a doença não estava na moda. Hoje não há autor que, a não querer arriscar o interesse inspirado pela sua heroína, se atreva a fazê-la sã e escorreita; pelo menos uma doença nervosa é inevitável. Eu por mim julgo ser isto uma perversão do gosto. Enganar-me-ei?

(Inéditos e Esparsos, 34)

Não admirará a questionação – ainda que possa ser encarada como de efeito puramente retórico –, se for tido em conta que estamos perante um escritor que desde jovem lidou e lutou com a doença no corpo, que assistiu à morte da mãe, ainda à morte precoce de seis irmãos e de vários amigos. A funestidade destes factos não poderia nunca concorrer para que fosse despertado o mínimo interesse em chamar a morte para perto das suas personagens. Aliás, se os romances dinisianos são algumas vezes apelidados de “romances da felicidade”, – com o que não concordamos inteiramente, pois reconhecemos-lhes muito mais as profundas inquietações do que uma paz envolta em colorida tranquilidade –, mas se são de aparência venturosa, dizíamos, Júlio Dinis não poderia encontrar qualquer efeito estético na concepção de personagens que não fossem sobretudo muito saudáveis. Em toda a sua obra ficcional, quando a morte (e só muito raramente) espreita nas páginas, ou se cumpre na inevitabilidade do limite de uma existência

que foi duradoura, ou surge como suporte à crítica social que pretende criar no texto. Neste último caso temos, e como exceção absoluta em toda a obra do escritor, uma situação em que ocorre a morte de uma criança, isto em *A Morgadinha dos Canaviais*. Trata-se da personagem Ermelinda que, tendo sido dominada pelo fascínio religioso a que a madrinha a submeteu, acaba por se encontrar com a morte ao seguir os conselhos da familiar, sendo esta uma beata que renuncia às suas obrigações para aderir piamente às teorias dos missionários da aldeia²¹. Esta representação vem introduzir uma contundente crítica de causa e efeito sobre determinados comportamentos religiosos, oferecendo-se ainda a outra leitura também de cor epocal, agora uma vez mais acerca da resistência do povo à inovação, isto quando os enterramentos tinham deixado de ter lugar nas igrejas. A jovem Ermelinda morreu por se subordinar a doutrinações de carácter religioso, e o seu enterramento no cemitério, o primeiro a acontecer na localidade, fora ainda uma tremenda perturbação pública. É a partir da morte desta jovem que Júlio Dinis ataca severamente duas disposições da época – a predominância do clero sobre o povo e as mutações que o exercício político do período da Regeneração, procurando embora trazer benefício à sociedade, nem sempre ele era bem aceite, e muito particularmente pelas camadas do povo.

Mas é altura de deixar claro que, apesar de todo o serpenteado que estes textos oferecem à análise em matéria de medicina e tradição médica, o corolário de Júlio Dinis nesta matéria desenvolve-se, essencialmente, em torno da “análise das paixões”²², da “história do coração humano”²³ ou, por ele escrito de outra forma, do “edifício da ciência do coração humano”²⁴. É a partir da temática sentimental que Júlio Dinis incrementa a sua investigação no terreno que a experiência do quotidiano lhe proporciona e, relevando-lhe as figuras-tipo, teremos, no caso que aqui nos interessa, o seu olhar sobre médicos e doentes. Depois, recria mais do que cria situações relativas à actividade profissional médica, cujas consequências imediatamente pejorativas resultam sempre integradas na ordem, ainda que esta seja apenas organizada pela promoção de reflexões que a excepcionalidade das suas personagens consegue fomentar nos leitores.

²¹ DINIS, Júlio. *A morgadinha dos canaviais*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 384-410, v. 3.

²² *Uma família inglesa*, p. 40.

²³ DINIS, Júlio. Uma Flor de entre o Gelo. In: *Serões da província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 196, v.4.

²⁴ DINIS, Júlio. Os romances da tia Filomela. In: *Serões da província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 149, v. 4.

Júlio Dinis cria uma taxionomia na qual organiza as paixões por tipos, à semelhança de uma qualquer metodologia que segmente os sintomas apresentados à análise do corpo. Esta divagação dinisiana aparece no romance *Uma Família Inglesa*, e a propósito das paixões que se germinam de um momento para o outro, – o dito *coup de foudre*, em registo francês –, e aquelas que se desenvolvem lentamente e que só atingem o seu apogeu com o passar do tempo. Escreveu assim sobre esta matéria:

Vendo nisto de paixões uma espécie de doença da alma, como alguns querem, era possível talvez estabelecer nelas divisão análoga à que, nas do corpo, admitem os médicos. Haveria assim paixões agudas e paixões crónicas; umas, como as doenças do mesmo nome, geradas por impressões súbitas, rápidas na sua marcha, prontas na sua terminação; outras adquiridas insidiosamente, por influência de todos os dias, e de que nem se suspeita mal, lavrando a ocultas e revelando-se apenas, quando o terreno já é seu e a vitória certa.

(*Uma Família Inglesa*, 137)

Quando se lê “uma espécie de doença da alma, como alguns querem”, torna-se implícita uma referência ao grupo de médicos que não aceitaria tratar um doente que se apresentasse ao diagnóstico com um padecimento passional, assunto que consideraria não ser da sua competência porque pertença da alma, e não do corpo, este, afinal, o espaço onde se esgotariam todas as possibilidades de aplicação de tratamento. As doenças de trato psicológico com dificuldade encontrariam então eco na gnose de delimitação médica, e poderiam mesmo ser consideradas como não dependentes desses mesmos saberes, porque ininteligíveis à luz dos estudos livrescos recebidos durante a formação.

Passemos a analisar de novo o Dr. Jacob Granada, o médico e personagem principal já nosso conhecido da ficção *Uma Flor de Entre o Gelo*. Israelita de nacionalidade, motivado pelo seu despotismo profissional, exigia que o doente pensasse pela cabeça do médico e os doentes escutavam-no e obedeciam-lhe como a um oráculo; o seu autoritarismo valia-lhe uma vasta clientela plena de ilimitada confiança na sua medicina, exercendo sobre a sociedade que o rodeava um império absoluto²⁵. Conceituado, respeitado e obedecido, este médico, num momento em que já alimentava uma violenta paixão por Valentina, encontra-a a fazer uma inscrição numa árvore, espaço referido pelo narrador como um álbum de registos que contavam “eloquentemente a história do coração humano nos mais solenes momentos da sua vida tumultuosa e apaixonada”²⁶. Ao ver a jovem, Jacob Gra-

²⁵ *Uma flor de entre o gelo*, p. 200-1, *passim*.

²⁶ *Uma flor de entre o gelo*, p. 196.

nada surpreendeu-se, estremeceu e procurou ocultar-se dela, observando-a com tal enlevo que a inflexível severidade que o caracterizava se transfigurou por sorriso que lhe retirou a reputação de austeridade, – e então, provocou-se “uma profunda revolução naquele espírito que se julgava morto para as impressões violentas”²⁷. Após consultar Valentina, e tendo esta ficado revoltada contra as ideias algo materialistas do médico Jacob, enfrenta-o nestes termos:

- Desafio-o, meu caro doutor – disse-lhe ela uma vez armando-se de um dos seus sorrisos mais provocadores –, desafio-o a que me aponte com o dedo a lesão física que me trouxe aqui ou me diga ao ouvido a droga medicinal que me deve curar. Rio-me interiormente sempre que o vejo tomar-me o pulso, inspeccionar-me a língua, auscultar-me o palpitar do coração e sentar-se para formular. Eu sei mais da minha doença do que lhe podem ensinar todos esses livros de grande formato que folheia até altas horas.

Creia-me, doutor, se quiser ser médico eminente, estude menos a anatomia do coração ou espiritualize-a. Olhe que nem todos os padecimentos dele são aneurismas ou lesões semelhantes.

(*Uma Flor de Entre o Gelo*, 208)

A narrativa continua neste tom, cabendo a Valentina alertar a consciência do médico para outras realidades que ombreavam com as dos diagnósticos que fazia, realidades essas que, pela primeira vez, Jacob Granada entendia sem delas duvidar, pois sentia contidas em si mesmo as disfunções que apoquentavam a sua doente. Ao escrever uma carta a uma amiga na qual narrava o seu percurso de convalescença, Valentina descreve-lhe Jacob Granada como sendo um médico para quem, no seu abominável positivismo, tudo eram congestões, hipertrofias e inflamações, e que, sendo tão cegamente fiel aos processos curativos de pílulas e xaropes, revelava um fanatismo curativo que “seria capaz de sangrar um poeta no ardor de composição literária, a título de congestão cerebral.”²⁸. Revoltada com a aspereza do método, Valentina conta à amiga o discurso com que o afrontou:

Por que me interroga? dizia-lhe eu; por que me não interroga o pensamento; a imaginação? Não sabe que tenho vinte anos? não sabe que penso, que sonho, que concebo e que a diferença entre as minhas concepções e a realidade me pode fazer padecer? Não vê que é toda afectiva a minha doença? Quer curar-me com ópio,

²⁷ *Uma flor de entre o gelo*, p. 205.

²⁸ *Idem, ibidem*, p. 217.

com ferro, com tónicos e calmantes? Olhe o que faz. Não se lhe importe com o meu sangue, importe-se com o meu espírito, com as minhas fantasias, com as minhas crenças. Complete a sua ciência. Os seus livros de medicina não lhe falam de uma doença que consiste apenas em anelos não realizados? Dê a isso um nome grego e terá feito então uma descoberta.

(*Uma Flor de Entre o Gelo*, 217)

Torna-se claro nesta ficção que a orientação dialógica que nela se assegura vai organizar a imagem literária do mundo às avessas, já que as causas dos padecimentos são expostas pelo próprio doente, em vez de serem detectadas pelo médico. Dá-se uma inversão dos desempenhos representativos segundo uma lógica que não seria de esperar.

Num momento em que já tinha sido declarada à jovem Valentina a afeição que Jacob Granada lhe tinha, o leitor é confrontado com um monólogo do médico, o qual a jovem soube ouvir em silêncio e, entre as muitas reflexões que se desenvolvem, assiste-se ao seguinte desabafo do protagonista da ficção:

- A velhice descrente, invejosa, avara, egoísta, cínica, pode ainda encontrar indulgência; desculpam-na e respeitam-na muitas vezes; mas a velhice amorosa, fascinada por uma dessas visões encantadoras, votada a um desses cultos ferventes que nobilitam as almas, essa não tem misericórdia a esperar; condenam-na ao escárnio, à irrisão e tanto mais puras e elevadas são as aspirações desse amor, tanto mais amarga, desapiedada, humilhante é a perseguição que lhe declaram; é então que a assalteiam de chascos e apupos. Sabia-o! e por isso me ocultava, por isso lutei para que ninguém descobrisse em mim o que me ia no coração.

(*Uma Flor de Entre o Gelo*, 228-9)

É evidente que deste relato ressaltam os constrangimentos originados por preconceitos de vária ordem, mas principalmente por aqueles que resultam de juízos formulados pelos olhares alheios. Apesar de todos esforços de autocontenção com que combateu, da luta contra a fatal ingerência a que acabava por se deixar abandonar, — já que o médico se encontrava sob o domínio de forças que excediam a sua própria vida —, Jacob Granada, extenuado, acabara por se alistar na avalanche de almas sofredoras, na multidão dos “mártires obscuros das paixões [que] morrem contendo em si mesmos os instrumentos da sua tortura.”²⁹. Adivi-

²⁹ *Idem, ibidem*, p. 211.

nhando-o, o narrador não omnisciente conjectura sobre a tremenda desventura que esperava o médico:

Preparava-se talvez mais uma vítima para o longo martirólogo moral, menos que o outro celebrado em panegíricos, menos recompensado pela compaixão mundana; porque quando a vista do sangue, o flagelar das carnes e o estalar dos ossos não fala aos sentidos da multidão, não há sentimento para compreender provocações, lágrimas para chorar infortúnios, às vezes não menos dolorosos.

(*Uma Flor de Entre o Gelo*, 210)

Uma vez mais, esta percepção de Júlio Dinis não nos parece surgir de forma gratuita na narrativa. Diríamos antes que ela se dirige à ponderação de todos quantos dedicam obstinadamente a sua vida ao estudo, ou a outra causa de fundo caprichoso, e, porque apenas se está a dar resposta às exigências do intelecto, desprezam-se as imposições dos afectos, e um dia, ainda que tardiamente, deste desequilíbrio se virão a ressentir. Será então quando a comédia, ou talvez antes a tragédia, invade impiedosamente todos aqueles que, estribados nas certezas do conhecimento, voltaram as costas ao seu mundo interior que mais nada parecia ter deles a exigir, ou a oferecer. Júlio Dinis espelha majestosamente nesta ficção estas questões de matéria sensível e que muitas vezes, só em época avançada, se vem a dar conta da enorme importância que tem na vida de cada um. No já referido monólogo, – que no texto assume ainda feição de solilóquio pela configuração próxima da do texto dramático –, o leitor vai-se deparar com a clivagem entre o homem que se julgava no patamar do absoluto, e o homem que se viu obrigado a descer ao âmago da experiência comum. E então mais se cogitou pela voz narrativa de Jacob Granada, agora numa desapiedada inflexão retrospectiva:

- Perseguiu-me a fatalidade toda a minha vida! Não conheci carinhos de mãe na infância; não conheci extremos de amante na juventude. Na idade das aspirações, não as tive; quando devia viver para o sentimento, era a razão que dominava em mim; os anos de amor consagrei-os sem uma saudade ao estudo; enquanto os meus companheiros corriam com alegre irreflexão para os prazeres, eu procurava o trabalho com corajosa tenacidade. [...] Como era um homem útil, tinha quem me lisonjeasse, quem me obedecesse, mas ninguém, repare, Valentina, para o desconforto desta existência, ninguém que me desse afectos!

(*Uma Flor de Entre o Gelo*, 228)

Neste excerto, e do ponto de vista dos contornos da estética literária, enfrentamo-nos abertamente com a tensão que encimou as regras do fazer romanesco de carácter romântico. Associados ainda à orfandade, sentimento e razão lutaram no pensamento da personagem servidos pelo rigor que pondera sobre as concessões efectuadas à razão na verdura dos anos, e as quais, num gesto de desprezo pelo sentimento, vão geralmente criar uma incurável disfuncionalidade. Entre preconceitos e outras opressões, Jacob Granada acaba por assistir à vida a vingar-se da própria vida, quando finalmente reconhece a sua total incapacidade, a falta de hipótese de viabilidade ou a ausência do mínimo estímulo, relativamente a qualquer superação do seu sofrimento. É que só tardiamente Jacob Granada se descobriu como um ser da espécie a que pertencia e sobre a qual, finalmente, deu provas de nunca antes dela ter conhecimento. Até então, os saberes médicos aplicados à profilaxia dos seus doentes eram o alfa e o ômega da sua existência, não se inclinando nunca para lhes descobrir traços de sintomatologia sentimental:

Tinha sempre a mesma dureza de maneiras, a mesma franqueza, às vezes cruel, para com todos, qualquer que fosse a idade, o sexo e a condição. Não sabia de carícias para as crianças, de delicadezas para as mulheres, de afabilidade para os pobres, de contemplanções para com os tímidos, de respeitos para a velhice. Todos eram doentes para ele, e ele para todos médico e nada mais; mas o médico que diagnostica, que receita, que opera, e não afaga, não lisonjeia, não consola os doentes, que, sabendo-se necessário, não ambiciona tornar-se desejado; que não recua no emprego de um meio salutar pela lembrança do padecimento que suscita; que vela pela saúde dos seus enfermos, mas zomba da sensibilidade deles.

(Uma Flor de Entre o Gelo, 203)

Não só como profissional, Júlio Dinis conviveu também com os médicos, e desde muito jovem, enquanto doente. Na gravidade da sua doença, nem sempre a opinião que guardava da medicina foi sendo a mais favorável. Talvez por isso lhe tivesse despoletado o enorme interesse, e até mesmo entusiasmo, que chega a revelar pela inovação, talvez ainda pela investigação que obtivesse propostas capazes de travar a doença do século que vitimava, implacavelmente, a humanidade. E porque a medicina continuava a não lhe oferecer soluções, já a partir do Funchal, e cerca de dois anos antes da sua morte, numa carta particular a um familiar pode-se ler assim:

Eu vou vivendo. Estes últimos dias um pouco encatorrado, graças a um exame que me quis fazer o Dr. Pita e que me obrigou a estar

despido alguns quartos de hora. Esta medicina é uma coisa doentia!

Afinal disse o mesmo que os outros: Cautela com o lado direito. Pomadas, fricções, óleo e Inverno na Madeira.

(*Cartas Particulares*. In: *Inéditos e Esparsos*, 296),

Chega o autor, noutra carta particular bastante anterior a esta e escrita à sua madrinha, a expor a opinião, enquanto médico, sobre a aplicação dos recursos profiláticos ou mesmo terapêuticos que defendia. Pressentindo avizinhar-se o limite de todas as hipóteses de cura, no desespero de doente, Júlio Dinis chega mesmo a manifestar uma crença que se estende a todos os receituários que estivessem para além dos compendiados. Numa aparente tranquilidade própria da que se espera de um profissional de medicina, o escritor refere-se nestes termos à sua moléstia:

Eu confio que a doença não seja de desesperar e que, mesmo sem medicamentos, ela passaria; contudo sempre é bom não confiar demasiadamente nas forças medicatrizes da natureza. Em medicina eu não sou dos mais amigos em medicamentar a humanidade enferma, mas também não deixo as coisas correrem à sua vontade e, sendo preciso, até um cáustico receito. Ora nestas doenças morais há também os seus cáusticos e Deus queira que eles me não sejam nunca precisos, pois não seria o medo que me faria recusá-los. Por isso se souber de algum abençoado medicamento moral que me possa curar, receite-mo sem escrúpulo. Verá como eu me sujeito ao tratamento com a obediente submissão do enfermo.

(*Cartas Particulares*. In: *Inéditos e Esparsos*, 313-14)

Confessadamente entregue a todos os esforços que o destino dele requeresse para conseguir recuperar a saúde, compreender-se-ão desta forma alguns desabafos, mais ou menos ásperos, que este médico não conteve contra a medicina, num momento em que estaria já cansado da luta tenaz que travava contra a doença a qual, indiferente ao ataque de todas as energias, progredia sem dar mostras de arrepio. E não obstante a feroz persistência de todas as suas forças na superação da própria natureza, se o escritor se mostrava céptico por um lado, mostrava-se também esperançado pelo outro, já que nunca abandonou a atitude de encarar cada dia como aquele que lhe pudesse trazer a solução por que tanto almejava. O excerto seguinte é bem elucidativo da confiança, e até do bom-humor, se calhar também a última arma deste doente:

Ao acordar, fui mimoseado com um leve incómodo, para me não esquecer de que sou doente, como às vezes estou próximo a convencer-me. Por isso e por a trovoadas matinal, gorou-se a projectada pescaria e limitou-se o divertimento do dia a simples passeio campestre. Não tenho remédio, para não desconsiderar de todo em todo a medicina, em que cada vez creio menos, senão esfregar-me com alguma coisa que me evite a repetição da pouco agradável surpresa de ontem; por isso peço-te que me mandes uma porção de óleo de cróton. O meu estado de espírito não é mau; digo-te com sinceridade. Já me vou costumando às peripécias da minha doença; aceito-as como factos habituais.

(*Cartas Particulares*. In: *Inéditos e Esparsos*, 394)

Júlio Dinis foi médico, foi escritor e foi artista. Enquanto médico, a vida não lhe cedeu espaço para deixar obra feita numa carreira onde o sol mal teve tempo de iluminar. Enquanto escritor, foi um artista. E se a doença cedo lhe retirou a vida, a caneta prolongou-lha no espaço e no tempo. Na sua obra ficcional não necessitou de recorrer a gongorismos, a oratórias recortadas, a retóricas pretensiosas ou a enfáticas aparatosas. Usou, com regular sobriedade, uma linguagem simultaneamente quotidiana, escorreita, elegante e erudita, cujas focalizações se dirigiam para cenas triviais a partir da espontaneidade do que era presenciável, criando personagens para as representar que se impusessem na literatura como figuras-tipo, porque mais facilmente adaptáveis à exibição do vício e da virtude. Dos seus textos ressalta, claramente, um objectivo moralizador e pedagógico que se reconhece no entrelaçado e resolução dos conflitos. Daí que o médico e Prof. Almeida Garrett tenha referido, por alturas da celebração do centenário do nascimento do escritor, que “da sua obra podemos nós, os médicos, dizer que pertence também à medicina, porque se pode considerar excelente propaganda de higiene moral.”³⁰ Entretanto, se quisermos ir um pouco mais longe e lançarmos um olhar sobre os pressupostos que organizam o romance histórico, quando Maria de Fátima Marinho refere como condição indispensável para o enquadramento deste subgénero literário, “o hiato de sessenta anos [que] marcaria assim a distanciação suficiente para criar uma boa perspectiva crítica, mas também para afastar o momento da enunciação (que idealmente seria também, grosso modo, o da leitura) do tempo em que decorre a acção.”³¹, submetidos os textos dinisianos a esta dimensão, poderemos então ser tentados a concluir que os mesmos fazem parte do

³⁰ GARRETT, Almeida. Júlio Dinis. Médico e Professor. In: *Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto*, Número comemorativo do centenário de Júlio Dinis, v. II, fasc. IV, 1939, p. 523.

³¹ MARINHO, M. de Fátima. *O romance histórico em Portugal*. Porto: Campo das Letras, 1999, p. 11-22, *passim*.

acervo histórico da medicina portuguesa de Oitocentos. Assim puxada esta situação ao limite, não sendo aqui as grandes figuras históricas o que se coloca em relevo para possibilitar a correcta denominação de romance histórico, mas antes se revelando das ficções de Júlio Dinis o pensamento e o *modus faciendi* clínico que o século XIX português aplicava no seu contexto profissional, talvez se possa inferir, com alguma segurança, que as mesmas fazem parte da História da Medicina em Portugal.

E quando Júlio Dinis taxionomiza as obras literárias, revela delas uma aturada lucidez sobre os propósitos do fazer narrativo, quer do ponto de vista da criação da obra, quer da recepção da mesma pelo público leitor. E por tal escreveu assim:

Há livros que são monumentos e livros que são instrumentos. Os primeiros levantam-se a perpetuar a memória de uma literatura, ainda mesmo que se extinga a nacionalidade a que pertenciam. Primorosamente trabalhados, constituídos por os materiais mais duráveis, é antes para o futuro que eles se erigem do que para os contemporâneos, cuja maioria nem sempre os compreende. Os livros instrumentos são, pelo contrário, para andarem nas mãos de todos, para o uso quotidiano, para educarem, civilizarem e doutrinares as massas. Daí, dessa diversidade de destinos, vem a diversidade de exigências a que uns e outros devem satisfazer.

(*Ideias que me ocorrem*. In: *Inéditos e Esparços*, 23)

Se em monumentos ou instrumentos, não saberemos catalogar a obra literária de Júlio Dinis. Isto, porquanto: monumentos, são-no sem dúvida – perpetuam a memória de um médico de particular exemplaridade, perpetuam as lembranças epocais do tempo e espaço em que viveu, perpetuam as ansiedades de um homem que pugnava pelo justo bem-estar de todos os que lutam e almejam a felicidade; instrumentos, são-no claramente – com o estilete clínico a retalhar a “ciência do coração”, todos nos reconhecemos nos seus romances com retalhos análogos aos da nossa vida afectiva e, se neles buscarmos as mais variadas respostas para satisfazer a razão, encontrá-las-emos plasmadas no fluido catalisador da exemplaridade emoldurada pelo sentido de justiça e moral que circula em cada frase. De uma forma ou de outra, colocados nas prateleiras das memórias ou manuseados com interesse de utilidade imediata, “os seus romances não cansam, repousam”³², – já assim escrevia o Prof. Egas Moniz.

³² *Ao lado da medicina*, p. 40.

Por altura da celebração do centenário do nascimento de Júlio Dinis, numa conferência realizada no Brasil pelo Instituto Luso-Brasileiro de Alta-Cultura e intitulada *Medicina e Humour na Obra Literária de Júlio Diniz*, o Doutor Clementino Fraga, membro da Academia Brasileira, refere-se-lhe assim a dado momento do seu discurso:

Há na obra de Julio Diniz um aspecto de incomparavel belleza: aquelle que lhe reflecte o feitio moral. Medico e psicologo, lidando de perto com a alma humana, recolheu vicios e qualidades, uns e outros conhecidos a geito de flagrantes e impressões. Em seus romances, poesias e correspondencia o tom compassivo domina o texto, abrandando o conceito ou remata o dialogo.³³

Desta elegante leitura radiográfica feita pelo médico brasileiro ao seu colega português, relevaríamos com particular empenho o facto de ter sido considerado que as obras dinisianas reflectem “o feitio moral”. Se recordarmos que Gustave Flaubert referiu que *Emma Bovary, c’est moi*, autoriza-nos uma vez mais a reconhecer, agora pela adequação da personagem ao autor da obra romanesca, que o tom moralista e rigoroso que preenche os textos ficcionais de Júlio Dinis também traduz o carácter do autor. Mas ainda na esteira daquela palestra, numa recensão crítica que lhe foi feita por outro periódico brasileiro, agora *O Jornal*, pode-se ler que:

Para grande parte do público brasileiro, a conferencia do sr. Clementino Fraga terá revelado um novo Julio Diniz. Geralmente, os leitores communs são desattentos à biografia dos autores. Muitos não saberiam que o seu nome de baptismo era Joaquim Guilherme Gomes Coelho, nem que era doutor em medicina e professor da Faculdade do Porto. Tampouco teriam observado a influencia, senão da sua profissão, porque quasi não a exerceu, mas da carreira que abraçou, ou da sciencia que a constitue, em tantos e expressivos passos de suas obras de ficção.³⁴

Se Júlio Dinis não conseguiu exercer a profissão, deixou dela a sua opinião numa óptica que, se a considerarmos que está circunscrita no tempo, numa leitura mais penetrada talvez consigamos reconhecer que, afinal, aquele tempo mais não era do que um pedaço de todos os tempos, e que, como na sua essência o ser

³³ Vide: *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, edição de 31 de dezembro de 1939.

³⁴ Vide: *O Jornal*, s/l, Brasil, edição de 7 de janeiro de 1940.

humano vai dando mostras de grande permanência, também por tal a obra dinisiana se mantém sempre actual. Tal como no dizer da actual médica e professora da Faculdade de Medicina do Porto, Amélia Ricon-Ferraz, “pelo valor literário da obra que nos legou, [conquistou] o reconhecimento nacional, a simpatia dos seus conterrâneos e dos homens do mesmo officio.”³⁵ –, agora uma leitura actual, por uma voz dos nossos dias, exaltando-se o apreço e estima que continuam a ser atribuídos a Júlio Dinis.

E para finalizar, utilizando as palavras do fisiologista Claude Bernard, o qual Júlio Dinis tantas vezes menciona nos seus textos, recorreremos a uma carta dinisiana assinada com o heterónimo Diana de Avelada, na qual o autor cita assim o médico francês: “O estudo do coração humano não deveria ser somente o objecto do anatómico e do fisiologista, mas servir também de base a todas as concepções do filósofo, a todas as inspirações do poeta e do artista.”³⁶. E na medida em que a veia artística espreita em todas as páginas da obra de Júlio Dinis, quando o Prof. Afrânio Peixoto fazia questão em assinalar que “não fazem dano as musas aos doutores”, – referência com que iniciamos este texto –, estaria em perfeita sintonia de pensamento com o seu colega português. Porque também Júlio Dinis expõe o seu entendimento sobre essa mesma aliança entre a ciência e a arte, que aqui tomamos a liberdade de direccionar para uma leitura entre a medicina e a literatura:

a verdade do sábio não poderia contradizer a verdade do artista. Pelo contrário, eu creio que a ciência que provém de uma fonte pura, para todos se fará luminosa, e que ciência e arte por toda a parte se darão as mãos, interpretando-se e explicando-se uma pela outra.

(*Cartas Literárias*. In: *Inéditos e Esparsos*, 175)

Não se poderá dizer que o médico Júlio Dinis, na timidez que caracterizava o seu carácter, e ainda, conforme se lhe referiu outro médico português, Fidelino de Figueiredo, com “um observar profundo e um tímido silêncio sereno”³⁷, não tivesse, audaciosamente, desafiado e investigado a realidade que à sua volta se presentificava, sem dela recolher as necessárias amostras que a arte iria trabalhar no seu laboratório de palavras. E nesse local de labor, nessa sala de todas as

³⁵ *Uma recordação de Júlio Dinis*, p. 230.

³⁶ Ideias que me ocorrem. In: *Inéditos e esparsos*, p. 175.

³⁷ FIGUEIREDO, Fidelino. Júlio Dinis e a ética litteraria. In: *Júlio Denis: homenagem da Faculdade de Medicina do Porto*, Porto, Araújo & Sobrinho, 1927, p. 65.

operações, entre a possível panóplia de materiais estimulada pelos mais variados instrumentos semânticos e sintácticos, havia um que estava sempre pronto a operar nos textos – era o “estilete sentimental” com o qual retalhava a Vida.

Lançando um último e rápido olhar à grande arquivística do tempo, – afinal o grande *leitmotiv* deste Colóquio –, leia-se sobre o entendimento de Júlio Dinis nesta matéria:

As palavras voam, os escritos ficam. Histórias! Se os escritos ficassem todos, em pouco tempo o mundo seria uma papelreira. Só fica o que merece ficar.³⁸.

A obra de Júlio Dinis ficou.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Alberto de, Discurso de abertura. In: *Júlio Dinis: homenagem da Faculdade de Medicina do Pôrto*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1927.

AVELEDA, Diana. Impressões do campo. In: DINIS, Júlio. *Inéditos e esparsos*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992.(v. 7)

COELHO, Joaquim Guilherme Gomes. *Da importância dos estudos meteorológicos para medicina*. Porto: Typ. Sebastião José Pereira, 1861.(Dissertação Inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto).

DINIS, Júlio. *A morgadinha dos canaviais*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 3)

DINIS, Júlio. As apreensões de uma mãe. In: *Serões da Província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 4)

DINIS, Júlio. *As pupilas do senhor reitor*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 1)

DINIS, Júlio. Cartas particulares. In: *Inéditos e esparsos*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 7)

DINIS, Júlio. Ideias que me ocorrem. In: *Inéditos e esparsos*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 7)

DINIS, Júlio. Justiça de Sua Majestade. In: *Serões da Província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992.(v. 4)

DINIS, Júlio. O canto da sereia. In: *Serões da Província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 4)

³⁸ AVELEDA, Diana. Impressões do campo. In: DINIS, Júlio. *Inéditos e Esparsos*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992, p. 200, v. 7.

- DINIS, Júlio. Os romances da Tia Filomela. In: *Serões da Província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992. (v. 4)
- DINIS, Júlio. *Uma família inglesa*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992.(v. 2)
- DINIS, Júlio. Uma flor de entre o gelo. In: *Serões da Província*. Obras completas de Júlio Dinis. Lisboa: Círculo de Leitores, 1992.(v. 4)
- FIGUEIREDO, Fidelino. Júlio Dinis e a ética literária. In: *Júlio Dinis: homenagem da Faculdade de Medicina do Pôrto*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1927.
- GARRETT, Almeida. Júlio Dinis, médico e professor. In: *Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto*. Número comemorativo do centenário de Júlio Dinis, v. 2, fasc. 4, 1939.
- LIMA, Isabel Pires de. Júlio Dinis: o «romance rosa» moderno. In: *Júlio Dinis*, catálogo da exposição, introdução. Porto: Biblioteca Pública Municipal do Porto, 1989.
- MARINHO, M. de Fátima. *O romance histórico em Portugal*. Porto: Campo das Letras, 1999.
- MONIZ, Egas. *Ao lado da medicina*. Lisboa: Bertrand, 1940.
- MONIZ, Egas. *Júlio Dinis e a sua obra*. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.(v. 1, prefácio de Ricardo Jorge)
- PINA, Luiz de. *Júlio Diniz, inspector de almas*. Porto: Imprensa Moderna, 1940.
- RICON-FERRAZ, Amélia. Uma recordação de Júlio Dinis. In: *Arquivos de medicina*, v. 18, n. 5-6, set.-out. / nov.-dez., 2004.
- SIMÕES, João Gaspar. *Júlio Dinis*. Lisboa: Arcádia, 1962. p. 115. (Coleção A obra e o homem, v. 12)
- TIEGHEM, Paul Van. *Le romantisme dans la littérature européenne*. Paris: Albin Michel, 1969 (1948).

PERIÓDICOS

Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, edição de 31 de dezembro de 1939.

O Jornal, Brasil, edição de 7 de janeiro de 1940.

Carmen Abreu

Percurso académico feito na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, PT. Licenciatura em línguas e literaturas modernas, mestrado em literatura comparada e doutoramento acerca da vida e obra do escritor português Júlio Dinis.

EXPERIÊNCIA E VIVÊNCIA COM E NO ACERVO HISTÓRICO E BIBLIOTECA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Ana Albergaria Quininha

ana.quininha@chlisboa-zc.min-saude.pt

O ARQUIVO

Em 1492, o Hospital de Todos-os-Santos concentrava os arquivos das diferentes instituições hospitalares. Em 1620, o arquivista era designado “tesoureiro dos livros”. A documentação encontrava-se em estado lastimoso. Um alvará de 14 de dezembro de 1825 instituiu o lugar de cartorário-paleógrafo, com um ajudante. Por falta de habilitação deste último, a situação pouco se modificou.

Em 1843, foi nomeado director o Dr. Manuel Maria Rodrigues Leitão, pessoa sábia e com espírito erudito. O arquivo foi então ordenado e classificado. Elaboraram-se o primeiro inventário e dois índices (cronológico e alfabético). Em 1916, devido à má arrumação e abandono do arquivo, a Comissão Directora dos Hospitais Cíveis de Lisboa encarregou o Dr. Costa Santos de proceder a uma nova classificação e catalogação, sendo esse médico auxiliado por um arquivista do Ministério do Fomento, Albino Forjaz de Sampaio. Após dois anos de trabalho, criou-se a biblioteca como anexo do arquivo.

Em 1922, o Dr. Arnaldo Faria de Ataíde e Melo, primeiro bibliotecário da Biblioteca Nacional de Lisboa, foi designado conservador da biblioteca e arquivo.

Hoje, toda essa documentação histórica, remontando aos séculos XVI, XVII e XVIII, encontra-se no Arquivo Nacional Torre do Tombo a fim de ser preservada da melhor forma possível.

A BIBLIOTECA

Como referido acima, inicialmente estabeleceu-se a biblioteca do Hospital de S. José como anexo do arquivo. Em 1935, foi dele desintegrada com o intuito de proporcionar aos profissionais de saúde a leitura de obras de medicina e ciências afins.

Possui uma vasta e singular colecção de publicações periódicas, não só portuguesas como também italianas, americanas, inglesas e de outros países.

Está instalada no andar nobre do edifício do Hospital de S. José, na Rua José António Serrano. O acesso a ela é feito através de um átrio e de uma escadaria de pedra, com paredes revestidas de valiosos painéis de azulejos do século XVIII, que dão também acesso ao salão nobre dessa unidade hospitalar. Esse salão, também decorado com azulejos da mesma época, era a sala onde se reunia a direcção do colégio jesuíta de Santo Antão-o-Novo, a que pertencia o edifício, posteriormente entregue para instalação do Hospital de S. José, na sequência do terramoto de 1755.

Missão: adquirir, disponibilizar e difundir recursos de informação pertinente e actualizada a médicos, internos, enfermeiros, investigadores e estudantes, entre outros, de modo a contribuir para o seu desenvolvimento profissional.

Objectivos: permitir a todos os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) o acesso a várias fontes de informação; promover a formação dos utilizadores da biblioteca; cooperar com bibliotecas nacionais e estrangeiras; avaliar as necessidades dos utilizadores; conservar e preservar as colecções bibliográficas.

Utilizadores: internos (funcionários do CHLC) e externos (estudantes e pessoal de outras instituições).

Fundo documental: publicações periódicas, livros técnicos de diferentes especialidades e vários documentos de valor histórico.

Sectores: sala de leitura; acesso à Internet; serviço de fotocópias; pesquisa bibliográfica; difusão selectiva de informação; lista *Apdis online*.

Projectos: confronto das palavras; Intranet; dinamização do espaço; exposições de livros científicos.

Destacando a importância na transmissão do saber, transcrevemos duas afirmações de Carlos Ceia:

- “Um dos mal-entendidos que dominam a noção de biblioteca é o facto de se pensar que se vai à biblioteca pedir um livro cujo título se conhece. Na verdade, a principal função da biblioteca, pelo menos a função da biblioteca da minha casa ou da de qualquer amigo que possamos ir visitar, é de descobrir livros de cuja existência não se suspeitava e que, todavia, se revelam extremamente importantes para nós”.
- “Uma biblioteca é o serviço responsável pela aquisição, conservação, tratamento documental e comunicação de monografias e publicações periódicas, impressas ou manuscritas, facilitando, através de recursos humanos e técnicos especializados, o acesso dos utilizadores a documentos que correspondam às suas necessidades de informação”

EPISÓDIOS DA VIDA MÉDICA

A biblioteca do CHLC – Hospital de S. José – é detentora de um património bibliográfico, histórico e museológico de grande valor. Nesse magnífico espólio, encontra-se uma colecção de cerca de setenta volumes intitulados *Episódios da Vida Médica*, com recortes de imprensa da área da saúde desde 1881 até 1932, relacionados com situações, acontecimentos, vivências, inaugurações de hospitais, notícias de figuras reconhecidas no meio público e hospitalar, etc. Ou seja, exemplares únicos de incalculável valor patrimonial de grande interesse público. Joaquim Félix Alfredo de Sousa foi o autor dessa impressionante obra. Médico, nascido a 20 de novembro de 1851, fez um curso notável na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, onde se formou com distinção ao defender a sua tese denominada *Parasitismo ocular*. Cedo conquistou a fama e os doentes, visto ser um excelente médico. Especializou-se em vacinas e foi dos primeiros médicos portugueses a usar a descoberta de genes, fazendo parte do corpo clínico do Instituto Vacínico Campos e Bourquin. Foi também médico efectivo da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, do Hospital da Ordem Terceira de S. Francisco da Cidade e do Recolhimento do Calvário. Tendo em conta que existe um grande interesse por parte de todos os utilizadores dessa biblioteca em consultar esses volumes, disponíveis apenas em papel, consideramos que a sua digitalização era de extrema importância e utilidade. A existência de um suporte digital (já efectuado) permite, assim, a sua reprodução frequente sem risco de agravamento de deterioração do papel.

REFERÊNCIAS

O REGULAMENTO da biblioteca e a ordem de serviço 5758. *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa*, 1963.

VISITANDO a biblioteca do Hospital de S. José. *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa*, jan./jun. 1997.

Ana Albergaria Quininha

Licenciada em línguas estrangeiras aplicadas. Pós-graduada em técnicas editoriais e em ciências documentais. Coordenadora da biblioteca do Hospital de S. José, Lisboa, PT. Membro da BAD, APDIS, APDSI e EAHIL.

UMA POLÍTICA PARA OS ARQUIVOS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Paulo Roberto Elian dos Santos
elian@coc.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A definição de uma política para os arquivos de instituições de saúde, como parte de uma política nacional de arquivos, deve estar articulada às discussões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a função que devem desempenhar os serviços de arquivos, documentação e informação em ambientes hospitalares. Um diagnóstico da situação e, sobretudo, o conhecimento dos projetos e ações institucionais inovadoras na estruturação de serviços, na capacitação profissional e na preservação e gestão de acervos, têm sido uma das linhas de atuação da Câmara Setorial de Arquivos Médicos do Conselho Nacional de Arquivos (Conarq), criada em 2002.

No Brasil, o projeto de modernização institucional vivido pelo Arquivo Nacional a partir de 1980, a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.159 de 1991 que dispôs sobre a política nacional de arquivos, foram marcos significativos de um processo marcado por amplo movimento de recuperação da memória, de valorização dos seus vários modos de registro e do direito à informação como atributos fundamentais ao exercício da cidadania e parte das responsabilidades do Estado. A chamada Lei de Arquivos, ao lado da Constituição, rompe com uma longa tradição e sinaliza para uma nova etapa na medida em que estabelece o papel da administração pública na gestão da documentação governamental, na proteção especial a documentos de arquivo como instrumentos de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação.

As ações voltadas para a formulação de uma política nacional de arquivos, conduzidas pelo Conselho Nacional de Arquivos, a partir de 1994 passaram a encontrar alguma ressonância entre os diversos atores desse processo, sobretudo, instituições da esfera pública.

A oportunidade de apresentar um balanço da política e da legislação relacionada aos arquivos de instituições de saúde durante o Colóquio Internacional “A Medicina na Era da Informação” (Medinfor 2008), serve não apenas para reafirmar a importância do tema, mas sinaliza sua centralidade para a gestão eficiente das atividades de informação nos serviços e sistemas de saúde.

Este trabalho está dividido da seguinte forma: uma breve introdução ao tema dos arquivos médicos; um relato da constituição e atuação da Câmara Setorial de Arquivos Médicos; e considerações finais, com uma análise dos temas que se destacaram durante os encontros de arquivos médicos realizados em 2005 e 2007¹, com o objetivo de estimular a discussão de políticas, questões teórico-metodológicas, técnicas e o conhecimento de experiências institucionais, que procuramos relacionar a um conjunto de diretrizes e ações para reflexão.

ARQUIVOS MÉDICOS: BREVE HISTÓRICO

A questão da gestão e preservação dos arquivos médicos não é nova para a comunidade arquivística nacional. A revista *Arquivo & Administração*, da Associação dos Arquivistas Brasileiros (AAB), em sua primeira edição de outubro de 1972² publicou texto de Leda Ticiano Walker Naylor que destacava a presença do tema no I Congresso Brasileiro de Arquivologia e traçava um breve relato da institucionalização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) nos hospitais. Os congressos brasileiros realizados desde a década de 1970 sempre contaram com os encontros de arquivos médicos³, e os cursos de graduação possuíam na sua origem a disciplina de arquivos médicos, que, em algumas instituições universitárias, como a Universidade Federal Fluminense (UFF), perdeu a obrigatoriedade após o processo de reforma curricular.

¹ Promovidos pelo Conselho Nacional de Arquivos, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, com apoio do Arquivo Nacional, ocorreram os seguintes eventos: I Encontro de Arquivos Médicos: políticas, práticas e inovação (2005); II Encontro de Arquivos Médicos: os desafios da gestão no SUS (2007).

² Revista *Arquivo & Administração*, v.1, n. 0, 15-20, out. 1972, p. 4-5.

³ Os encontros ocorreram de forma regular até o 10º congresso em 1994 (SP). Em 1998, no 12º congresso ocorrido em João Pessoa (PB) foi realizado o 9º seminário de arquivos médicos. A partir de 2000 o evento deixou de aparecer na programação dos congressos de arquivologia.

Fora da universidade cumpre destacar a sistematização do tema dos registros documentais e informações em saúde, realizada pela equipe da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz na publicação *Textos de Apoio em Registros de Saúde*⁴. Resultado da experiência acumulada na construção de uma habilitação voltada à clientela de profissionais de nível médio do sistema de saúde, o trabalho coletivo do grupo de arquivistas, pesquisadores e professores apresenta uma abordagem arquivística integrada aos aspectos de organização e funcionamento dos serviços assistenciais.

Ainda no âmbito do setor saúde cabe mencionar a experiência do projeto Censo dos Arquivos e da Produção Documental dos Hospitais, realizado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e coordenado pelo Arquivo Geral da Cidade, no início da década de 1990, com o objetivo de estabelecer uma cartografia da situação dos arquivos médicos da rede de hospitais municipais⁵.

Assim, é possível identificar a existência de uma certa tradição em nossa arquivologia, voltada para o problema dos arquivos produzidos a partir da assistência médica prestada pelos estabelecimentos de saúde. Aqueles que participaram do processo nesse período e tiveram alguma aproximação com o tema, certamente podem reproduzir a agenda desses encontros ou aqueles que tiverem interesse na investigação histórica podem tomar o tema como objeto de pesquisa. Ao mesmo tempo, vale assinalar que, ao tomar a questão dos arquivos médicos, não se pretende estabelecer um novo objeto na área dos arquivos, mas tratar desse mesmo objeto sob um novo contexto político, cultural e social, onde novas e antigas questões como o direito à informação, o exercício da cidadania, a ética, a bioética, as redes de informação, o documento eletrônico, o sistema de saúde, as relações de trabalho e as profissões passaram e ainda passam por profundas transformações.

Nesse sentido, a definição de ações e diretrizes com relação a esses arquivos, concebida nos marcos de uma política nacional de arquivos, é de grande relevância por essas questões acima apontadas, mas também por uma agenda clássica – muitas vezes explicitada sem rigor técnico por aqueles que vivenciam o problema – na qual vigora a presença de massas documentais acumuladas, perda de parcelas de acervos pela ação do tempo ou descaso dos gestores, ausência de procedimentos de organização e recuperação da informação, falta de pessoal treinado e capacitado para o exercício de determinadas atividades, entre outros fatores, que são pontos identificáveis em qualquer diagnóstico realizado nos dias atuais. Não cabe aqui

⁴ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1999.

⁵ Os resultados desse projeto foram apresentados no 10º. Congresso Brasileiro de Arquivologia, em 1994. Ver SANTOS, Paulo Roberto Elian dos., 1998.

também traçar uma discussão conceitual e terminológica, embora se considere extremamente pertinente, na medida em que os termos arquivos médicos, documentação médica, documentos médicos, arquivos de saúde etc, nos remetem a outros termos similares – e questionáveis – como arquivos de arquitetura, arquivos de arte e cultura, arquivos científicos, arquivos de literatura, dentre outros. Para desenvolver uma perspectiva adequada do tema, utilizamos a expressão arquivos de instituições de saúde que compreendem todos os documentos produzidos por instituições hospitalares, entre os quais se encontram os documentos gerados pela atividade de assistência médica prestada aos pacientes.

CÂMARA SETORIAL DE ARQUIVOS MÉDICOS: CRIAÇÃO E ATUAÇÃO

Em 1998, um grupo de profissionais com os mais diversos vínculos e formações reuniu-se na Fiocruz para uma discussão sobre a situação dos arquivos médicos, mais particularmente a partir de uma pauta trazida pela área de gestão de documentos e arquivos do Ministério da Saúde, que se encontrava sob o impacto do quadro identificado nos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro: ausência de organização, péssima infraestrutura de guarda, emprego indiscriminado da microfilmagem, dificuldades de acesso etc. Tais eram os pontos com os quais nos defrontávamos. Nessa mesma reunião surgiu a proposta de encaminhar ao Conarq um documento do grupo, solicitando a criação de uma comissão especial que tivesse como finalidade estudar e propor diretrizes e normas no que se refere à organização, à guarda, à preservação, à destinação e ao acesso de documentos integrantes de arquivos de instituições médico-hospitalares. A proposta acolhida pela plenária do Conarq em 2000 resultou na criação em abril do ano seguinte do Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos⁶, de caráter transitório, que em 2002 se transformou na Câmara Setorial de Arquivos Médicos.

O amplo leque de problemas relacionados com a gestão, preservação e acesso aos documentos dos arquivos médicos levou o grupo a estabelecer uma pauta de prioridades, na qual se destacava a definição do conceito de prontuário; o que denominamos seu conteúdo mínimo e a definição dos prazos de guarda e

⁶ Esse grupo constituído por profissionais de diversas formações, experiências, trajetórias e inserções institucionais, contava com pesquisadores e professores da Fundação Oswaldo Cruz; professores dos cursos de arquivologia das universidades federais (Unirio e UFF) localizadas no Rio de Janeiro; gestores de arquivos do Ministério da Saúde; arquivistas, e médicos ligados ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro e ao Conselho Federal de Medicina. Ver Portaria n. 70, de 16 de dezembro de 2002, de criação da Câmara Setorial, publicada no DOU n.243, de 17 de dezembro de 2002, Seção 2, pág.1.

destinação dos prontuários. Essa nos pareceu ser a questão central, mobilizadora, a partir da qual poderíamos sinalizar para as instituições de saúde, caminhos possíveis para outras operações técnicas “da boa gestão arquivística” que dessem conta de um percurso mais amplo e complexo desde a criação dos documentos, passando pela alimentação e gestão de sistemas de informações, até a definição de critérios para definição de um possível valor secundário.

Desse período inicial, portanto, resultou, além do levantamento de uma extensa bibliografia e legislação sobre prontuários, a definição conceitual do prontuário do paciente, os formulários e outros documentos que dele devem constar, e o documento denominado *Considerações e diretrizes para estabelecer a temporalidade e destinação dos prontuários de pacientes*. Esse documento apresentava como principais propostas:

- 1^a) definição do conceito de prontuário do paciente⁷ em substituição ao de prontuário médico;
- 2^a) criação das comissões permanentes de avaliação de documentos nas instituições de saúde;
- 3^a) define que o prontuário do paciente, em qualquer suporte, deve ser preservado pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro;
- 4^a) aponta para o valor secundário dos prontuários, que deve ser observado pelas comissões permanentes de avaliação.

Além de recomendar a criação de comissões permanentes de avaliação em todas as instituições que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos médicos, a principal novidade do documento *Considerações e Diretrizes* era propor que o prontuário do paciente, em qualquer suporte, deveria ser preservado pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro. Cabe registrar que esta última proposta foi intensamente discutida com médicos e pessoal da área jurídica do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), que naquele contexto também considerava ultrapassada a Resolução CFM nº.1331 de 21/09/1989, que preconizava a manutenção permanente do prontuário médico pelos estabelecimentos de saúde e sua substituição, após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a partir da data do último registro de atendimento, por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações⁸.

⁷ “Prontuário do paciente é o documento único constituído de um conjunto de informações registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (Grupo de Trabalho de Arquivos Médicos / Conselho Nacional de Arquivos, 2001).

⁸ Artigos 1º. e 2º. da Resolução CFM no. 1.331/89.

Encaminhado ao Conselho Federal de Medicina (CFM) com o objetivo de análise e posterior discussão, o documento *Considerações e diretrizes* serviu para instrumentalizar o conselho na edição das resoluções 1.638 e 1.639 de julho de 2002. Criava-se assim um impasse com a edição de um novo instrumento legal para a área médica, que, sob o ponto de vista arquivístico, apresentava alguns equívocos, como o estabelecimento de destinações distintas para os prontuários em suporte eletrônico (guarda permanente) e suporte papel (prazo mínimo de 20 anos após o último registro, conforme sugerido pelo Conarq). Ao mesmo tempo, a edição dessas resoluções, em especial a 1.639, que trata das “Normas técnicas para o uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico” (leia-se prontuário eletrônico do paciente), permitiu a participação de membros do Conarq nas discussões realizadas pelo CFM e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) destinadas à definição de requisitos para certificação dos sistemas de guarda e manuseio de prontuários eletrônicos. Nossa intervenção naquele contexto foi balizada por um documento de trabalho, elaborado de forma conjunta em 2003 pelas câmaras de arquivos médicos e documentos eletrônicos e denominado *Definição de diretrizes para a gestão arquivística de prontuários de paciente em qualquer suporte (analógico ou digital)*.

Se, de um lado, havia enorme frustração com os descaminhos que o resultado do trabalho de grupo alcançava e que se materializavam, sobretudo, nas duas resoluções com as quais passamos a manter uma relação de “não paternidade”, por outro, foi possível reunir energia para retomar o documento *Considerações e diretrizes* e reformular algumas ideias, incorporando novas contribuições vindas do próprio Conarq e de profissionais da área. Nossa discussão seria então retomada com foco em dois pontos centrais: a temporalidade definida para a fase corrente (quando vigora seu valor primário) e a identificação prévia de elementos que caracterizariam os prontuários como documentos com valor secundário e, portanto, destinados à guarda permanente.

As discussões intensas, produtivas e intelectualmente instigantes, na câmara e no plenário do Conarq deram o tom do período que se encerrou com a edição da Resolução n.22, do Conarq de 30/06/2005⁹, que dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Essa resolução visa disponibilizar para as instituições orientações gerais e elementos balizadores de ordem legal e técnico-operacional, que garantam respeito aos seus perfis institucionais e ao seu corpo profissional científico e técnico; que assegurem a presença de especialistas das áreas das ciências da saúde, humanas e sociais, e institucionalizem práticas arquivísticas a partir de uma gestão mais eficiente des-

⁹ Publicada no DOU, edição número 126, de 04 de julho de 2005 – Seção 1.

ses acervos. Ao mesmo tempo, trata dos arquivos médicos como parte do arquivo institucional de cada unidade de saúde e estimula as instituições a assumirem a gestão de seus acervos, sobretudo quanto à definição do valor secundário dos documentos, entre os quais se incluem os prontuários.

Mais recentemente o CFM atualizou o marco legal para a área médica com a edição da Resolução CFM nº 1.821 de 11/07/2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. No entanto, permanecem os mesmos equívocos das resoluções anteriores no uso inadequado da terminologia arquivística, na definição de temporalidade e destinação distintas para os prontuários em suporte papel e digital, e na abordagem da gestão do prontuário eletrônico ou digitalizado do paciente, que desconsidera o Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos – e-ARQ Brasil¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição dos encontros promovidos pelo Conarq em 2005 e 2007 era ampliar para o conjunto de instituições e profissionais das áreas de saúde e arquivologia, além de gestores do sistema de saúde, uma pauta de questões sobre os quais a CSAM se debruçava. Ao mesmo tempo, havia a intenção de inserir os médicos e seu principal órgão de classe – o CFM - na pauta de questões tradicionalmente restritas à comunidade arquivística.

A adesão aos encontros revelou o caráter mobilizador do tema junto aos diversos profissionais que atuam nas atividades de gestão, preservação e acesso aos arquivos nas instituições hospitalares. O tratamento do tema como parte da pauta de desafios da gestão no SUS também serviu para a compreensão sobre a importância de sua inclusão nas diretrizes e prioridades de modernização como, por exemplo, a melhoria da infraestrutura e dos serviços oferecidos à população, inclusive aqueles associados à gestão de acervos e informações.

Uma síntese das discussões e principais recomendações apontadas nos dois encontros nos revela uma agenda ampla, na qual é possível identificar algumas iniciativas ainda isoladas e pouco sistematizadas no que se refere à inclusão dos arquivos de instituições de saúde nas políticas públicas do setor.

¹⁰ Ver Resolução Conarq n. 25, de 27 de abril de 2007, que dispõe sobre a adoção do Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos - e-ARQ Brasil pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos - Sinar.

A seguir são relacionados os pontos destacados durante os encontros:

- 1) A discussão sobre as fundações estatais e os modelos de gestão hospitalar que garantam a implementação e o aperfeiçoamento dos princípios do SUS deve ser acompanhada de forma atenta;
- 2) Os planos e ações com relação aos arquivos de instituições de saúde devem ser concebidos nos marcos das políticas públicas, como a Política Nacional de Arquivos e a Política Nacional de Informação e Comunicação em Saúde. Dessa forma, a retomada e o fortalecimento do papel do Estado na concepção, planejamento e implementação dessas políticas é requisito indispensável;
- 3) Sem desconsiderar algumas iniciativas voltadas para a preservação e gestão eficiente desses arquivos em instituições hospitalares, ainda predomina uma situação crítica no que se refere à guarda, preservação, gestão e acesso. Sugere-se a criação, no âmbito do Sistema de Gestão de Documentos da Administração Pública Federal (Siga) – Ministério da Saúde, de um grupo de trabalho para desenvolver estudos sobre a guarda, temporalidade e destinação dos documentos dos hospitais federais e institutos, podendo incluir ainda os hospitais universitários;
- 4) É necessário estimular a discussão sobre esses conjuntos documentais em diferentes fóruns de debate, na medida em que devem ser entendidos como acervos que revelam aspectos de uma atividade humana essencial; são registros que possuem informações sobre a intimidade física, emocional e mental das pessoas; são documentos cruciais para a pesquisa clínica; e fontes para a pesquisa histórica na perspectiva da história institucional, da história das especialidades médicas ou da história social das doenças, por exemplo;
- 5) Há um conflito de competência estabelecido entre o Conarq e o CFM na regulação dos prontuários do paciente, recentemente confirmado pela edição da Resolução CFM 1.821/2007. Torna-se necessário retomar a interlocução com a área médica, especialmente com os conselhos profissionais e garantir a participação do Conarq no processo de certificação dos sistemas de guarda e manuseio do prontuário eletrônico do paciente;
- 6) A questão da formação profissional é um dos pontos críticos. É necessário introduzir nas discussões que ocorrem no campo da saúde ou nas iniciativas da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação do Ministério da Saúde, o tema dos recursos humanos e das ações de capacitação de pessoal para atuar com a gestão dos arquivos e dos documentos médicos. Nesse sentido, alguns projetos multidisciplinares revelam as possibilidades de formação na área. Especialmente concebido para os profissionais de nível médio do SUS que atuam diretamente nas áreas de documentação, informação, comunicação e tecnologias da informação, o Curso de Especialização Técnica em Informa-

ção e Saúde (Cetis)¹¹ vem sendo realizado no Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre. Recentemente, a partir de solicitação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), foi oferecido por meio da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS/JN), de Salvador;

- 7) Identificam-se experiências institucionais que associam de forma exitosa o processo de acreditação hospitalar e a melhoria do desempenho na gestão da informação, incluindo os arquivos.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. *Legislação arquivística brasileira, atualizada em fevereiro de 2009*. Disponível em: <<http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso em: 06/04/2009.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Textos de apoio em registros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, OPAS/OMS, 1999. 244p., il. (Série Trabalho e Formação em Saúde, 1).

LOUZÃ, José Rodrigues. Documentos médicos: aspectos éticos e legais. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). *Bioética*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

NAYLOR, Leda Ticiano Walker. Arquivo médico. *Arquivo & Administração*, v.1, n. 0, 15-20 out. 1972, p. 4-5.

SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. Censo dos arquivos e da produção documental dos hospitais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ARQUIVOLOGIA, 10, 1994, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Associação dos Arquivistas Brasileiros – Núcleo Regional de São Paulo, 1998. (CD-ROM)

_____. *Legislação arquivística e documentos médicos*. Fórum Arquivos Médicos: gestão e pesquisa científicas. Disponível em: <<http://www.cori.unicamp.br/foruns/arte/evento18/paulo.ppt>>. UNICAMP, outubro de 2005. Acesso em: 06/04/2009.

¹¹ Esse curso tem duração de 7 (sete) meses, que correspondem a uma carga de 220 horas. É realizado há oito anos no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), com a Casa de Oswaldo Cruz (COC) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), unidades da Fiocruz. Ver Plano de Curso disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/icitplanodecurso2009nivelemedio.pdf>>.

Paulo Roberto Elian dos Santos

Historiador, doutor em história social pela USP. Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz, onde é vice-diretor de informação e patrimônio cultural. Coordenador do sistema de gestão de documentos e arquivos da Fiocruz. Presidente da câmara setorial de arquivos médicos do Conselho Nacional de Arquivos.

AS CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO E A SAÚDE HUMANA

Roberto Figueira Santos
rf.santos@terra.com.br

Desejo, inicialmente, cumprimentar os organizadores deste colóquio internacional pelo grande sucesso resultante da aproximação de estudiosos de Portugal e do Brasil dedicados a um tema dos mais palpantes da atualidade e da mais alta relevância para ambas as nações. Está, ainda, em seu começo, a verdadeira revolução nas práticas médicas ensejada pelo extraordinário progresso das ciências da informação e da comunicação. Bem inspirados estiveram os promotores deste colóquio, ao incentivarem os que se dedicam a essas atividades, a perscrutar os horizontes e a enxergar o que o futuro nos trará.

Cumpre-me dar as boas-vindas aos que se deslocaram de Portugal, particularmente do norte de Portugal, de onde provieram muitos dos nossos antepassados. E saudar os que labutam na Bahia e em outras regiões do Brasil e nos honraram enriquecendo este colóquio com a sua colaboração.

Foram, já, analisadas com propriedade e sabedoria, nos recentes debates, muitas das formas, tantas e tão disseminadas, pelas quais o desenvolvimento das ciências da informação e da comunicação tem apoiado o progresso das práticas relativas à saúde humana. As modernas técnicas de acesso à informação modificaram, radicalmente, os serviços prestados pelas bibliotecas. E os novos meios de comunicação tornaram muito mais diversificada, mais rápida e mais abrangente a divulgação dos conhecimentos. A Internet tem sido de incomparável valor em grande variedade de situações. Mas, seria, com certeza, repetitivo e pouco atraente voltar a relacionar tantos progressos diante deste auditório e pouco estaria-

mos contribuindo, se o fizessemos, para a maior aproximação entre os cultores desses vários campos do saber.

Pareceu-me, antes, de melhor alvitre, chamar a atenção para um aspecto essencial ao sucesso dessas iniciativas marcadas pela multidisciplinaridade. Como ponto de partida para qualquer pesquisa, inclusive entre as que dizem respeito à saúde humana, sabemos ser essencial a formulação correta de uma ou mais perguntas que precisem ser respondidas para o esclarecimento de fatos observados na natureza. Por sua vez, para que tenham validade as informações colhidas, deverão elas ser devidamente interpretadas e enquadradas no sistema de conhecimentos anteriormente estabelecido. Em todo esse processo, para que seja assegurada a boa qualidade das respostas, simultaneamente com o emprego das modernas tecnologias, constituem fatores essenciais: o conhecimento atualizado do assunto que é objeto da investigação, a inteligência criativa dos (as) pesquisadores (as), e a familiaridade destes (as) com a metodologia da pesquisa.

Nas ciências da saúde, a correta observação dos fatos, realizada de forma tão isenta quanto possível, assim como a anotação exata do que for observado, deverá orientar a escolha do tipo de processamento dos dados colhidos. Os métodos e os processos à disposição do pesquisador têm evoluído nas décadas mais recentes e poderão, até mesmo, condicionar o momento mais oportuno para a realização da pesquisa. Avançaram de tal forma os instrumentos de trabalho e os meios de divulgação dos resultados, que se tornou obrigatória a mais estreita colaboração entre os profissionais da informação e da comunicação, de um lado, e, de outra parte, os da área da saúde.

Vale apontar alguns exemplos. Entre os mais importantes modelos de investigação científica referentes à saúde humana, figuram os que se convencionou chamar de “*pesquisa clínica*”. Os pacientes atendidos, individualmente, nos serviços de saúde, devidamente examinados por profissionais, têm registradas em prontuários as manifestações de doença, mediante anotações que passaram a ser digitalizadas, e cuja preservação em arquivos médico-hospitalares evoluiu consideravelmente nas mais recentes décadas. Graças às informações acumuladas, ao longo de muitos anos e, em alguns casos, até, ao longo de vários séculos, tem sido possível gerar conhecimentos que orientem a escolha das práticas aplicadas ao exame e ao tratamento dos pacientes e ensinadas aos futuros profissionais. Graças às modernas tecnologias, as “*pesquisas clínicas*” multiplicaram-se em ritmo acelerado, tiveram ampliado o seu escopo e melhoraram quanto à qualidade, como jamais havia ocorrido no passado. Por sua vez, os arquivos que guardam essas informações devem seguir as mais atualizadas e aperfeiçoadas normas de funcionamento.

Não obstante as modernas tecnologias terem beneficiado, largamente, as várias etapas da análise dos prontuários, cumpre não esquecer que todo o conhecimento gerado pelas investigações clínicas depende, fundamentalmente, da qualidade do trabalho dos profissionais que observam, registram e interpretam os fatos relativos à saúde humana.

Têm sido, também, altamente beneficiadas pelos avanços das ciências da informação e da comunicação, as pesquisas referentes aos ramos da biologia humana que servem de base às práticas da saúde. Incluem-se entre elas a anatomia, a fisiologia, a bioquímica, a biofísica, a histopatologia, a microbiologia, a parasitologia, a farmacologia, a psicologia, a genética, a imunologia, as ciências sociais e disciplinas correlatas. Já no século XVIII, as universidades alemãs se haviam destacado pelo progresso em alguns desses ramos da biologia que constituem o fundamento científico das práticas médicas. E, à medida que a formação de médicos foi evoluindo em diferentes países do mundo, tornou-se evidente a necessidade de instruir o futuro profissional recorrendo àqueles ramos da ciência, de forma aprofundada, quanto ao significado das manifestações de doença e das alterações no comportamento dos pacientes com a saúde abalada. O famoso relatório elaborado pelo pedagogo Abraham Flexner, há cem anos passados, influenciou, profundamente, os educadores dedicados à formação dos futuros profissionais da medicina, no sentido da substituição de conceitos relativos à saúde humana originados de rituais de magia e de crenças religiosas mal interpretadas, por ideias fundamentadas no método científico, o que é o caminho correto para a interpretação dos fatos e a identificação das leis da natureza.

Outro modelo de pesquisa, que consiste na apreciação das questões pertinentes à saúde das coletividades de seres humanos, progrediu de forma lenta nos ambientes universitários brasileiros, durante longo período de tempo, especialmente quando comparada aos outros exemplos de estudos que acabamos de citar. Mais recentemente, contudo, a importância desses trabalhos, inclusive das chamadas “pesquisas operacionais”, se impôs pela sua importância, e as modernas tecnologias têm se mostrado, igualmente, essenciais à sua realização.

Ao enumerarmos alguns exemplos de modelos de pesquisas na área da saúde, não nos anima a pretensão de citá-los exaustivamente. Não devemos, contudo, omitir um dos modelos usados com maior frequência, o que envolve a identificação de fármacos e a sua possível eficácia na prevenção e no tratamento de perturbações da saúde humana, processos também muito aperfeiçoados pelos modernos instrumentos da ciência e da tecnologia.

No mundo moderno, não mais se pode aceitar a *improvisação* entre os que pretendam realizar pesquisa técnico-científica. É indispensável que os candidatos

às tarefas do pesquisador estejam para isso devidamente preparados. Ressalvadas umas poucas exceções, as universidades brasileiras, constituídas tardiamente, a começar da década de 1930, demoraram mais, ainda, até se compenetrarem da sua responsabilidade na formação de pesquisadores.

Ressalvadas umas poucas exceções, os trabalhos de pesquisa científica e tecnológica realizados entre nós até às décadas mais recentes, o foram por *pesquisadores formados fora do Brasil*. Nas nossas universidades, a importante missão de formar pesquisadores, essencial ao próprio conceito dessas instituições, somente se *difundiu em escala apreciável* nas últimas quatro ou cinco décadas, graças à organização da rede de cursos de pós-graduação “*stricto sensu*”.

Nos programas de formação de pesquisadores da área da saúde, especialmente nos currículos de mestrado e doutorado, devem, pois, figurar oportunidades para que os *candidatos aprofundem os seus conhecimentos acerca das modernas tecnologias pertinentes às ciências da informação e da comunicação*. Reciprocamente, aos que se preparam para a obtenção dos títulos de mestre e de doutor *nos campos das ciências da informação e da comunicação*, convém que lhes sejam apontadas as *imensas oportunidades de trabalho encontradas na área da saúde*.

As perguntas que geram projetos de investigação científica costumam surgir nos cérebros de indivíduos que, preferentemente, deverão para isso aproveitar-se do convívio em ambientes nos quais se debatem os temas que carecem de esclarecimentos pelo método científico. Em séculos passados, descobertas de fundamental importância foram realizadas por amadores, que não contaram com a preparação sistemática, conforme aqui preconizada. Identificam-se, na história da ciência, verdadeiros gênios, cuja intuição os levou a profundas inovações nos campos do saber e do fazer e que não haviam sido para tanto preparados. Conhecem-se, também, achados resultantes do acaso, em que o cientista se surpreende com o significado de observações que não constavam do projeto que está sendo posto em prática. Não obstante, nos tempos modernos, registram-se, como regra geral e com muito maior frequência, pesquisas realizadas por pessoas devidamente preparadas, que trabalham em ambientes conhecidos pela tradição de buscar respostas acerca de assuntos que necessitam ser melhor conhecidos. Na verdadeira aventura que é a pesquisa sobre temas da saúde humana, não se devem negligenciar, jamais, os preceitos da bioética a serem respeitados.

A reputação das instituições universitárias pelo mundo afora depende, fundamentalmente, da qualidade dos projetos de investigação científica e tecnológica que nelas se estejam realizando. A associação do ensino e da pesquisa nos ambientes universitários constitui prática já consagrada ao longo dos séculos, em muitos países, por justificadas razões. A *presença obrigatória nos departamentos*

universitários, de jovens aspirantes à carreira científica, estimula a renovação de ideias pelo constante desafio aos conhecimentos geralmente aceitos, muitos dos quais chegaram a ser tidos como definitivos, até então. A *formação de pesquisadores* deverá ocorrer mediante a colaboração com cientistas mais experientes que integrem o corpo docente das universidades. É mediante o convívio com cientistas que venham, de mais tempo, dedicados a essas atividades, que os mais novos adquirem, preferentemente, a necessária experiência com a metodologia da pesquisa e com as exigências para a divulgação dos resultados, como sejam, as normas para a publicação de livros e de artigos avaliados por periódicos bem aceitos na comunidade acadêmica.

A fim de atrair, em meio aos jovens, os melhores candidatos à preparação para as atividades científicas, cada universidade deve esmerar-se na geração de projetos que tenham a máxima aceitação junto aos cientistas. Nos tempos atuais, pouco se espera do trabalho isolado e de feitio individualista. Em contraste, predomina o produto de comunidades de cientistas dedicados a assuntos reconhecidos como relevantes para a sociedade que os sustenta, e no qual o jovem candidato, graças à sua imaginação, possa identificar aspectos das mesmas questões que mereçam esclarecimento pelo emprego do método científico.

Os departamentos universitários encarregados do ensino das ciências e das técnicas nos níveis da graduação e da pós-graduação constituem os ambientes mais propícios para a expansão das fronteiras do conhecimento pela pesquisa bem planejada. A depender do significado econômico dos novos achados, sobretudo no campo da tecnologia, algumas *empresas* que pretendam competir no mercado lançando produtos que envolvam inovações, têm sido, igualmente, responsáveis por pesquisas de grande significado. No Brasil, ainda é muito reduzido o número de empresas em cujo orçamento se incluam recursos para gerar novos processos e fabricar produtos diversos dos que vinham, há mais tempo, oferecidos aos consumidores. Tais iniciativas poderão ser muito onerosas e envolver riscos na aceitação dos produtos lançados ao mercado. Por isso mesmo a tanto somente se aventuram, em geral, empresas altamente capitalizadas. Ainda quando vierem a aumentar, no Brasil, as inovações geradas nas empresas, como é tão frequente nos países de mais forte tradição industrial, continuará sendo missão obrigatória das universidades a *formação de pesquisadores*, o que é parte indivisível do próprio conceito do que estas devam ser.

No Brasil, os cursos de pós-graduação, apesar do seu recente surgimento, datado de menos de cinco décadas, têm se revelado os grandes impulsionadores da associação entre o ensino e a pesquisa. Essa importante rede, além de formar pesquisadores dos quais o país necessita com a maior urgência, tem propiciado,

simultaneamente, o preparo de profissionais com mais denso lastro científico. As estatísticas a esse respeito têm sido muito animadoras.

Em conclusão, vale reconhecer, mais uma vez, que a colaboração entre os estudiosos das ciências das informação e da comunicação e os pesquisadores da área da saúde tem proporcionado, de forma incontestável, a melhoria dos indicadores de saúde e o conseqüente aprimoramento da qualidade de vida da população mundial. Portugal e Brasil têm se destacado quanto a esses índices de progresso, o que justifica a necessidade do estreitamento dos laços de colaboração entre os que se dedicam, nesses países, a esses ramos do conhecimento humano, assim entrelaçados uns aos outros.

Roberto Figueira Santos

Médico pela Faculdade de Medicina da Bahia. Catedrático jubilado de clínica médica. Ex-reitor da Ufba. Foi governador e secretário da saúde da Bahia, ministro da saúde, senador da República, deputado federal. Membro do Conselho Federal de Educação por dez anos. Ex-presidente do CNPq e membro da Academia de Letras da Bahia.

PERSPECTIVAS DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO NA BAHIA APLICADAS À ÁREA DE SAÚDE

Rosely Cabral de Carvalho

rosely.carvalho@secti.ba.gov.br

Meire Jane de Oliveira

meire.oliveira@secti.ba.gov.br

INTRODUÇÃO

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) permeiam as atividades humanas, orientando investimentos futuros em pesquisa e desenvolvimento (P&D) e educação de uma sociedade. No contexto da saúde, os países desenvolvidos apresentam altos investimentos, que vão desde o provimento de sistemas automáticos de comparação de DNA e possível geração de compostos bioquímicos de interesse humano, animal e vegetal, até o desenvolvimento de retinas artificiais e implantes informatizados, para servir de mecanismos de intervenção – para todos os tipos de seres vivos (MEIRA, 2006).

A bioinformática, como disciplina do conhecimento que se dedica à pesquisa, desenvolvimento ou aplicação de ferramentas computacionais, com o projeto de sequenciamento do genoma humano (2001) ampliou o escopo de sua atuação inicial, para incluir o processamento de dados biológicos, médicos, ambientais ou de saúde (Biologia Molecular, Biotecnologia e Indústria Farmacêutica) (FRIAS, 2006).

No Brasil, os grandes polos de conhecimento de bioinformática estão concentrados nas seguintes instituições: Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC) do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), Universida-

de Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Brasília (UnB), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Universidade Estadual de Santa Cruz/Núcleo de Biologia Computacional e de Gestão de Informações Biotecnológicas (Uesc/NBCGIB) (FRIAS, 2006) .

Na sociedade contemporânea, um dos grandes desafios é integrar as TICs às políticas públicas sociais, envolvendo processos colaborativos de produção do conhecimento, nas áreas de educação e saúde. Para isso, torna-se necessário transformar projetos educacionais e pedagógicos de formação de profissionais locais em redes de maior capilaridade e interatividade e associar processos de educação presencial a outras modalidades como programas de Educação a Distância (EAD) (CAMPOS *et al.*, 2009). Nesse contexto, a telemedicina surge como um dos avanços tecnológicos que associa as TICs à área de saúde e educação.

Sendo assim, algumas experiências podem ser destacadas, como o Projeto Nacional de Telessaúde, ação do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, que tem como proposta a criação de uma rede colaborativa de conhecimentos, qualificação profissional e conexão com centros universitários de referência para a qualificação das equipes de saúde da família em todo o país. A realidade da saúde no Brasil mudou com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Atualmente, são cerca de 26.000 equipes, que dão cobertura a aproximadamente 100 milhões de habitantes, estando presentes em 85% dos 5.507 municípios brasileiros (BRASIL, 2009).

Os estados participantes do projeto inicial foram: Amazonas (Universidade do Estado do Amazonas/Universidade Federal do Amazonas), Ceará (Universidade Federal do Ceará), Pernambuco (Universidade Federal de Pernambuco), Goiás (Universidade Federal de Goiás), Minas Gerais (Universidade Federal de Minas Gerais), Rio de Janeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), São Paulo (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Santa Catarina (Universidade Federal de Santa Catarina) e Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

O projeto implantado na fase-piloto tem como proposta a instalação de 900 pontos de núcleos que prestarão serviços de teleassistência, teleeducação e segunda opinião formativa para 2,7 mil equipes (10% do total de equipes do PSF). As cidades do projeto-piloto estão conectadas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), via Internet e interligadas a um núcleo estadual (universidade ou centro de pesquisa) de alta velocidade por meio de *backbone* da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) e da Rede Universitária de Telemedicina (BRASIL, 2009).

No caso específico do estado da Bahia, algumas experiências exitosas da política estadual de TICs podem também ser destacadas, demonstrando uma estratégia de seu desenvolvimento associada também à área de saúde.

PROJETOS INOVADORES: TECNOLOGIAS DIGITAIS E EDUCAÇÃO A DISTANCIA EM SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização de tecnologias de informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças, para a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações.

Nessa perspectiva, destaca-se a telemedicina como um dos projetos inovadores, que compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, prestados por profissionais da área. Como exemplos dos avanços da telemedicina, podem-se citar: a videoconferência médica, os trabalhos colaborativos e os estudos de caso, na área de pesquisa; a educação à distância, a educação continuada, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização, na área de capacitação profissional; e a segunda opinião, a consulta *on-line* e o telediagnóstico por imagem, na área de atendimento (EL KHOURI, 2003).

No Brasil, as ações em telemedicina vêm sendo realizadas desde a década de 90, porém de forma incipiente. Pioneiramente, a USP, através da Faculdade de Medicina (FMUSP), desenvolve, com o Centro de Inovação e Pesquisa em Soluções de Telemedicina e Telessaúde (Cips), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems/SP) e o Núcleo de Telessaúde de São Paulo, experiências de teleducação interativa (manuais eletrônicos, *video streaming*, vídeos, robótica na cirurgia) o Projeto Homem Virtual; a Biblioteca Virtual Bireme e a Segunda Opinião Formativa para profissionais da saúde, além de construir sistemas para promover a telemedicina (Cybertutor e Cyberambulatório) semelhantes aos centros modernos de telemedicina nos EUA e na Europa (URTIGA *et al.*, 2004).

Idealizado pela disciplina de telemedicina da FMUSP, o Projeto Jovem Doutor envolve alunos do ensino médio e universitário de diferentes áreas, para aprender e ensinar noções de saúde, como nutrição e cuidados com a pele. Esse projeto começou na Vila Dalva (2008), zona oeste da capital paulista. Em andamento na cidade de Tatuí (SP) e nas cidades de Manaus e Parintins, no Amazonas, o Projeto no Bairro apresenta inovações: reaproveitamento e reciclagem do lixo para um desenvolvimento sustentável e de combate à dengue e a outras doen-

ças infecto-contagiosas. Outras experiências de oficinas de inclusão digital de diversos temas nas quais são utilizados vídeos do Projeto Homem Virtual (www.projeto homem virtual.org.br), estão sendo oferecidas à população do estado de São Paulo durante todo o ano, como a construção de uma cooperativa de reaproveitamento de lixo e uma panificadora comunitária.

Como experiências na região Nordeste, que se destacam nessa área, pode-se citar a rede universitária de telemedicina (cirurgias de cabeça e pescoço, tele dermatologia e cardiogramas digitais), coordenada pelas universidades federais do Ceará e Pernambuco, interligando centros universitários, hospitais escolas e unidades básicas de saúde.

No estado de Pernambuco, destaca-se o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), como centro de referência em diversas especialidades na área de saúde. O Imip foi credenciado pelo Ministério da Saúde como centro nacional de referência para programas de assistência integral à saúde da mulher e da criança, centro colaborador em monitoramento e avaliação da atenção básica e centro colaborador para qualidade da gestão e assistência hospitalar. É a única instituição em Pernambuco que desenvolve uma experiência em telemedicina, na área de telepatologia, visando melhorar a acurácia dos diagnósticos clínicos das neoplasias pediátricas e determinar a necessidade de uma consulta com uma segunda opinião. Esse projeto associa um programa de cooperação internacional entre o Imip e o St. Jude Children's Research Hospital, localizado em Memphis, Tennessee, nos Estados Unidos (URTIGA *et al.*, 2004).

UMA AGENDA PARA A BAHIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

O estado da Bahia tem o desafio de estimular vocações na formação educacional em ciência da informação, desde o ensino médio, passando pela graduação e pós-graduação, até os profissionais graduados na área de informática e em outras áreas como engenharia, medicina e educação. Isto porque as TICs estão presentes como meios nas ações pedagógicas, favorecendo os processos colaborativos de produção do conhecimento. Sendo assim, o governo baiano pretende formar uma rede de competências humanas na área.

Atualmente, o destaque na política estadual de TICs é a implantação da Rede Baiana de Alta Velocidade (Rebav), que foi precedida pela Rede Metropolitana de Salvador e interliga 22 instituições. Quando ampliada, será uma rede avançada de pesquisa, com capacidade de prover adequado ambiente de inovação e inclusão sociodigital. A Rebav interligará as principais instituições de ensino e pesquisa do estado, possibilitando o acesso da comunidade acadêmica baiana à RNP.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) é outro pilar da política estadual de TICs, tendo aprovado recentemente apoio ao Projeto *Teledocor*, que visa possibilitar a realização de teleconsultas (ambulatório *on-line*) por meio de um software inovador que permite a interação via Internet entre profissionais de saúde do interior do estado e uma equipe multidisciplinar na capital.

A Bahia também iniciou, em maio de 2009, através da Universidade Federal da Bahia (Ufba), uma parceria com Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e a Rede Universitária de Telessaúde (Rute) da RNP, vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, com o objetivo de utilizar a infraestrutura dessa rede para apoiar o Grupo Especial de Interesse em Saúde da Criança e do Adolescente. Tendo a violência como tema inicial, montou-se uma agenda de videoconferências entre pesquisadores e instituições nacionais e internacionais.

Muitos desafios ainda estão delineados para o governo baiano; entre eles, a inserção no Projeto Nacional de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica, já que a Bahia ainda não está contemplada na fase-piloto. Essa ferramenta será imprescindível para a melhoria das ações do PSF.

Outras iniciativas, como a EAD nos centros vocacionais tecnológicos territoriais, em particular o da saúde da mulher, a ser inaugurado em Feira de Santana, promoverá novas experiências e produtos ligados à educação a distância e, portanto, novos desafios e paradigmas para a educação baiana, como plataformas de aprendizagem, ferramentas de interação e gestão de conhecimento compartilhado, possibilitando o crescimento de empresas na área de TIC, a geração de renda e empregos qualificados na Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de ferramentas de novas tecnologias digitais, a exemplo da telemedicina e trabalho em redes de P&D são fundamentais para melhorar a eficiência de um sistema de saúde. Para potencializar os benefícios que elas podem gerar, é necessário o comprometimento de gestores públicos e dos recursos humanos na sua utilização. Dessa forma, a tecnologia torna-se um instrumento eficiente para gerir um macroprocesso de estratégia, que facilita a colaboração entre as partes envolvidas e permite atividades integradas da comunidade científica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Coordenação de Biblioteca. Projeto Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. *Revista Latino-Americana de Telessaúde*. Disponível em: <http://www.telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?>. Acesso em 26 set. 2009).

CAMPOS, F. E. et al. O programa nacional de telessaúde no Brasil: um instrumento de apoio à atenção primária. *Latin American Journal of Telehealth*, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.39-66, 2009.

FRIAS, D. *Bionfórmatica: relatório de tendências em tecnologia da informação e comunicação*. Salvador: SECTI, 2006. p.154-168.

EL KHOURI, S.G. *Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil*. 2003. 238 f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.

MEIRA, S. *BATIC: Bahia, informação e comunicação: relatório de tendências em tecnologia da informação e comunicação*. Salvador: SECTI, 2006. p.9-23.

URTIGA, K.S. et al. *Telemedicina: uma visão geral do estado da arte*. 2004. Disponível em <<http://www.telemedicina.unifesp.br/pub/SBISC/CBIS.trabalhos>>. Acesso em: 26 de set. 2009).

Rosely Cabral de Carvalho

Graduada em enfermagem obstétrica pela Escola Paulista de Medicina. Mestre em saúde pública pela Ufba. Doutora em saúde pública pela USP. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Meire Jane de Oliveira

Graduada e mestre em economia pela Escola de Economia da Universidade Federal da Bahia. Coordenadora de articulação e modernização institucional da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado da Bahia.

COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: contribuições das teorias cognitivas

Aida Varela Varela
varela@ufba.br

INTRODUÇÃO

Assiste-se a uma crescente valorização dos pressupostos da chamada sociedade cognitiva, que estimula o sujeito a desenvolver, continuamente, conhecimentos, capacidades e atitudes, assumindo, como principal desafio, reduzir as diferenças entre aqueles que sabem aprender e os que não sabem fazê-lo. Educação e formação constituem-se ferramentas de promoção para a inclusão social e a realização pessoal.

Reconhece-se que a informação e o conhecimento têm um forte componente social, e, portanto, sua criação, acesso e compartilhamento contribuem significativamente para fortalecer o desenvolvimento das comunidades, das nações. O desafio que se impõe a todas as nações e corporações no mundo atual, intensamente baseado em tecnologias, é o de que todos possam acessar e utilizar a informação, na perspectiva de criar e compartilhar conhecimento.

Para alguns especialistas, como Manuel Castells (1999), a aplicação do conhecimento está na centralidade da revolução conceitual e operacional, impulsionada pelos avanços da ciência e da tecnologia, que se opera nas sociedades contemporâneas e que atinge em velocidade sem precedentes todos os setores da vida humana. Importa, assim, pensar a utilização de conhecimentos, pavimentar caminhos para os seus diversos usos e assegurar a sua dimensão social e ética.

No campo da ciência da informação, o conceito “informação” é utilizado no sentido de conhecimento comunicado. Esta perspectiva inclui conceitos de novidade e relevância e refere-se ao processo de transformação do conhecimento e, particularmente, à sua seleção e interpretação em um contexto específico. Nessa área, parecem óbvias a superposição e a complementaridade de significado entre informação e conhecimento (CAPURRO; HJÖRLAND, 2003, p.3).

A informação pode ser definida como um objeto complexo e intangível, produzido e utilizado pelo homem em um ciclo complexo que engloba processos cognitivos. O reagrupamento de várias informações pelos analistas gera o conhecimento útil para a tomada de decisão, o qual permitirá criar inteligência, ao ser inserido em um contexto global.

A educação vem sendo reconhecida como uma variável importante no desenvolvimento econômico e social, seja através da formação de recursos humanos para o setor produtivo, seja na construção da cidadania e de uma sociedade moderna, preparada para absorver os resultados alcançados no campo econômico e estimulados pelos avanços da ciência e da tecnologia.

A prática pedagógica encontra-se apoiada em processos comunicacionais sujeitos a regras. A condição de efetivar a ação comunicativa é o diálogo entre emissores e receptores. As informações não podem ser manipuladas nem totalmente controladas ou silenciadas, sob o risco de se comprometerem as bases legítimas nas quais se assenta o processo pedagógico. Daí a margem possível de liberdade, criatividade e invenção, permitindo deslocamentos e alternâncias de posições momentâneas entre receptores e emissores.

Considerando a importância do contexto cultural na compreensão do conjunto de informações classificadas e formatadas, o discurso pedagógico recorre a uma nova seleção, abstração e reenfoque das informações. Nesse processo, as práticas pedagógicas geram novas formas de relação social, com as informações e novos posicionamentos de emissores e receptores, no que se refere aos seus papéis nos processos de transmissão e de aquisição. Daí, reflete-se sobre a importância e a responsabilidade do mediador, elo entre o sujeito e o objeto, filtro através do qual o sujeito é capaz de ver o mundo e operar sobre ele, assimilando-o, acomodando-o, organizando-o.

As várias estratégias metodológicas utilizadas na área educacional visam a atingir não só a inteligência do aluno receptor das informações, mas também criar condições de desenvolvimento de valores culturais amplos, específicos, éticos e estéticos. A forma como essa informação é oferecida e captada é de vital interesse ao mediador, aquele que é tanto comunicador quanto receptor no contexto educacional.

Do lado do mediador, encontra-se uma figura humana que construiu seu repertório intelectual, social, ideológico e afetivo; e, do lado do receptor, da mesma forma, encontra-se um indivíduo que particulariza a informação, também, através de seu próprio repertório, formado por seus conhecimentos prévios, por suas predisposições em relação ao conteúdo e ao mediador.

O homem, compreendido como um ser participativo, é possuidor de mente ativa, decodificadora e geradora de informações, fonte de sua criação e atos, uma vez que a própria inteligência humana deve ser entendida como um processo aberto, que percorre um caminho de ida e volta, de forma reversível e plástica, que permite atingir o ponto de equilíbrio dinâmico com o meio e com as informações dele procedentes. A utilização que o homem faz da informação é uma das medidas de que ele dispõe para compreender seu próprio processo adaptativo e evolutivo como indivíduo e como sociedade. (CARPIGIANI, 1998.)

Uma informação nova, ao quebrar as estruturas de conhecimento já existentes, gera uma desordem cognitiva e a mensagem pode então apresentar-se caótica, não conseguindo ser apreendida pelo receptor. É importante, então, o conhecimento de linguagens particulares adequadas a um determinado canal e contexto.

O mediador da informação deverá levar em consideração os elementos presentes na transmissão do conteúdo informativo. Isso significa que ele necessariamente observa as propriedades da comunicação, facilitando a articulação das suas ideias e do seu saber, assim como organizando seu repertório de acordo com seus objetivos. A forma de planejamento do conteúdo, assim como a metodologia de transmissão da informação, são fatores que, entre outros, também influenciam a qualidade da decodificação por parte do receptor.

Deve-se apontar que um dos fundamentos das relações sociais entre o indivíduo e o mundo exterior desenvolve-se dentro de um contexto histórico; dessa forma, os instrumentos de compreensão da realidade estão necessariamente vinculados à própria história, permeada pelos sistemas simbólicos de que a cultura dispõe. Esses sistemas de representação da realidade oferecem um filtro que influencia, sobremaneira, a forma de compreender o mundo, interpretá-lo e operar intelectual, afetiva e socialmente sobre ele.

Observa-se que “[...] a ação educativa se dirige sempre a um ser humano singular (o educando) e é dirigida por outro ser humano singular (o educador) e se realiza sempre em condições (materiais e não materiais) singulares. (DUARTE, 1993, p. 13)

O trabalho educativo, segundo Duarte (1993), é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é históri-

ca e coletiva. E o mediador precisa compreender os elementos que caracterizam o processo de formação do indivíduo de modo crítico e consistente. Assim, o objetivo da educação diz respeito à identificação dos elementos culturais que precisam ser assimilados pelos indivíduos para que eles se tornem humanos e também está relacionado à descoberta das formas mais adequadas de atingir esse objetivo.

APORTES DAS TEORIAS DE APRENDIZAGEM

É sabido que, nos últimos anos, tem-se produzido uma importante mudança de orientação na psicologia científica. Após um longo período de predomínio da psicologia condutista (behaviorista), consolida-se um novo enfoque - a psicologia cognitiva -, cuja representação mais clara é o processamento de informação, baseado em uma analogia entre o funcionamento da mente humana e os computadores digitais. Essa mudança de orientação abrange a maior parte dos campos de pesquisa em psicologia, como memória, atenção, inteligência etc., alcançando, inclusive, o estudo da interação social e da emoção.

Pode-se falar legitimamente da existência de duas diferentes tradições cognitivas: uma, a dominante, de natureza mecanicista e associacionista, representada atualmente pelo processamento da informação; a outra, de caráter organicista e estruturalista, remonta à psicologia europeia de entreguerras, quando autores como Piaget, Vygotski, Bartlett ou a escola da Gestalt propõem uma concepção do sujeito humano radicalmente antiassociacionista.

A diferença essencial entre a corrente do processamento da informação e o estruturalismo cognitivo reside na unidade básica da análise da qual partem. Enquanto o processamento de informação é elementista e parte de unidades mínimas, considerando que uma totalidade pode ser decomposta em suas partes, o enfoque cognitivo parte de unidades mais molares, nas quais o todo não é simplesmente a soma de seus componentes.

Vygotski (1984), um dos mais lúcidos defensores de um enfoque molar em psicologia, considera que tal enfoque deve basear-se no que ele denomina análise por unidades: as unidades seriam “um produto da análise que, contrariamente aos elementos, contém todas as propriedades básicas da totalidade”.

Os gestaltistas acreditam que a reestruturação se efetua por *insight* ou “compreensão súbita” do problema. No enfoque gestaltista, o sujeito aprende reinterpretando seus fracassos e não somente por meio do êxito, se bem que também possa aprender do êxito, se for capaz de compreender as razões estruturais que o tornaram possível.

Estudos de Piaget

O construtivismo vê o conhecimento pelo prisma da interação entre sujeito e objeto. Foi desenvolvido, inicialmente, a partir dos estudos de Jean Piaget, que enfocou, em suas pesquisas, as alterações sofridas pelo organismo humano em processo de desenvolvimento. Piaget enfatiza a construção do conhecimento e considera que os estímulos do mundo são assimilados pelo ser humano, de acordo com o desenvolvimento de sua estrutura cognitiva.

A psicologia genética piagetiana centraliza-se na operatividade cognitiva do indivíduo, segundo as leis da lógica, da física, das leis formais da natureza, tratando-se, portanto, de um logicismo, que permite a descrição das estruturas mentais implícitas na resolução de problemas.

Segundo Piaget (1971), a estrutura cognitiva é construída em etapas e cada etapa incorpora as anteriores, dando-se a construção do conhecimento pela ação recíproca e interativa do sujeito com os objetos (meio). A inteligência é entendida, portanto, como adaptação, tendo como função estruturar o universo de forma similar à estruturação do meio ambiente pelo organismo. A estrutura mental e o conhecimento são construídos em uma relação dialética entre a maturação biológica e o ambiente.

Sabe-se que Piaget é kantiano como Vygotski é marxista. Kant forneceu a Piaget a matriz para a estruturação da gênese das categorias (esquemas operatórios) do pensamento. Piaget reconstruiu geneticamente, uma a uma, as noções básicas de Kant: tempo e espaço, intuição, quantidade, qualidade, relação e modalidade do entendimento.

Por entender que é o organismo, por meio da estrutura cognitiva, que organiza os estímulos do mundo, Piaget (1971) desenvolveu e definiu os dois pilares de sua teoria: a assimilação e a acomodação. O conceito de assimilação diz respeito à capacidade de a estrutura cognitiva do indivíduo atuar no ambiente. O organismo assimila a realidade de acordo com a capacidade de sua estrutura cognitiva interna. Em contrapartida, a estrutura cognitiva também é mobilizada e modifica-se em função da realidade, acomodando-se a ela. A adaptação é justamente um estado de equilíbrio entre a acomodação e a assimilação.

Aprendizagem é a modificação duradoura (equilibrada) do comportamento, em razão das aquisições decorrentes da experiência. O conhecimento constrói-se em um movimento contínuo de equilíbrio; daí ser importante que a ação pedagógica provoque os sujeitos por meio de situações desequilibradoras, dando espaço para que eles possam criar e/ou descobrir as soluções a partir do próprio esforço para a superação do desequilíbrio (PIAGET, 1987).

Lucien Goldmann (1973, p.39) desenvolveu os conceitos de compreensão e explicação, entendidos como passos necessários e complementares do processo de conhecimento, com base na razão dialética, expressada por Piaget (1971), enfatizando a transformação fundamental do “conhecimento-estado” em “conhecimento-processo”. Assim, entender uma informação significa considerá-la como uma estrutura ou uma totalidade relativa e submetê-la a uma operação intelectual que verifica a função de suas dependências internas ou partes constitutivas.

Estudos de Vygotski

A abordagem socio-histórica de Vygotski (1991) baseia-se na ideia central de que o ser humano se desenvolve pela interação social, quando o desenvolvimento cognitivo mantém estreita relação com a aprendizagem. O desenvolvimento das funções psíquicas do indivíduo interage continuamente com a aprendizagem, com a apropriação do conhecimento produzido pela humanidade e as relações que estabelece com seu meio.

Para Vygotski (1991), desenvolvimento e aprendizagem constituem uma unidade. A aprendizagem, quando significativa, estimula e desencadeia o avanço para um nível de maior complexidade que, por sua vez, serve de base para novas aprendizagens.

Para explicar a relação que se estabelece entre desenvolvimento e aprendizagem, Vygotski formulou os conceitos de zona de desenvolvimento real, zona de desenvolvimento proximal e zona de desenvolvimento potencial. A zona de desenvolvimento real é o nível de desenvolvimento das funções mentais do indivíduo que se estabeleceram como resultado de certos ciclos de desenvolvimento já completados, ou de um processo de desenvolvimento específico. A zona de desenvolvimento proximal é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar com a solução de problemas de forma independente, e a zona de desenvolvimento potencial determinado pela solução de problemas sob a orientação de outro indivíduo ou em colaboração com companheiros mais capazes.

A área de desenvolvimento proximal compreende funções mentais ou operações mentais em processo de amadurecimento, logo processos que estão em estado de formação. Segundo Vygotski, todo conhecimento é uma produção cultural diretamente relacionada com a linguagem. É por meio da linguagem que se dá a interiorização dos conteúdos, pois ela faz com que a natureza social das pessoas se torne, também, sua natureza psicológica. Ele concede importância fundamental ao desenvolvimento da linguagem, sendo a palavra um rico instrumento para transmitir a experiência histórica da humanidade.

Todo ser humano, inserido em uma realidade socio-histórica, somente adquire a condição humana se for, em sua relação com o mundo, mediado por instrumento de sua cultura - signo, palavra, símbolo. O conhecimento é, portanto, uma produção cultural, diretamente relacionada com a linguagem e com a interação social. A mediação é a ação que se interpõe entre sujeito e objeto de aprendizagem, sendo a palavra de fundamental importância (VYGOTSKI, 1991).

Aprender a comunicar-se, a compreender os outros, a entender regras, a perceber que o outro pode ter um ponto de vista diferente, a captar expressões faciais ou outras expressões de emoção requer funções cognitivas superiores, como decodificar signos, gestos, sons, palavras, combinar fontes de informação, levantar e analisar hipóteses, entre outras funções cognitivas.

Vygotski ressalta as relações culturais de mediação das estruturas psicológicas. O fator decisivo no desenvolvimento não recai sobre o indivíduo, sujeito dos processos de construção intelectual, mas sobre os processos de mediação das estruturas cognitivas e linguísticas. A teoria de Vygotski não enfatiza apenas a ação do sujeito epistemológico autônomo, mas precipuamente a mediação cultural ou a ação dos outros sujeitos na construção psicológica individual.

Estudos de Reuven Feuerstein

A Teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural (TMCE) fundamenta-se no enfoque ativo e otimista da capacidade de modificabilidade do ser humano, requerida para as mudanças que a sociedade atual exige, capacidade que possibilita a integração. Discípulo de Piaget, Feuerstein, por meio da TMCE, propõe conceitos no campo da cognição, com foco na aprendizagem e no desenvolvimento humano. Ele averigua como o sujeito chega à solução do problema, empregando a analogia do computador - entrada, processo e saída - e propõe o mapa cognitivo como ferramenta de análise do ato mental. Esse mapa demonstra como o sujeito aprende e, o mais importante, permite-lhe aprender a aprender. A teoria tem como um dos aportes conceituais centrais o pressuposto de que o ser humano é dotado de uma mente plástica, flexível, aberta à mudança, assim como de um potencial e de uma propensão natural para a aprendizagem.

A TMCE tornou-se uma hipótese teoricamente plausível a partir de três grandes pressupostos. O primeiro pressuposto está relacionado com a concepção da ontogenia dupla do organismo humano - a ontogenia biológica e a ontogenia sociocultural. A ontogenia biológica consiste em perceber o ser humano como uma comunidade de células interligando-se com o ambiente, tornando-se sujeito. A ontogenia sociocultural, responsável pela estrutura social,

moral e comunicacional do ser humano, dá ao organismo a verdadeira natureza de entidade humana. O segundo pressuposto que reforça o conceito de modificabilidade cognitiva é a definição modal do comportamento humano como um estado e não como algo fixo e imutável. O terceiro pressuposto, considerado como uma grande fonte de apoio ao conceito de modificabilidade, é a nova concepção neurocientífica do cérebro humano como um organismo altamente flexível e elástico (FEUERSTEIN, 2002, p.08).

Explica-se, assim, a aprendizagem humana, não só pela integridade biológica dos genes e cromossomos ou pela simples exposição direta a objetos, acontecimento, atitudes e situações, mas também pela relação indivíduo-meio. Esta é mediatizada por outro indivíduo mais experiente, cujas práticas e crenças culturais são transmitidas, promovendo zonas mais amplas de desenvolvimento crítico e criativo - desenvolvimento de processos psicológicos superiores - rumo à autonomia cognitiva. Portanto, decorre de uma aprendizagem mediada (FEUERSTEIN, 1980).

Para explicar como a interação humana impulsiona o desenvolvimento da estrutura cognitiva e fomenta a capacidade humana de modificabilidade, Feuerstein desenvolve o aporte conceitual central de sua teoria: a Experiência de Aprendizagem Mediada (EAM), ressaltando que toda interação humana se viabiliza pela comunicação. Desse modo, a EAM tem seu foco não no conteúdo das informações, mas na estratégia metodológica dialógica intencional, quando emissor e receptor são os responsáveis pelo conhecimento construído, interagindo constantemente, dando importância à troca de impressões, aos sentimentos sobre o mundo e ao intercâmbio de formas de compreensão da realidade (FEUERSTEIN, 1980).

Entre os principais critérios da EAM, há três universais que, segundo Feuerstein, necessitam ser considerados em qualquer experiência de aprendizagem: mediação da intencionalidade/reciprocidade, mediação do significado e mediação da transcendência.

O conceito de adaptação numa acepção genérica refere-se a mudanças que o organismo sofre como resposta ao surgimento de uma nova situação que as requer. É um processo dinâmico que representa mudança de um estado a outro. Essa adaptabilidade do organismo (do indivíduo ou grupo) é aquela denominada modificabilidade, que pode variar, diferindo de indivíduo a indivíduo, de estado a estado, de situação a situação. Trata-se de fenômeno que, embora observado com razoável frequência, necessita de elaboração mais ampla.

Pode-se dizer que na abordagem de Feuerstein entrecruzam-se (de forma aparentemente paradoxal) dois importantes pressupostos epistemológicos resultantes na seguinte síntese: o sujeito cognoscente, conforme a abordagem de Piaget,

construtor de seu conhecimento, tem sua atividade cognitiva qualificada por intermédio da intervenção do sujeito mediador, conforme a abordagem de Vygotski.

Para Feuerstein, a modificabilidade é um fator tanto biológico quanto cultural, o que o remete a Vygotski. O conceito de modificabilidade implica uma estrutura cognitiva permeável aos estímulos culturais e torna cada indivíduo único, imprevisível, capaz de superar suas condições atuais.

Em síntese, percebe-se que Feuerstein e Vygotski desenvolveram suas teorias sob forte influência de Piaget. Contudo, começaram a perceber que certos aspectos da diretriz piagetiana poderiam ser enriquecidos. Para Vygotski, a insatisfação estava no individualismo epistemológico da teoria de Piaget e na pouca ênfase da mediação social. Para Feuerstein, havia a questão dos mecanismos concretos da aprendizagem em relação à mediação de outro ser humano (GOMES, 2002).

Por essa razão, os programas derivados da TMCE preparam para a vida e para a integração produtiva das pessoas nas comunidades. O desenvolvimento humano só é possível quando se potencializam as pessoas para que possam atuar de maneira inteligente e coerente com suas necessidades. Trata-se de gerar condições reais de “poder fazer bem” o que se planejou “pensar-se bem”, significando que se chega ao processo quando as representações construídas pelas pessoas coincidem com as forças que as conduzem à superação real de suas limitações e bloqueios. (PILONIETA, 2005.)

Estudos de Paulo Freire

A obra de Paulo Freire (1980) constitui-se em uma tentativa de recuperar e proporcionar conceitos e instrumentos metodológicos do estruturalismo genético e da razão dialética, mostrando sua aplicabilidade ao processo pedagógico. No conjunto de sua obra, podem ser destacados alguns elementos ontológico-epistemológicos, entre eles o conceito de “educação dialógica” versus “educação bancária”. Na “educação bancária”, duas estruturas se confrontam - a do educador que sabe e comunica e a do educando que não sabe e aprende; e na educação dialógica, dois processos de estruturação gnoseológica interagem, um ensinando/aprendendo com o outro e ambos construindo o conhecimento do mundo.

No esforço de destacar a importância do conceito de conscientização para a ciência e de sua relevância para a atuação política, Freire distingue conscientização de “tomada de consciência”, à luz da razão dialética. Ele argumenta:

[Estou] convencido de que a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da reali-

dade [...]; a conscientização não consiste em “estar frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens.(FREIRE, 1980, p. 25)

Freire (1979, 2002) ressalta a importância e a necessidade de se entender a existência humana a partir de sua substancialidade, ou seja, o reconhecimento de todos os homens como verdadeiros sujeitos históricos. Os atributos dos seres humanos não podem, assim, sobrepujar o reconhecimento da existência humana: a sua presença no mundo como sujeito.

Faz-se necessário reconhecer a humanização não apenas como viabilidade ontológica, mas como realidade histórica. Humanização e desumanização estão inseridas na história, em um contexto real, concreto, e são possibilidades dos homens como seres inconclusos e conscientes de sua inclusão.

Para Freire, o diálogo assume papel fundamental na constituição da consciência, pois esta é essencialmente dialógica pelas relações estabelecidas com os outros e com o mundo. No diálogo, a tomada de consciência se transforma em conscientização. Para Freire, é no diálogo e na comunhão que os homens e as mulheres se conscientizam. O diálogo é a chave para a conscientização dos homens, das mulheres e do mundo.

Segundo Freire (1985), a tomada de consciência constitui o primeiro momento de apreensão da realidade. Esse conhecimento existe porque os seres humanos são e estão “situados” e “datados” e os homens são espectadores “com” e “no mundo”. Essa tomada de consciência não significa ainda a consciência crítica, quando há maior intensidade do desenvolvimento crítico. Por essa razão, a consciência crítica implica ultrapassar a esfera espontânea da apreensão da realidade para uma posição crítica. Por meio dessa crítica, a realidade passa a ser reconhecida como um objeto diante do qual o homem assume uma posição epistemológica: o homem em busca do conhecimento.

Estudos de Edgar Morin

Morin (2000) defende que um conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade. Complexus significa “o que foi tecido junto”. Há complexidade quando elementos diferentes, constitutivos do todo, são inseparáveis (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico). Há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo do objeto de conhecimento

com seu contexto - as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. A complexidade, portanto, é a união da unidade com a multiplicidade, sabendo-se, de antemão, que sempre haverá a incerteza no pensamento complexo, o que permite escapar do dogmatismo que reina nos pensamentos não-complexos.

O pensamento não-complexo é representado por meio de paradigmas, que efetuam a seleção e a determinação dos conceitos e das operações lógicas. Assim, os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles. Evoca-se, aqui, o “grande paradigma do Ocidente”, formulado por Descartes e imposto pelo desdobramento da história europeia a partir do século XVII. O paradigma cartesiano separa o sujeito e o objeto, cada qual na sua esfera própria: a filosofia e a pesquisa reflexiva de um lado, a ciência e a pesquisa objetiva de outro (MORIN, 2000).

O paradoxal é que a ciência moderna, que tanto contribuiu para o estudo do cosmos, das estrelas, da bactéria e, enfim, de tantas coisas, está completamente cega com respeito a si mesma e a seus poderes. Já não se sabe para onde ela nos conduz. Cremos ver a realidade, mas, na verdade, vemos o que o paradigma solicita que seja visto, ocultando-se o que ele impõe que não se veja. O mundo como o vemos é, pois, fruto do que se pode chamar, segundo Morin (1986), de uma dialógica de ordem e desordem. Dialógica por se tratar de duas noções totalmente heterogêneas - que se rechaçam mutuamente. É preciso, pois, trabalhar com a desordem e com a incerteza e perceber que trabalhar com a desordem e a incerteza não significa deixar-se submergir por elas. O verdadeiro pensamento é o que olha de frente, enfrenta a desordem e a incerteza.

A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA COMO ORDENADORA DE INFORMAÇÕES

A questão sobre a formação do homem em sua totalidade, perante o modo de produção capitalista, é central para a compreensão das relações sociais e sua possível transformação. À medida que o trabalho industrial foi se tornando mais complexo, esse tema passou a atravessar os debates sobre educação, e o conceito de qualificação adquiriu importância sociológica (RAMOS, 2002).

A importância da relação trabalho-educação se justifica porque, justamente a partir dela, configura-se como um processo contraditório e marcado pelos valores capitalistas. Filosoficamente, a caracterização do papel social da educação ao final do século XVIII e no século XIX percorrerá, de um lado, o humanismo e o racionalismo ilustrado e, de outro, o pensamento da economia política, que defenderá a educação da gente comum, dos trabalhadores, como

mecanismo de libertação dos obstáculos que se poderiam opor à marcha inexorável do progresso econômico. Diante da necessidade de se trabalhar com a desordem e a incerteza, surge a necessidade de se analisar o conceito de qualificação e noção de competência, principalmente quando se trabalha com a formação de seres humanos.

As referências teóricas que subjazem à noção de competência, conforme explica Berger (2000), são a epistemologia genética de Jean Piaget e a linguística de Noam Chomsky. Na base do significado de competência, está a ideia da construção de estruturas na apropriação pela mente humana dos conhecimentos e na construção de novos conhecimentos pela relação de interação com o meio social e natural. As estruturas mentais e as interações sociais gerariam a possibilidade de significar o mundo, de apropriar-se de novos elementos integrando-os na rede de esquemas mentais.

A partir dessa base, formula-se claramente um significado para as competências:

Entendemos por competências os esquemas mentais, ou seja, as ações e operações mentais de caráter cognitivo, sócio-afetivo ou psicomotor que mobilizadas e associadas a saberes teóricos ou experiências geram habilidades, ou seja, um saber-fazer. (BERGER, 1998, p. 8 e 2000, p. 5).

Com o mesmo significado, o texto básico de 2000 do Enem faz a seguinte formulação:

Competências são as modalidades estruturais da inteligência, ou melhor, ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que desejamos conhecer. As habilidades decorrem das competências adquiridas e referem-se ao plano imediato do "saber fazer". Por meio das ações e operações, as habilidades aperfeiçoam-se e articulam-se, possibilitando nova reorganização das competências. (BRASIL, MEC. Enem-Documento Básico, 2000, 1999, p.07)

Machado (1999) sintetiza essa abordagem considerando as competências como mediação entre os universos do conhecimento tácito e do conhecimento explícito, ou entre o conhecimento e a inteligência.

Segundo Le Boterf (2003), pode-se abordar a definição de competência utilizando dois eixos: o eixo paradigmático (eixo do repertório, do léxico, do equipamento e dos recursos) e o sintagmático (eixo da articulação de elementos para produzir sintagmas; é o eixo da combinação, na competência linguística).

A elaboração de representações operatórias e a autoimagem permitem ao profissional mobilizar de maneira pertinente um conjunto de saberes, saber-fazer, aptidões, qualidades pessoais e experiências. Distinguem-se particularmente entre esses recursos os saberes teóricos, do meio e procedimentais, o saber-fazer, as aptidões ou qualidades, os recursos fisiológicos e os recursos emocionais.

Os saberes teóricos servem para entender um fenômeno, um objeto, uma situação, uma organização ou um processo. Visam a descrever e a explicar seus componentes ou sua estrutura, a apreender suas leis de funcionamento ou de transformação, a entender seu sentido, sua razão principal.

Os saberes do ambiente designam o conjunto dos saberes que se referem ao contexto no qual o profissional intervém. Supõem componentes diversos: equipamentos, sistema de gestão, regras e tipos de gerenciamento, culturais, organizacionais, códigos sociais, características dos clientes, produtos e serviços etc. Os saberes do ambiente dão ao profissional a possibilidade de intervir em uma situação particular, de adotar condutas pertinentes em relação a um contexto e não apenas em relação a uma profissão.

O saber-fazer cognitivo corresponde a operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e à realização de projetos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção. Essas capacidades são postas em execução e organizadas entre si por um sujeito em interação com seu meio. Elas podem consistir:

- na realização de ações interiorizadas relativamente simples como: enumerar, classificar, distinguir, comparar, descrever, definir, explicar, determinar contradições, identificar aspectos, etc.;
- em operações mais complexas, entre as quais se encontram: a generalização indutiva, a generalização construtiva, o raciocínio analógico.

Capacidades e processos cognitivos resultam em inferências, em novas informações elaboradas a partir de um conjunto de informações básicas. Algumas inferências podem levar a informações mais gerais por meio de raciocínios indutivos; outras podem levar a informações mais específicas, tratando-se de raciocínios dedutivos.

As capacidades cognitivas possibilitam aos profissionais várias combinações possíveis para se adaptarem permanentemente às características e à evolução das situações. Etimologicamente, compreender é “aprender em conjunto”. O saber-fazer cognitivo se insere no procedimento permanente de equilíbrio descrito por Piaget entre as estruturas de assimilação e as estruturas de acomodação.

Esse reajuste contínuo entre incorporação e acomodação é a base do movimento de adaptação do sujeito à realidade.

As ferramentas a serem mobilizadas pelo profissional para construir suas competências não são unicamente constituídas por recursos incorporados à sua pessoa. Comportam, também, recursos externos, situados em seu entorno. Entre eles, citam-se equipamentos, máquinas, meios de trabalho, informações e redes relacionais.

Saber agir é mais saber escolher uma conduta e uma estratégia do que se moldar a uma resposta comportamental predeterminada. O profissional, como todo sujeito, reage à representação que tem de um estímulo e não ao próprio estímulo.

Para Dudziak (2007) existem diferentes níveis de competências informacionais: nível básico - organizar e localizar, habilidade no uso de ferramentas informacionais e tecnológicas, ou seja, alfabetização digital; nível secundário - usar tecnologia, buscar informações, localizar, organizar, transformar em conhecimento, pensar sistematicamente, acionar processos cognitivos incorporando habilidades e conhecimentos construídos por meio da reflexão; nível complexo - processo construtivo de significados a partir da informação, do conhecimento e do aprendizado (dimensão informacional, cognitiva, atitudinal e valorativa, conhecimentos acrescidos da noção de valor).

COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM COMUNIDADES

A vida, a sociedade, a natureza, tudo o que vive se transforma, e a mudança é intrínseca à dinâmica existencial. As mudanças provocam diferenças em relação ao estado anterior da ação e dos atores. Elas ocorrem por meio de uma dinâmica que inclui diálogo, cooperação e consensos estabelecidos entre atores e, concomitantemente, antagonismos, contradições e conflitos entre eles.

Existem várias maneiras de ensinar; há maneiras que aumentam a confiança do aprendiz na própria capacidade de observar, criticar, analisar e construir conhecimento. O ensino que incentiva mudanças, incentiva a cooperação. Em vez de competir à procura de aprovação, examina problemas existentes e busca soluções criativas e corajosas.

A educação para a mudança coloca ênfase na aprendizagem, motiva a expressão das próprias ideias, investiga e procura meios de ajudar as pessoas a se libertarem da pobreza e da doença. No âmbito da saúde, os agentes de saúde podem liderar mudanças ajudando as pessoas a encontrar soluções para os problemas mais graves, mudando hábitos e costumes, valorizando os conhecimentos já existentes, melhorando e superando o desnível educacional.

Nas pessoas, as mudanças acontecem quando tocam, interiormente, sua subjetividade, mobilizando habilidades, relacionando posturas e valores. Um verdadeiro desafio para os empreendedores de projetos sociais e para os avaliadores é identificar os tipos de intervenção que provocam maior impacto e geram movimentos de transformação mais consistentes e duradouros. É necessário buscar, com insistência, os indicadores que valorizem uma maior mobilidade psíquica, sensibilizem mais intensamente o público-alvo para experiências novas e mexam com a inércia conservadora das instituições e das pessoas (LIMA, 2007).

Uma análise crítica de programas sociais focaliza, além da problematização do conceito de mudança social, educacional, mudança de valores e avaliação de mudanças, pois todas as intervenções, em última análise, visam a modificar o curso de determinadas visões, ações ou problemas. Mudança é, pois, um conceito-chave, tanto para promotores de políticas públicas quanto para avaliadores de projetos. Estes últimos são chamados sempre a medir e compreender o impacto das ações sobre instituições e atores, tendo em vista os objetivos dos serviços prestados, os pontos cruciais para o sucesso e as condições de possibilidade de determinada intervenção. (LIMA, 2007)

Em termos gerais, a maioria dos setores socialmente periféricos carece de participação real na transformação de seu mundo e na superação das condições que afetam sua vida cotidiana. Aparecem, então, características psicossociais da população de adultos e jovens, que podem inibir a emergência de grupos protagonistas de sua própria história: baixo grau de capacitação para a organização e para a ação comunitária; sentimento de impotência e de incapacidade para resolver os problemas de sua vida cotidiana; atitude de delegar ao poder constituído a solução de seus problemas; presença de uma mentalidade mágica e fatalista, que atribui suas condições de vida a inferioridades intrínsecas ao grupo ou destino; presença de sistemas de valores, conceitos e significados, como obstáculos para uma ação de transformação; baixo nível de expectativas sobre as possibilidades de mudança social de sua realidade cotidiana. (SIRVENT, 1984).

As condições em que sua existência transcorreu acostumaram essas pessoas a se considerarem incultas, a não valorizarem o acúmulo de suas experiências e conhecimentos adquiridos, a se crerem ignorantes e impotentes para mudar as condições em que transcorre sua vida. Daí as atitudes apáticas, a falta de previsão do futuro, a vida desordenada (SIRVENT, 1984).

A educação comunitária é percebida fundamentalmente como um campo teórico de princípios e hipóteses que pretende enfrentar a realidade de pobreza. Permite explorar novas estratégias de ação educativa e cultural tendentes à transformação da realidade. Essa transformação é percebida como elevação da qualidade de vida, principalmente, dos setores populares mais carentes (SIRVENT, 1984).

As necessidades humanas de participação ou de ser protagonista da própria história são, nesse sentido, necessidades não-materiais, reconhecidas como condição e como resultante de um processo de transformação, dirigido ao aumento da qualidade de vida de uma população. Supõe-se que, à medida que aumenta o grau de carência social e econômica, diminui o reconhecimento das necessidades reais de um grupo social. As motivações emergentes dos meios de comunicação de massa podem, por exemplo, inibir o reconhecimento de necessidades verdadeiras, tais como as de criação ou de recriação, que levam ao desenvolvimento pleno das potencialidades humanas.

Destarte, uma ação educativa comunitária caracteriza-se pela diferenciação entre necessidades objetivas e necessidades subjetivas. Por necessidade subjetiva entende-se um estado de carência sentida e percebida como tal por indivíduos ou grupos de indivíduos. Por necessidades objetivas entendem-se as carências dos indivíduos e/ou dos grupos que podem ser determinadas independentemente da consciência que os indivíduos tenham delas.

Considera-se, então, que um processo de educação comunitária pode atuar como mecanismo facilitador de uma transformação social se:

1. for dirigido ao reconhecimento das necessidades de participação, de valorização cultural, de pensamento reflexivo, de criação e de recriação em torno dos fatos do fazer cotidiano;
2. tender à desmistificação e modificação de representações sociais inibidoras de um reconhecimento coletivo das necessidades próprias e legítimas de todo o grupo social;
3. gerar processos de aprendizagem dos recursos e instrumentos mentais necessários à busca criativa e elaboração comunitária de ações dirigidas à superação dos problemas da vida cotidiana.

Diante do exposto, ressalta-se que, com o advento das novas tecnologias e sistemas de organização do trabalho, a qualificação profissional encontra-se numa fase em que, sob alguns aspectos, é tomada como pressuposto da eficiência produtiva; noutros, ela tende a ser abandonada como conceito organizador das relações de trabalho e de formação, dando lugar à noção de competência, valorizando o conjunto de saberes e de saber-fazer, além dos atributos pessoais, potencialidades, desejos e valores.

Ao mesmo tempo, a ideia de qualificação social no lugar de qualificação técnica toma força, à medida que requisitos como responsabilidade, abstração e interdependência integram o registro do trabalho e evocam os chamados saberes sociais ou saber-ser. Nesse contexto, a qualificação é compreendida, cada vez

mais, como uma construção social dinâmica, síntese das dimensões conceitual, social e experimental. Assim, a qualificação depende tanto das condições objetivas de trabalho quanto da disposição subjetiva, por meio da qual os trabalhadores coletivos, como sujeitos ativos, constroem e reconstróem sua profissionalidade.

Recentemente, na área da ciência da informação, o movimento da *information literacy* vem alcançando dimensões mundiais e volta-se para o aprendizado como processo contínuo de internalização de fundamentos conceituais, atitudinais, comportamentais e de habilidades necessárias à compreensão e interação permanente com o universo informacional e sua dinâmica.

O movimento da *information literacy* objetiva formar sujeitos que saibam determinar a natureza e a extensão de sua necessidade de informação como suporte a um processo inteligente de decisão; sujeitos que conheçam o mundo da informação e sejam capazes de identificar e manusear, de forma efetiva e eficaz, fontes potenciais de informação; sujeitos que avaliem a informação segundo critérios de relevância, objetividade, pertinência, lógica, ética, incorporando as informações selecionadas ao seu próprio sistema de valores e conhecimentos; sujeitos que usem e comuniquem a informação com um propósito específico, gerando novas informações e criando novas necessidades informacionais; sujeitos que considerem as implicações de suas ações e dos conhecimentos gerados, observando aspectos éticos, políticos, sociais e econômicos, elaborando intervenções inteligentes; sujeitos que, de modo independente, aprendam ao longo da vida (DUDZIAK, 2001).

O paradigma da *information literacy education* baseia-se na aprendizagem como processo dialógico; na flexibilidade curricular; na valorização da pesquisa, da busca e do uso da informação em variadas fontes e formatos como processo de aprendizado que leve à compreensão do mundo e à educação continuada; baseia-se ainda na abordagem cooperativa, transdisciplinar, integrada; na apropriação de tecnologia e na sinergia de variados espaços de conhecimento; na contextualização social e pessoal do aprendiz, dos temas e problemas como condição de aprendizado; na valorização do pensamento crítico e do aprendizado ativo, independente e auto-orientado (DUDZIAK, 2001).

Pelo exposto, buscou-se demonstrar, a partir de um conjunto de princípios teóricos e metodológicos, para aqueles que desejam desenvolver ações educativas não-formais, participativas, crítico-reflexivas sobre os fatos que interferem na vida cotidiana, a necessidade de qualificar pessoas quanto a teorias pedagógicas e de desenvolver competências em prol da melhoria da qualidade de vida das populações mais carentes.

Os benefícios de uma educação de qualidade contribuem para aumentar, nos sujeitos, ao longo de sua vida, as possibilidades de inclusão, além de propiciar um desenvolvimento econômico vigoroso ao país e permitir que as pessoas efetue-

em opções com maior conhecimento de causa em questões que se referem ao atendimento de suas necessidades para o viver.

REFERÊNCIAS

- BERGER, Ruy. Currículo e competências. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, 1, 2000, Brasília.
- BRASIL. MEC. Exame Nacional do Ensino Médio. *Documento básico 2000*. Brasília: INEP, 1999.
- CAPURRO R.; HJÖRLAND B. The concept of information. *Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)*, v. 37, 2003, Ed. Blaise Cronin, Chapter 8, 343-411. Disponível em: < <http://www.capurro.de>. Acesso em: 20 abr. 2007.
- CARPIGIANI, Berenice. *O sucateamento da informação na sala de aula de adultos*. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/sucata.htm>. Acesso em: 12 de out. 1998.
- CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- DUARTE, Newton. *A individualidade para si: contribuição a uma teoria histórico social da formação do indivíduo*. Campinas: Autores Associados, 1993.
- DUDZIAK, Elisabeth Adriana. *A information literacy e o papel educacional das bibliotecas*. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) - Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- DUDZIAK Elisabeth Adriana. O bibliotecário como agente de transformação em uma sociedade complexa: integração entre ciência, tecnologia, desenvolvimento e inclusão social. *Ponto de Acesso*. Revista do Instituto de Ciência da Informação da UFBA, Salvador, v. 1, n. 1, 2007.
- FEUERSTEIN, Reuven. *Instrumental enrichment : an intervention program for cognitive modificability*. Baltimore, Md.: University. Park Press, 1980.
- FEUERSTEIN, Reuven. Prefácio. In: GOMES, Cristiano Mauro Assis. *Feuerstein e a construção mediada do conhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FREIRE, Paulo. *Educación libertadora: dimensión política; educación liberadora; dimensión sociológica; educación libertadora; dimensión metodológica*. Bogotá: DEC-Ciec, 1973.
- FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1979.
- FREIRE, Paulo. *Conscientização*. São Paulo: Moraes, 1980.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, Paulo. *Educación y concientización*. Salamanca: Sigüeme, 1985.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2002.
- GOLDMAN, Lucien. *Lukács et Heidegger*. Paris: Denoël/Gonthier, 1973.
- GOMES, Cristiano Mauro Assis. *Feuerstein e a construção mediada do conhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LE BOTERF, Guy. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. *Conselhos de saúde: informação, poder e política*. Rio de Janeiro: E-papers, 2007.

MACHADO, Nilson. Eixos teóricos que estruturam o ENEM. Conceitos principais. Interdisciplinaridade e contextualização. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, 1, 2000, Brasília.

MARX, Karl. *Manuscritos econômicos e filosóficos e outros textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores)

MORIN, Edgard. *O método I: o conhecimento do conhecimento*. Lisboa: Europa-América, 1986.

MORIN, Edgard. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; téc. Edgard Assis Carvalho. São Paulo / Brasília: Cortez / Unesco, 2000.

PIAGET, Jean. *A epistemologia genética*. Petrópolis: Vozes, 1971.

PIAGET, Jean. *O nascimento da inteligência na criança*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

PILONIETA, Germán. El potencial de aprendizaje: una mirada desde la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein. *Revista Internacional Magisterio: Educación y Pedagogía*. n.12., dic., 2004. enero 2005.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SIRVENT, Maria Teresa (Org.). *Educação comunitária: a experiência do Espírito Santo*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

VYGOTSKI, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Aida Varela Varela

Graduada em letras, pedagogia e serviço social. Mestre e doutora em ciência da informação pela Universidade de Brasília. Professora, ex-chefe do departamento de processos informacionais, ex-vice-diretora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, ICI - Ufba.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA EM FONTES DE INFORMAÇÃO ELETRÔNICA: a pragmática médica

Bárbara Coelho Neves

barbaran@ufba.br

José Carlos Sales dos Santos

jsalles@ufba.br

INTRODUÇÃO

Durante a década de 1990, com a explosão informacional na rede mundial de computadores, a disponibilidade crescente de fontes de informação eletrônica revela-se a principal tendência para pesquisa científica e acadêmica. A Internet proporciona um ambiente fértil para a disseminação e recuperação de informações de forma rápida e precisa, favorecendo o amplo leque de textos eletrônicos através de inúmeros bancos e bases de dados disponíveis.

Localizar e identificar informações seguras, todavia, é grande entrave à investigação científica no ambiente virtual. O surgimento do WWW (World Wide Web) e principalmente do protocolo de transferência de hipertexto possibilitou aos usuários maior liberdade nas buscas através do uso de linguagem natural a partir dos campos de pesquisa predefinidos.

Observa-se nas disciplinas, cursos, seminários e oficinas oferecidas em diversas turmas de graduação e pós-graduação a necessidade de informações precisas para a pesquisa referencial na web. Outro ponto importante que merece destaque condiz com a complexidade relacionada à diversidade temática das bases de dados disponíveis e à forma correta de utilizá-las. Portanto, o objetivo da seção 1, a seguir, é discorrer sobre alguns pontos históricos da Internet,

conjecturando, brevemente sobre seu impacto no contexto informacional numa visão otimista e noutra não muito favorável.

A segunda seção inicia-se com conceitos e explicações sobre dado, informação, conhecimento e competência para tratar da estratégia de busca em informação eletrônica. Abordam-se as relações e principais diferenças entre esses elementos, visando demonstrar que o estágio de competência na busca de informação é alcançado com a internalização dos processos explicitados na seção 3, que focaliza a importância e o entendimento da estratégia de busca em informação eletrônica como processo cognitivo. Em seguida apresentam-se as etapas do que convém chamar de internalização da estratégia de busca na Internet. Com o propósito de ilustrar a pragmática da estratégia no contexto da medicina, o primeiro momento é baseado na estrutura das etapas do projeto de pesquisa fundamentado em Quivy e Compenhaudt (1995). No momento posterior apresenta-se o entendimento das etapas, descritas na conjuntura determinada anteriormente, dando um caráter de sistematização. Na seção cinco é apresentada a consideração final desta comunicação.

A GRANDE FONTE: INTERNET

A vanguarda dos Estados Unidos nos avanços concernentes à tecnologia da informação, no vale do Silício (São Francisco), é produto da convergência de vários fatores: engenheiros e cientistas das principais universidades, fundos generosos do Departamento de Defesa, liderança institucional da Universidade de Stanford e intensificação de pesquisas científicas oriundas do Pentágono, nutrindo a proliferação de máquinas inteligentes na Segunda Guerra. Ainda nesse conjunto, outro determinante – descrito em história da sociedade da informação - diz que, enquanto os EUA ocupavam uma posição ofensiva no mercado da informação, a U.S. mantinha seu modelo social baseado no fechamento e controle da informação, mantendo posição de defesa. (MATTELART, 2002).

Naquele momento ocorrem inovações que mudariam todas as esferas da sociedade: o circuito integrado, o microprocessador e o computador. Tais inovações, unidas à necessidade de segurança de seu maior detentor, dão origem a uma arquitetura de rede que não pode ser controlada a partir de nenhum centro e é composta por inúmeros computadores autônomos (uma rede horizontal global). Assim, a evolução afirmativa da sociedade de informação está estritamente ligada à evolução científica em convergência com a tecnologia, que visava segurança para estabelecer a soberania do Estado. Tal processo desponta com a Segunda Guerra e se intensifica na corrida espacial entre União Soviética e os EUA no período da Guerra Fria.

A liderança tecnológica define a condição hegemônica dos Estados Unidos e países europeus. Os chamados países centrais do sistema mundo contemporâneo ocupam, com destaque, a posição de imposição e intermediação de padrões gerais de reprodução, multiplicação e acumulação do conhecimento registrado, dessa vez, em escalas globais. Nesse contexto, sistemas altamente inovadores coletam, organizam, armazenam e disseminam a informação em grandes bancos e bases de dados. O impacto do tempo e espaço são minimizados graças a uma rede de nós conectados, altamente dinâmica, chamada Internet.

Ela é um tipo de tecnologia classificado como molecular (LÉVY,1994) por não revelar-se como centro controlador das atividades pessoais ou coletivas no ciberespaço. Ou seja, “um grupo molecular não tem necessidade de uma mediação transcendente para se unir” (Ibid., p. 57). Baseando-se na inteligência coletiva, possível no ambiente molecular, não há um cérebro “príncipe”, central, que dirige todos os outros, e sim cérebros afins sensibilizados com determinada causa e que se comunicam transversalmente em um terreno desterritorializado, de maneira recíproca com ausência de categorias e hierarquias. São “membros do coletivo”, que promovem o conhecimento mútuo a seu bel-prazer.

A sociedade contemporânea é gerida segundo os princípios da administração científica (funcional). Uma sociedade onde o poder tende a ser global, menos abertamente autoritário, mais horizontal (no que se compreende em difusão de informações) e amplamente chamado de descentralizado.

A inteligência coletiva é uma visão antropológica que reúne milhares de espaços diferentes, estruturantes, vivos, autônomos, irreversíveis, proliferando de forma molecular. Aqui os quatro espaços - terra, território, mercado, saber - são tratados como interdependentes e resultam no megaespaço antropológico coexistente em toda parte. “No espaço do saber, o ser humano volta a tornar-se nômade, pluraliza sua identidade, explora mundos heterogêneos, é ele próprio heterogêneo e múltiplo, em devir, pensante”. (Ibid., p. 135).

Atualmente a informação tem um papel de destaque, representando matéria principal entre os jogos de poder, entre pessoas e instituições. “Ela possui seu valor, pois está presente em todas as atividades que envolvem pessoas, processos, sistemas, recursos financeiros, tecnologias, etc.”. (REZENDE; ABREU, 2000, p. 97 apud SILVA; MENEZES, 2001, p. 19).

No atual contexto brasileiro percebe-se uma significativa preocupação por parte do Estado referente ao acesso às informações relevantes que contribuam para o desenvolvimento da ciência e do indivíduo. Entretanto, não se pode deixar de destacar a preocupação de Milton Santos e seus questionamentos quanto ao progresso das inovações e suas condições técnicas, pois “[...] deveriam permitir a am-

pliação do conhecimento do planeta, dos objetivos que o formam, das sociedades que o habitam e dos homens em sua realidade intrínseca”. (SANTOS, 2004, p. 38-39). A preocupação do autor emerge neste texto, visando alertar a importância da democratização do acesso e, principalmente, para chamar a atenção para o fato de que o domínio da técnica por alguns pode gerar mais desigualdades.

Boaventura Santos (apud BATISTA, 2006) diz que “[...] a universidade não poderá promover a criação de comunidades interpretativas na sociedade se não as souber criar no seu interior, entre docentes, estudantes e funcionários”. Para isso é preciso submeter as barreiras disciplinares e organizativas a uma pressão constante. A abordagem de Boaventura Santos sobre a universidade contemporânea, lembrada por Batista (2006) remete ao que se defende como proposta para a pragmática de estratégia de buscas na Internet, visando criar pensamentos críticos para o desenvolvimento de atividades acadêmicas como os processos que envolvem a pesquisa.

Nessa direção, pensar o ensino médico no contexto da universidade atual exige a ousadia de não enquadrar as demandas em velhos modelos de aprendizagem, bem como a lucidez de encontrar, nas situações concretas, suas potencialidades de formação, visando desenvolver as melhores ferramentas de aprendizado. (BATISTA, 2006).

ESTRATÉGIA DE BUSCA EM INFORMAÇÃO ELETRÔNICA

Dado, informação, conhecimento e a competência que confere internalização: início de conversa

O entendimento dos respectivos conceitos e das relações entre dado, informação, conhecimento e competência constituem o primeiro passo para a “internalização” da estratégia de busca de informações em fontes eletrônicas com base na metodologia de pesquisa.

Segundo Setzer (2001, p. 3) dado é “[...] uma seqüência de símbolos quantificados ou quantificáveis [...]”, ou seja, qualquer texto constitui um dado ou uma seqüência de dados, mesmo que ele seja ininteligível para o leitor.

Informação “[...] é uma abstração informal (isto é, não pode ser formalizada através de uma teoria lógica ou matemática), que representa *algo significativo para alguém* através de textos, imagens, sons ou animação”. (SETZER, 2001 p. 4). Não é possível processar informação no computador, é necessário reduzi-la a dados.

Para se obter informação (insumo do conhecimento) é preciso realizar uma síntese que, alinhada aos elementos objetivos e subjetivos do sujeito, influencia na sua formação. Dessa maneira, Gómez de Silva 1988 (apud ROJAS, 2005, p. 53, tradução nossa) afirma que é possível compreender a etimologia da palavra informação, verificando o latim *informare*, de que provém *informar* “[...] significa literalmente dar forma”, isto é, estabelecer “[...] limites à matéria, dotá-la de estrutura e organização”. (Ibid, p. 53, tradução nossa).

Já o conhecimento é “[...] uma abstração interior, pessoal, de *alguma coisa* que foi *experimentada por alguém*.” (SETZER, 2001, p. 6, grifo nosso). Entende-se que o conhecimento não pode ser descrito inteiramente, sendo, dessa forma, uma tradução e uma reconstrução. (MORIN, 1994).

O conhecimento, contudo, não pode ser inserido em computador por meio de uma representação. Para tal é necessário reduzi-lo a uma informação, ou seja, extrair expressões que atribuam significados para, ainda assim, ser reduzido a símbolos quantificáveis (dados) que possam ser reconhecidos através de uma leitura matemática. Novíssimos robôs de coleta de dados visam juntar o máximo de informação sobre os setores e indivíduos em que atuam direta e indiretamente.

Competência “[...] é a capacidade de executar uma tarefa no “mundo real”. (SETZER, 2001, p. 8)”. O indivíduo competente é capaz de, não somente participar da experiência com uma situação ou objeto, mas também de experimentar a experiência como processo interior (não-físico), podendo ser capaz de transmitir seu entendimento mental através de ações físicas.

As principais diferenças desses elementos estão implícitas em sua relação. O dado é puramente *sintático* e matemático. A informação, por sua vez, contém necessariamente *semântica*, pois atribui *significado* ao consulente. Enquanto a informação depende de interpretação pessoal, o conhecimento requer uma vivência do objeto do conhecimento porque tem caráter puramente *subjetivo*, *está associado com a pragmática e a experiência* de mundo real do consulente, criando competência. A competência adquirida está associada com *atividade física* após a internalização do conhecimento, conferindo *criatividade, liberdade* para desenvolver a ação da maneira mais acertada. A competência exige conhecimento e habilidade pessoal, ou seja, entende-se que o sujeito competente já internalizou todo o processo físico.

ESTRATÉGIA DE BUSCA E INTERNALIZAÇÃO

A efervescência, relacionada ao novo paradigma informacional, tem gerado mudanças na geração, armazenamento, processamento e transmissão da

informação. O âmbito da recuperação na Internet vem apresentando grande impacto e debates a partir da nova “explosão” de informação vivida desde o final do século XX. Entretanto, as atividades de recuperação do conteúdo informacional, nessa macrofonte, necessitam de planejamento estratégico, passando pelas etapas da metodologia pragmática adquirida através da abordagem crítica.

Para produzir conhecimento é indispensável realizar, não somente a estruturação e interpretação de símbolos, mas, principalmente, saber onde recuperar informações qualificadas. A proximidade dessas informações recuperadas e o objeto de estudo é o que todo pesquisador espera no final de sua procura referencial. É mister uma sintonia entre pesquisador, metodologia e objeto a ser pesquisado.

Atividades mais complexas estão inseridas nesse processo de reciprocidade entre pesquisador e pesquisado, sendo indispensável a decodificação e formulação da estratégia que guiará o pesquisador no momento da recuperação da informação. É esta: análise (relação do que se conheceu com o todo); síntese (a união do que se fragmentou e a relação do todo com as partes); visão dialética (interconexão da informação já adquirida com a nova); elaborar interferências (por exemplo, a hermenêutica); aplicar (desenvolver novas visões de mundo, salto de qualidade) e assimilar através de um processo de internalização (desenvolvimento cognitivo); além de outras capacidades intelectuais importantes como fantasiar, imaginar e o processo criativo. (ROJAS, 2005; MORIN, 1994).

O pesquisador deve estar habilitado a diferenciar o rigor e a flexibilidade metodológica da pesquisa referencial eletrônica, priorizando os recursos de busca e a criatividade na recuperação de informações na Internet, fazendo uso eficaz dos recursos disponíveis da comunicação e divulgação científicas.

Esse meio, por vezes, abre um leque de possibilidades, mas só é viável através da relação acesso às tecnologias de informação e comunicação (TICs) e letramento. Na maioria das vezes, a gama de *links* à disposição é apresentada por palavras sem ligação de contexto, trazendo dispersão, além de levar o usuário para bancos de dados que exigem estratégias de buscas complexas.

A convergência de letramento com as TICs é o que proporciona recuperar informação relevante nos grandes sistemas (bancos e bases de dados), já que é através da estratégia de busca que se recupera informação de qualidade e com a pertinência individual, que cada pessoa demanda para produzir o conhecimento. A Internet facilita o acesso a banco de dados, bibliotecas virtuais e a uma gama de informação variada, favorecendo, de acordo com Sorj (2003), o campo de pesqui-

sa científica e tecnológica por funcionar em redes (colégio invisível) e pelo caráter internacional da interação (coletivismo). Entretanto, as aplicações de pesquisa, “[...] tanto as bases de dados referenciais, quanto as textuais vão exigir um planejamento acurado da estratégia de busca, visando a uma recuperação de informação de acordo com as necessidades [...]” (LOPES, 2002, p. 60), específicas dos usuários em face do computador.

Com fundamentação em Quivy e Campenhoudt (1995), sugere-se uma estratégia de busca em fontes informações na Internet no campo da medicina, levando em consideração a metodologia desenvolvida no projeto de pesquisa como processo estratégico para recuperar informação mais sintonizada possível com o objeto de estudo. A essa ação contínua chamou-se de internalização da estratégia de busca baseada em metodologia.

Etapas de internalização da estratégia de busca na Internet

O eixo da proposta de internalização da estratégia de busca na Internet, disciplinado em metodologia para a prática de recuperação da informação, apresenta como proposta dois momentos complementares.

Primeiro momento

O momento inicial culmina com o entendimento do método para pesquisa científica de Quivy e Campenhoudt (1995). A proposta visa transportar as etapas do procedimento desenvolvidas no projeto de pesquisa para a estratégia de busca, estimulando a percepção crítica na exploração do ambiente de investigação de cada pesquisador. Assim, julga-se importante o entendimento das **Etapas do Procedimento**:

- ***Etapas 1 - A pergunta de partida:*** deve ser bem formulada, tendo o cuidado de respeitar as qualidades de clareza, exequibilidade e pertinência. Ela será a norteadora no momento da criação da estratégia de busca, pois é através dela que serão extraídas as expressões-chave, termos-chave e/ou palavras-chave que elucidarão o universo de pesquisa. O mesmo é feito com o objetivo geral.

Nos bancos e bases de dados, os termos e palavras-chave bem definidos permitem ao pesquisador exercer a busca, fazendo interseções entre os termos pesquisados. Entretanto, é comum as grandes bases trazerem termos

correlatos, em que o pesquisador desavisado pode facilmente se perder em face do “mar” de informações *lincadas* entre um termo e outro. Dessa forma, sugere-se que se tenham como limitadores da busca os objetivos específicos da pesquisa científica. Essa estratégia orienta o foco da pesquisa independentemente da quantidade de *links* efetuados, conferindo pertinência aos artigos recuperados. Como na pergunta de partida (problema de pesquisa), o mesmo deverá ser realizado com os objetivos específicos, extraindo seus termos norteadores ou palavras-chave

- **Etapa 2 - A exploração:** saber selecionar as leituras, os textos; ler com método e resumir na medida do possível para poder comparar os textos entre si, constitui uma estratégia de longo prazo que evita o pesquisador dispensar tempo a materiais não relevantes ao seu estudo.
- **Etapa 3 - A problemática:** segundo os autores, trata-se da abordagem ou da perspectiva teórica que se decide aceitar para tratar o problema colocado pela pergunta de partida. É importante indicar os autores que fundamentarão a pesquisa. Saber as referências principais (essenciais) e secundárias facilita as buscas no desenvolvimento da pesquisa avançada, proporcionando *links* com novos autores ou a possibilidade de vislumbrar o estado da arte. As interseções podem ser feitas com estratégia *booleana*, ou seja, pesquisa avançada que utiliza, principalmente, os operadores AND, NOT ou OR para refinar a pesquisa em bases de dados.
- **Etapa 4 - A construção do modelo teórico:** a construção das hipóteses e o modelo teórico a ser utilizado, baseado em método e abordagem de pesquisa que serão implementados, também funcionam para nortear o pesquisador em suas buscas. Esses constructos, em especial o método, concedem elementos que favorecem o levantamento de trabalhos alinhados à pesquisa. O pesquisador que tem em mente as relações entre os conceitos e as hipóteses, identifica rapidamente os modelos e métodos que beneficiarão sua pesquisa com precisão nas dimensões e nos indicadores.
- **Etapa 5 - A observação:** é importante delimitar o campo de observação, assim como a execução do projeto de pesquisa, pois o entendimento beneficiará a procedência da recolha de informação.
- **Etapa 6 - A análise das informações:** após as pesquisas referencial e de campo, torna-se imperativo comparar os resultados observados com os resultados esperados a partir da hipótese da pesquisa e do exame das diferenças encontradas. É importante ressaltar que, nessa fase, o pesquisador deverá descrever e preparar os dados para análise, procurando o significado das diferenças.

- **Etapa 7 - As conclusões:** etapa que prima pela recapitulação do procedimento da pesquisa, apresentado os resultados e os pontos em evidência, como a construção de novos conhecimentos e as consequências práticas do trabalho de investigação.

Segundo momento

No segundo momento, o **pensamento sistêmico** na estrutura e nas etapas do projeto de pesquisa torna-se relevante, pois é fundamental o pesquisador ter consciência de que deve reservar um tempo para apreender as informações recuperadas. A seguir, apresenta-se um esquema de gradações entre momentos de intensificação da busca das fontes na Internet e momentos de reflexão, ou seja, “digerir” as informações.

No primeiro momento das buscas o pesquisador precisa refletir sobre o objeto de desejo de pesquisa (parte mais clara no pico da pirâmide). Para conceber o tema sobre o objeto é necessário que ele recupere na literatura informações sobre ele ou sobre assunto relacionado. Percebe-se que nesse momento há uma intensificação da necessidade de pesquisa (parte mais escura no centro da pirâmide), dando origem ao levantamento referencial que, à medida que se começa a escrever o projeto, gradativamente será substituído por momento de reflexão (área mais clara na base da pirâmide).

Observa-se, nesse momento, a conveniência de agregar recursos aos modelos (equipamentos, conectividade), dando origem a um terceiro modelo denominado letramento, com especial atenção ao recurso humano e digital. Nesses recursos residem as principais carências dos indivíduos na formulação **do que buscar, onde buscar, como buscar, quando buscar, para que buscar** e apresentação de ferramentas que mostram como é possível reproduzir o resultado.

A partir da relevância desses recursos, é imprescindível o entendimento de que desenvolver uma estratégia de busca bem apurada constitui um processo eminentemente cognitivo ante as fontes de informação disponíveis na Internet. Recuperá-las exige obedecer a etapas para decisão no processo de planejamento da estratégia da recuperação, como descreve Lopes (2002):

ETAPA	DESCRIÇÃO
1	Discussão do tópico geral da pesquisa (entrevista)
2	Conhecimentos básicos sobre os instrumentos de busca (apoio à pesquisa)
3	Formulação provisória da estratégia de busca (formulação de termos iniciais para varredura)
4	Compreensão da lógica dos conjuntos de termos (iniciação à teoria dos conjuntos, inserção de termos e palavras-chave)
5	Interdisciplinaridade (por executar a busca em diversos sistemas, o mediador pode proporcionar ao consulente familiaridade com os campos de pesquisa relacionados)
6	Saber quando eliminar termos indesejados (com o apoio do mediador, o consulente excluirá os termos que não se adequam ao seu tópico de pesquisa)
7	Especificação dos padrões relevantes para a execução da busca.

Quadro 1: Sete etapas para a estratégia de busca

Fonte: Adaptado do pensamento de Lopes (2002, p.68-69).

Desenvolver estratégias de busca de informação sem a presença da mediação humana requer a internalização de etapas de recuperação da informação desenvolvidas por bibliotecário, por exemplo, convergindo com as etapas do projeto de pesquisa em uma ordem sistêmica.

Quanto às atividades de recuperação da informação na Internet, vale salientar que a disponibilidade de uma “quantidade praticamente infinita de informação pode ser quase tão paralisante quanto sua carência”. (SORJ, 2003, p.46). O grande volume de informações disponíveis nessa fonte compreende um entrave na hora de realizar um trabalho acadêmico, por exemplo. Com a valorização da Internet no meio acadêmico, muitos estudantes, pouco imersos na pesquisa, quando sujeitos a produzir um trabalho, resolvem substituir o esforço de leitura em outras fontes, como livros, pela informação recuperada nos *sites* de busca. Segundo Sorj (2003), no lugar de um ponto de partida, a busca na Internet revela-se mais um ponto de chegada, pois leva ao abandono das práticas de leitura e da reflexão sustentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se levar em consideração os princípios da pesquisa científica, o pensamento sistêmico na estrutura e etapas do projeto de pesquisa, a identificação do universo referencial do pesquisador, a elaboração de estratégias nas fontes e a análise referencial. O entendimento crítico da metodologia para a pragmática da pesquisa médica constitui um elemento facilitador para lidar com ampla disponibilidade e uma quantidade ilimitada de informações que, na maioria das vezes, podem ser quase tão paralisantes quanto sua carência.

O pesquisador deve estar habilitado a diferenciar o rigor e a flexibilidade metodológica da pesquisa referencial eletrônica, priorizando os recursos de busca e a criatividade na recuperação de informações na Internet, fazendo uso eficaz do que se compreende por comunicação de ciência e divulgação científica.

A utilização de computadores e da Internet em ambiente de pesquisa, muitas vezes de forma indiscriminada, atrelada à ausência de mediador capacitado, pode ter efeitos nocivos ou, na melhor das hipóteses, não constituir um salto de qualidade no desenvolvimento do processo acadêmico, contribuindo para o “*gap digital*” nesse segmento. A qualificação não deve ser somente no plano técnico/operacional, e sim na compreensão significativa de que computadores e Internet devem ser encarados pelos atores desse processo, nesse caso pesquisadores, como instrumentos e não como fim. Assim, os envolvidos em processos educacionais pautados nas TICs não devem confundir apoio à pesquisa e capacidade de elaborar problemas com grande número de respostas recuperadas sem análise própria.

O que se espera é que o pesquisador se sinta capaz de explorar instrumentos intelectuais, desenvolvendo a crítica e a autonomia nos momentos de busca de referências na Internet.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, S. M.; CHAGAS, J. *Glossário de biblioteconomia e ciências afins*. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

BASTOS, R. L. *Ciências humanas e complexidades: projetos, métodos e técnicas de pesquisa; o caos, a nova ciência*. Juiz de Fora: EDUFJF; Londrina: CEFIL, 1999.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Associação Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n.1, Rio de Janeiro Jan./Apr. 2006

BRUNO, Fernanda. Tecnologias de informação e subjetividade contemporânea. *Com Ciência: Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*, SBPC, Labjor, 2007. Disponível em: <<http://>

www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=33&id=384>. Acesso em: 15 mar 2008.

CAMPELLO, B. S. ; CENDÓN, Beatriz Valadares; KREMER, Jeannette Marguerite (Org.). *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 2006.

ENRIQUEZ, Eugène. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. *RAE-Eletrônica*, v.5, n.1, art. 10, jan-jun, 2006.

FORTIN, M. F. Analyse critique des travaux de recherche. In: VENIER, A. P. (Org.) Paris: Chapitre 23, 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

LÉVY, Pierre. *L'intelligence collective: pour une anthropologie du cyberspace*. Paris : La Découverte, 1994

LOPES, I. L. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. *Ciência da Informação*, Brasília, v.31, n.2, maio/ago. 2002.

MATTELART, A. *História da sociedade da informação*. São Paulo: Loyola, 2002.

MEJÍA, M.R. *Transformação social: educação popular e movimentos sociais no fim do século*. São Paulo: Cortez, 1996. (Coleção questões da nossa época, v. 50).

MORIN E. Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires*, n. 2, juin, 1994. Disponível em: < <http://www.nicol.club.fr/ciret/bulletin/b2.htm> > Acesso em: 22 out. 2008.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 2. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

QUIVY, R.; COMPENHOUDT, L. V. *Manual de investigação em ciências sociais*. 3. ed. Lisboa: Gradiva Publicações, 1995.

ROJAS. M.A.R. Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor: semejanzas y diferencias. *Ciência da Informação*, v. 34, n. 2, 2005.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SETZER, V. W. *Os meios eletrônicos e a educação: uma visão alternativa*. São Paulo: Escrituras, 2001. (Coleção Ensaios Transversais)

SORJ, Bernardo. *Brasil@povo.com: a luta contra a desigualdade na sociedade da informação*. Brasília: UNESCO, 2003.

WASCHAUER, M. *Tecnologia e inclusão social: a exclusão digital em debate*. São Paulo: Senac, 2006.

Bárbara Coelho Neves

Graduada em biblioteconomia e documentação, mestranda em ciência da informação e especialista em gestão da comunicação pela Ufba. Professora convidada para ministrar as disciplinas transferência da informação e estratégia de busca do conhecimento científico nos cursos de especialização - GAF e ICI - Ufba.

José Carlos Sales dos Santos

Mestrando em ciência da informação (PPG-CI/Ufba). Especialista em gestão da comunicação organizacional integrada (NPGA/EA/Ufba). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia.

REPRESENTATIVIDADE DOS PERIÓDICOS DA BIBLIOTECA DO CPQGM/FIOCRUZ/BAHIA NAS BASES DE DADOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Celeste Maria de Oliveira Santana¹

celestes@ufba.br

Ana Maria Fiscina Vaz Sampaio²

fiscina@bahia.fiocruz.br

Adelvani de Araújo Boa Morte²

vania@bahia.fiocruz.br

Anderson Silva da Rocha²

anderson@bahia.fiocruz.br

Martha Silvia Martínez-Silveira²

martha@bahia.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A Biblioteca de Ciências Biomédicas Eurydice Pires de Sant'Anna do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) na cidade do Salvador-BA tem por finalidade servir como centro de informação e pesquisa, prioritariamente dirigido aos cursos de pós-graduação ali sediados. A coleção de periódicos dessa biblioteca é tida como referência no tocante a doenças infecciosas e parasitárias, patologia, imunologia e áreas afins no estado da Bahia. Os periódicos científicos servem como canais de comunicação formal da ciência e os artigos neles inseridos são a unidade de informação mais

¹ - Universidade Federal da Bahia - Instituto de Ciência da Informação

² - CPqGM / Fiocruz - Bahia

utilizada para tornar públicos os resultados de pesquisas, visto que dessa forma garante-se a possibilidade de serem lidos e citados pela comunidade.

Constituir uma coleção de periódicos não é tarefa fácil, haja vista os apertados orçamentos das bibliotecas e os altos preços da publicação. É por esse motivo que a permanente avaliação da coleção é tarefa importante no âmbito das bibliotecas, pois permite aquilatar seu valor, pertinência e adequação aos objetivos da instituição, justificando o investimento realizado.

Tendo em vista tais considerações, realizou-se o presente trabalho, que visa avaliar a coleção de periódicos científicos internacionais assinados e os nacionais correntes recebidos na biblioteca, tomando como base sua indexação em bases de dados bibliográficos de âmbito nacional, internacional ou, restritamente, de alcance latino-americano. A análise sob outro ponto de vista permitiu verificar nos artigos publicados pelos pesquisadores do CPqGM entre 2000 e 2007 a quantidade de citações de trabalhos constantes dos periódicos assinados e constatar também a frequência de escolha desses mesmos títulos na submissão de artigos por parte do mesmo grupo de pesquisadores.

OBJETIVO

Avaliar a coleção de periódicos científicos existentes no acervo da biblioteca do CPqGM, tomando como base a coleção de revistas internacionais assinadas e nacionais correntes doadas.

METODOLOGIA

Foram selecionadas para o estudo, as 69 (sessenta e nove) revistas internacionais assinadas pela biblioteca e as 28 (vinte e oito) nacionais correntes recebidas por doação.

A avaliação se realizou a partir de cinco pontos de análise: 1) estarem os periódicos indexados nas bases de dados nacionais e internacionais de maior impacto; 2) análise do fator de impacto de cada título de 2000 a 2007; 3) quantidade de citações desses periódicos nos artigos publicados pelos pesquisadores do CPqGM e 4) quantidade de artigos publicados pelos mesmos pesquisadores nos periódicos da coleção avaliada; 5) número de citações dos artigos publicados pelos pesquisadores nas revistas da coleção.

Foram levantados os dados de representatividade em 9 bases de dados: Medline, Embase, Web of Science, Scopus, Biological Abstracts, Biosis, Current

Contents Life Science, CAB Abstracts, Lilacs e SciELO. O fator de impacto dos periódicos internacionais foi verificado no Journal of Citation Report -JCR do Institute for Scientific Information (ISI), levantando também uma linha de tempo desse fator para cada título entre 2000 e 2007. No caso dos periódicos nacionais, esse fator de impacto foi verificado no SciELO.

Tomando como fonte de informação os artigos publicados pelos pesquisadores do Centro (541) entre 2000 e 2007, verificou-se na lista de referências de cada um a quantidade de vezes de citação de cada título. E, partindo da mesma fonte, verificou-se com que frequência os pesquisadores do CPqGM publicam seus artigos nos títulos da coleção avaliada no presente trabalho. Por outro lado, também foram identificados os periódicos onde estavam publicados os artigos mais citados pelo Scopus e pelo JCR do ISI.

RESULTADOS

A análise constou de 96 revistas da coleção existente na biblioteca do CPqGM, sendo 69 periódicos internacionais assinados e 27 revistas nacionais correntes recebidas por doação.

Todos os periódicos tiveram representatividade em uma ou mais bases de dados consideradas importantes na área de medicina e biologia (Gráfico 1). Todas as revistas internacionais assinadas (69) estavam indexadas no U.S. National Library of Medicine (Medline) (Gráfico 2) e a maioria das revistas nacionais estavam indexadas no Lilacs (23) e fazem parte do SciELO (18) (Gráfico 3).

Gráfico 1: Total de revistas da coleção da biblioteca do CPqGM indexadas em 9 bases de dados bibliográficos internacionais e nacionais

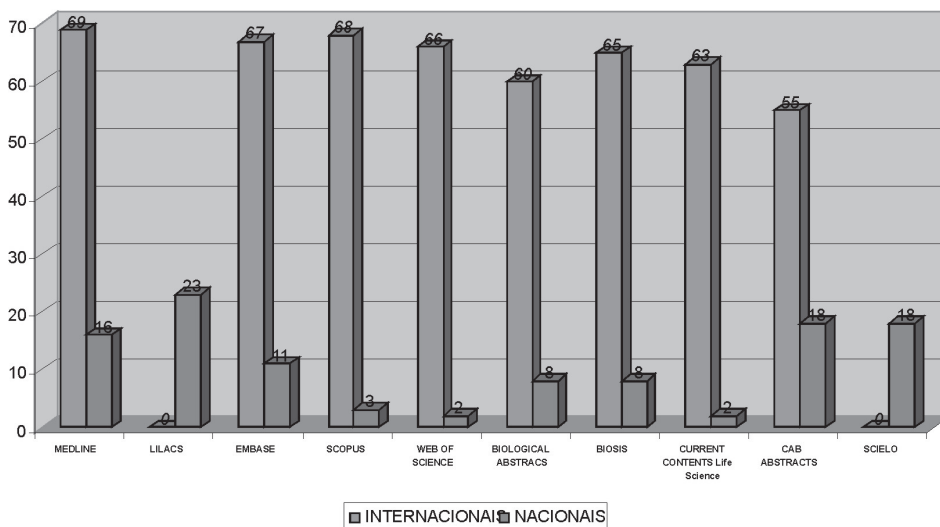


Gráfico 2: Número de revistas internacionais da coleção da biblioteca do CPqGM indexadas em 9 bases de dados bibliográficos

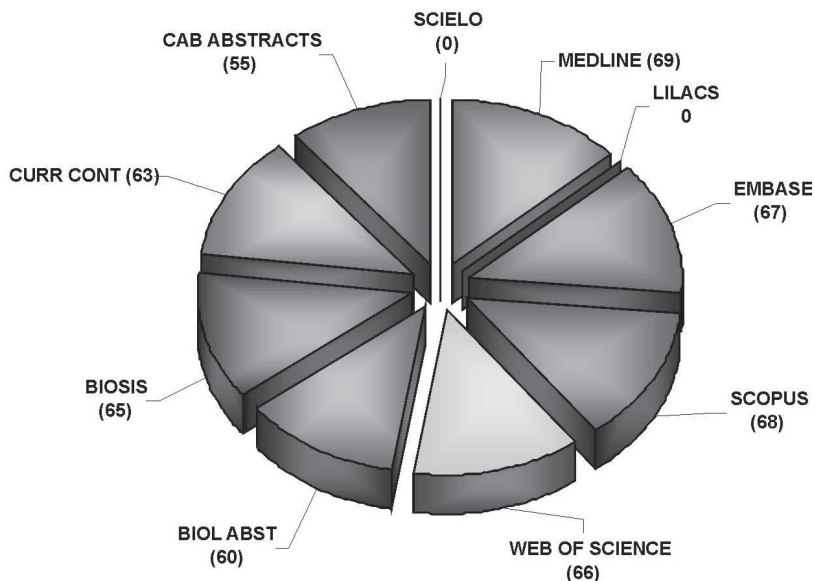
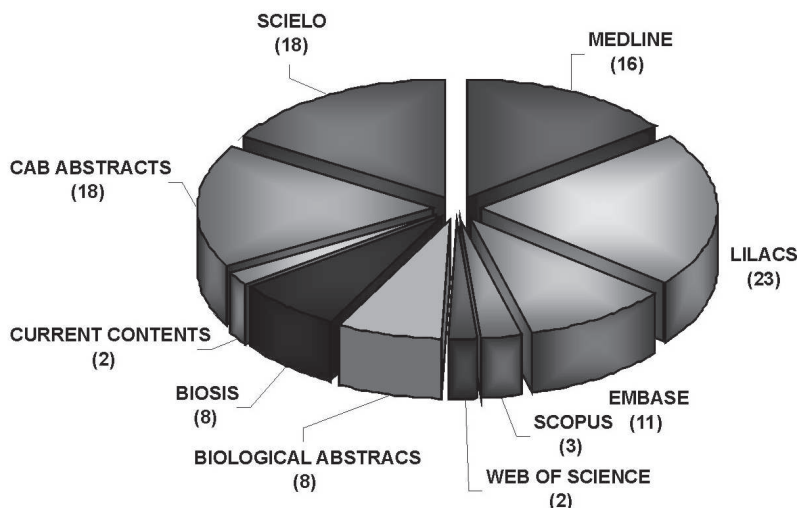


Gráfico 3: Número de revistas nacionais da coleção da biblioteca do CPqGM indexadas em 9 bases de dados bibliográficos



O fator de impacto H dos periódicos internacionais foi levantado a partir de 2001 até 2007 no Journal of Scitation Report do Web of Science (Tabela 1),

enquanto que o fator de impacto dos periódicos nacionais foi de 2000 a 2007 a partir dos dados estatísticos do Scientific Electronic Library Online (SciELO) (Tabela 2). Nessas tabelas observa-se que 60,8% da coleção tem FH entre 0 a 6 e 39,2% tem um FH maior que 6. O maior fator de impacto verificado foi da revista New England Journal of Medicine, de 52,589 em 2007.

Tabela 1 - Evolução do fator de impacto dos periódicos internacionais segundo o JCR assinados pela biblioteca do CPqGM entre 2001 e 2007

Revista	Ano/ Fator de impacto						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Acta Tropica	1.045	1.332	1.336	1.952	1.800	2.211	2.000
Acta Virologica	0.644	0.660	0.683	0.605	0.696	0.788	0.560
Aids	6.881	5.983	5.521	5.893	5.835	5.632	5.842
Aids Research and Human Retroviruses	2.523	2.278	2.291	2.375	2.531	2.513	2.022
American Journal Dermatopathology	1.193	1.384	1.132	1.337	1.377	1.100	1.503
American Journal of Pathology	7.103	6.750	6.946	6.441	5.796	5.917	5.487
American Journal Surgical Pathology	3.691	4.122	4.535	4.690	4.377	4.144	4.181
American J. Trop. Medicine & Hygiene	2.126	2.063	2.105	2.013	2.482	2.546	2.183
Annual Review Immunology	46.233	54.455	52.280	52.431	47.400	47.237	47.981
Blood	9.273	9.361	10.120	9.782	10.131	10.370	10.896
Cancer	3.909	3.941	4.017	4.434	4.800	4.582	4.632
Cell	29.219	27.254	26.626	28.389	29.431	29.194	29.887
Clinical Microbiology Reviews	10.652	10.321	11.530	10.671	10.443	12.643	15.764
Current Opinion in Immunology	13.724	12.918	12.118	11.565	9.103	9.422	9.325
Developmental Biology	5.558	5.194	5.351	5.432	5.234	4.893	4.714
EMBO Journal	12.549	10.698	10.456	10.492	10.053	10.086	8.662
European Journal of Immunology	4.990	4.832	4.536	5.005	4.876	4.772	4.662
Experimental Parasitology	1.434	1.232	1.119	1.347	1.306	1.108	1.597
Gastroenterology	13.020	13.440	12.718	13.092	12.386	12.457	11.673
Hepatology	8.096	9.825	9.503	10.416	9.792	10.446	10.734
Immunity	18.866	17.468	10.016	15.448	15.156	18.306	19.266
Immunological Reviews	7.000	7.409	7.052	7.878	8.420	10.758	10.536
Immunology Letters	2.009	1.847	1.710	2.136	2.301	2.352	2.628
Infection and Immunity	4.212	4.039	3.875	4.033	3.933	4.004	3.996
International Immunology	3.611	3.595	3.690	3.543	3.317	4.015	3.290
International Journal Exp. Pathology	1.128	2.535	1.968	1.406	1.942	2.707	2.460
International J. Tuberculosis & Lung Diseases	1.737	1.888	1.634	1.484	1.456	2.035	2.240
Journal of AIDS	3.586	3.902	3.681	4.100	3.871	3.946	4.412
Journal Biological Chemistry	7.258	6.696	6.482	6.355	5.854	5.808	5.581

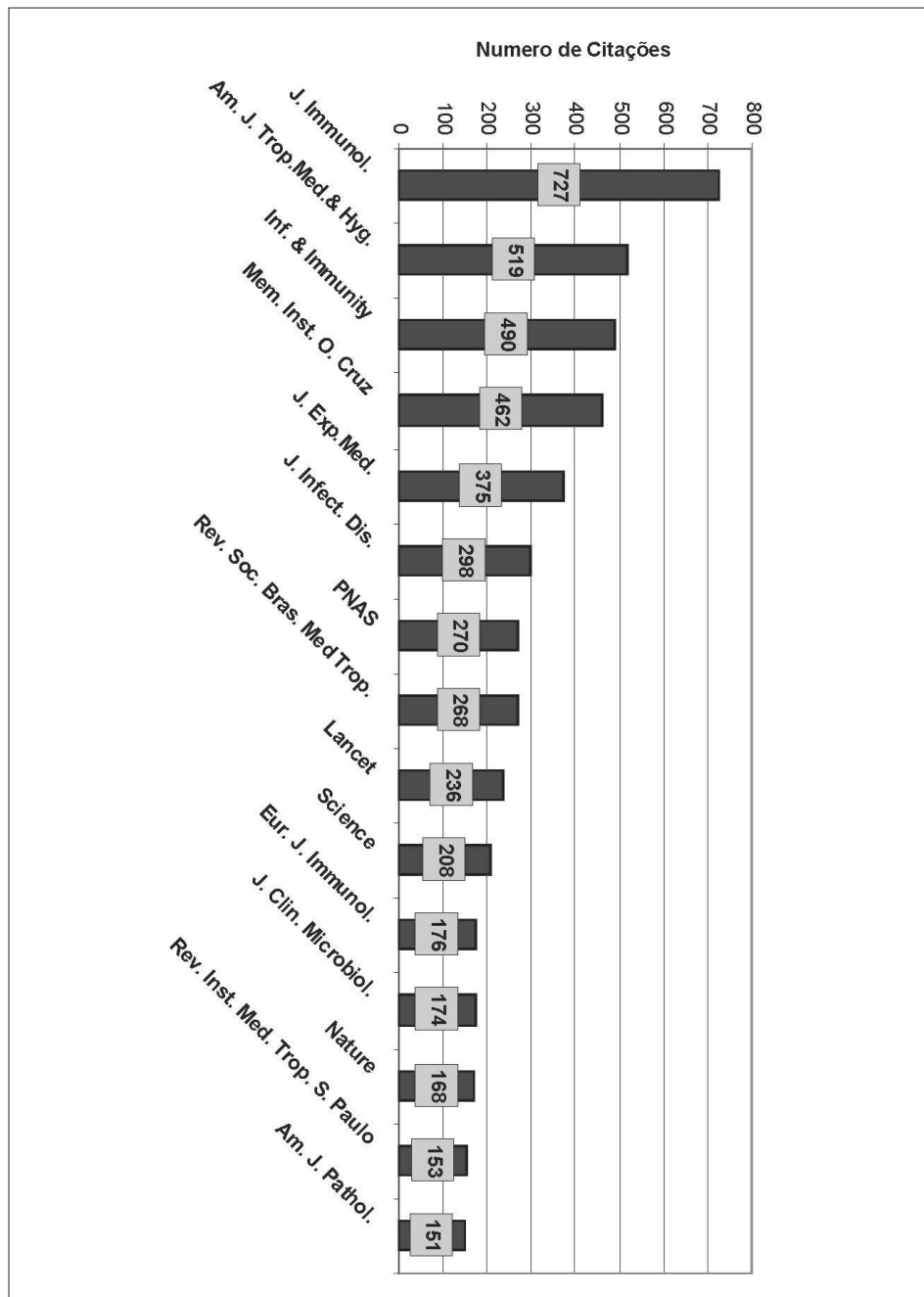
Journal of Cell Biology	12.915	12.522	12.023	11.602	10.951	10.152	9.598
Journal of Clinical Investigation	14.118	14.051	14.307	14.204	15.053	15.754	16.915
Journal of Clinical Microbiology	3.965	3.565	3.489	3.439	3.537	3.445	3.708
Journal of Experimental Medicine	15.340	15.837	15.302	14.588	13.965	14.484	15.612
Journal of General Virology	3.248	3.300	3.036	3.327	3.013	3.110	3.120
Journal of Immunology	7.065	7.014	6.702	6.486	6.387	6.293	6.068
Journal of Infectious Diseases	4.910	4.857	4.481	4.943	4.953	5.363	6.035
Journal of Leukocyte Biology	4.516	4.132	4.180	4.224	4.627	4.572	4.128
Journal of Medical Entomology	0.949	1.137	1.394	1.609	1.489	1.950	1.864
Journal of Medical Virology	2.881	2.629	2.371	2.331	2.520	2.779	2.831
Journal of Molecular Diagnostics	1.727	4.404	3.571	2.716	2.885	2.901	3.478
Journal of Pathology	5.064	4.563	4.933	5.333	6.213	5.759	5.423
Journal of Virological Methods	1.768	1.938	1.826	1.729	1.886	2.097	1.933
Journal of Virology	5.622	5.241	5.225	5.398	5.178	5.341	5.332
Laboratory Investigation	3.934	4.000	4.418	3.702	3.859	4.453	4.479
Lancet	13.251	15.397	18.316	21.713	23.878	25.800	28.638
Microbes and Infection	1.960	3.026	3.772	3.753	3.154	3.127	2.523
Molecular and Biochemical Parasitology	2.397	2.911	2.882	2.803	2.733	2.641	2.896
Molecular and Cellular Neuroscience	5.446	4.519	4.231	3.789	4.641	4.607	3.994
Molecular Immunology	1.973	2.414	2.827	3.196	4.307	4.768	3.742
Nature	27.955	30.432	30.979	32.182	29.273	26.681	28.751
Nature Immunology	17.431	27.868	28.180	27.586	27.011	27.596	26.218
Nature Medicine	27.906	28.740	30.550	31.223	28.878	28.588	26.382
New England Journal of Medicine	29.065	31.736	34.833	38.570	44.016	51.296	52.589
Nucleic Acids Research	6.373	7.051	6.575	7.260	7.552	6.317	6.954
Parasite Immunology	2.182	1.633	1.956	1.474	1.445	2.009	2.231
Parasitology	2.114	1.828	1.821	1.685	1.703	1.786	2.081
Parasitology Research	1.025	1.046	1.000	1.060	1.226	1.140	1.512
Pathology Research and Practice	1.163	0.850	0.821	0.681	1.049	0.892	1.080
PNAS	10.896	10.700	10.272	10.452	10.231	9.643	9.598
Science	23.329	26.682	29.781	31.853	30.927	30.028	26.372
Seminars in Liver Disease	6.402	5.954	6.524	3.975	3.752	5.302	5.814
Trends in Biochemical Sciences	14.329	14.398	14.273	14.112	13.343	13.863	14.994
Trends in Cell Biology	18.135	19.880	19.612	14.327	11.791	12.429	13.527
Trends in Immunology	x	15.507	18.153	13.075	10.174	10.213	9.480
Trends in Microbiology	6.523	6.665	8.160	7.748	6.648	8.335	7.618
Trends in Parasitology	x	5.375	6.788	5.497	4.526	4.907	4.961
Vaccine	2.943	2.811	3.007	2.824	2.822	3.159	3.377
Virchows Archives	x	2.045	2.357	2.227	2.224	2.251	2.029
Virology	3.270	3.363	3.391	3.071	3.080	3.525	3.765

Tabela 2 - Evolução do fator de impacto dos periódicos nacionais segundo o SciELO da biblioteca do CPqGM entre 2001 e 2007

Revista	Ano/Fator de impacto							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anais da Academia Brasileira de Ciências	x	x	0.0645	0.0833	0.0444	0.0565	0.0677	0.1316
Anais Brasileiros de Dermatologia	x	x	x-	x	0.1190	0.0547	0.1224	0.1379
Arquivos Brasileiros de Cardiologia	x	0.1239	0.1517	0.2146	0.1344	0.1362	0.2851	0.3500
Ars Veterinaria	x	x	x	x	x	x	x	x
Brazilian Journal of Infectious Diseases	x	x	x	0.1176	0.1140	0.1760	0.2500	0.1788
Brazilian J. Medical Biological Research	0.1106	0.0765	0.0853	0.1231	0.1505	0.1313	0.1543	0.1862
Cadernos de Saúde Pública	0.1660	0.2490	0.3633	0.3372	0.3923	0.6194	0.6713	0.6540
Gazeta Médica da Bahia	x	x	x	x	x	x	x	x
História, Ciências, Saúde - Manguinhos	0.0962	0.0435	0.0208	0.1075	0.0536	0.0348	0.0707	0.0917
Informe Epidemiológico do SUS	x	x	x	x	x	x	x	x
Jornal Brasileiro de Medicina	x	x	x	x	x	x	x	x
Jornal Bras.Patologia e Medicina Laboratorial	x	x	x	0.0000	0.0217	0.0833	0.0684	0.0593
Jornal Brasileiro de Pneumologia	x	x	x	x	x	x	0.2281	0.1683
Jornal de Pediatria	x	x	x	0.0174	0.0092	0.0243	0.0067	0.0051
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	0.2577	0.2526	0.3183	0.2872	0.2731	0.2969	0.3989	0.3756
Prática Hospitalar	x	x	x	x	x	x	x	x
Revista Bras. de Alergia e Imunopatologia	x	x	x	x	x	x	x	x
Revista Brasileira de Epidemiologia	0.2581	x	x	0.0417	0.2879	0.1690	0.4000	0.3855
Revista Brasileira de Medicina	x	x	x	x	x	x	x	x
Revista Brasileira de Medicina Veterinária	x	x	x	x	x	x	x	x
Revista da Associação Médica Brasileira	0.0085	0.0455	0.0440	0.1529	0.1681	0.1679	0.1983	0.2846
Revista da Soc. Bras. de Medicina Tropical 0.4366		0.2803	0.2989	0.3121	0.3564	0.2871	0.3786	0.4706
Revista de Patologia Tropical	x	x	x	x	x	x	x	x
Revista de Saúde Pública	0.2256	0.2147	0.4523	0.3077	0.4449	0.5000	0.6808	0.7055
Revista do Hospital das Clínicas	x	0.0411	0.0938	0.0253	0.0707	x	x	x
Revista do Inst. Medicina Tropical São Paulo	0.1064	0.0960	0.1797	0.2879	0.3206	0.2741	0.1880	0.3043
São Paulo Medical Journal	0.0241	0.0759	0.1687	0.1084	0.1461	0.1442	0.1161	0.2047

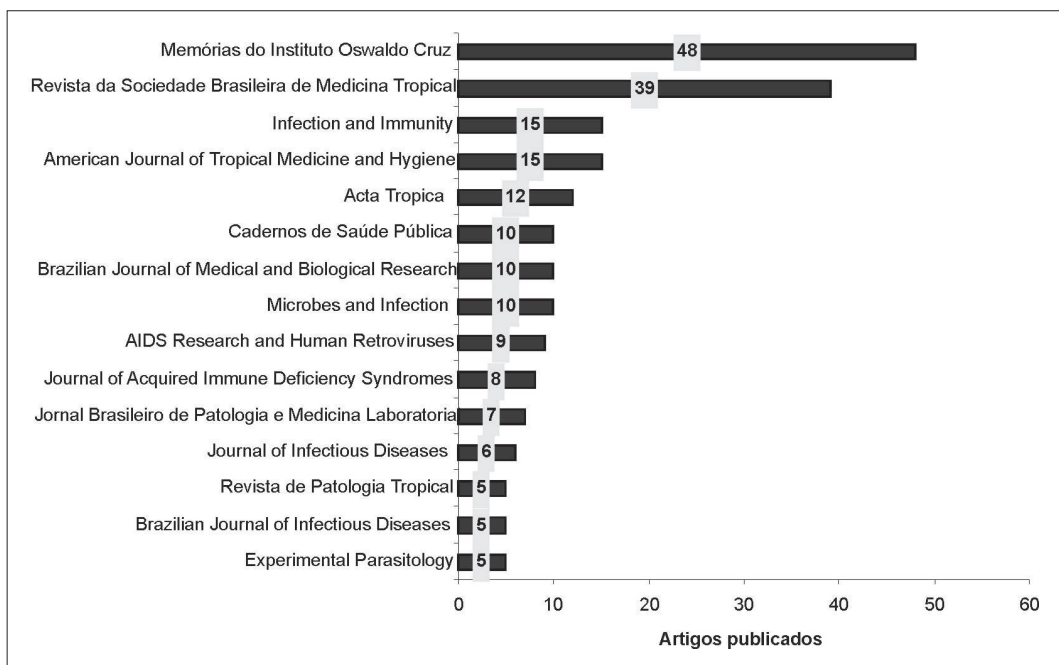
O periódico nacional mais citado foi *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (462) e o internacional foi *The Journal of Immunology* (727) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Periódicos da coleção da biblioteca mais citados pelos pesquisadores do CPqGM entre 2000 e 2007.



Os periódicos da coleção da biblioteca também são frequentemente selecionados pelos pesquisadores para publicação de seus artigos. Verificou-se que, dos 541 artigos publicados, a revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz foi a que teve maior número de artigos desse grupo de cientistas (48), sendo que a revista *Infection and Immunity* publicou 15 artigos entre os anos 2000 e 2007 (Gráfico 5).

Gráfico 5: Número de artigos publicados pelos pesquisadores do CPqGM em periódicos da coleção da biblioteca entre 2000 e 2007.



Os artigos mais citados publicados pelos pesquisadores encontram-se em boa parte da coleção de revistas da biblioteca (Gráfico 6 e 7). Os periódicos classificados por temas têm uma boa representatividade em relação às linhas de pesquisas do CPqGM. (Gráfico 8).

Gráfico 6. Periódicos da coleção da biblioteca onde se encontram os artigos mais citados publicados pelos pesquisadores do CPqGM, segundo o JCR do ISI.

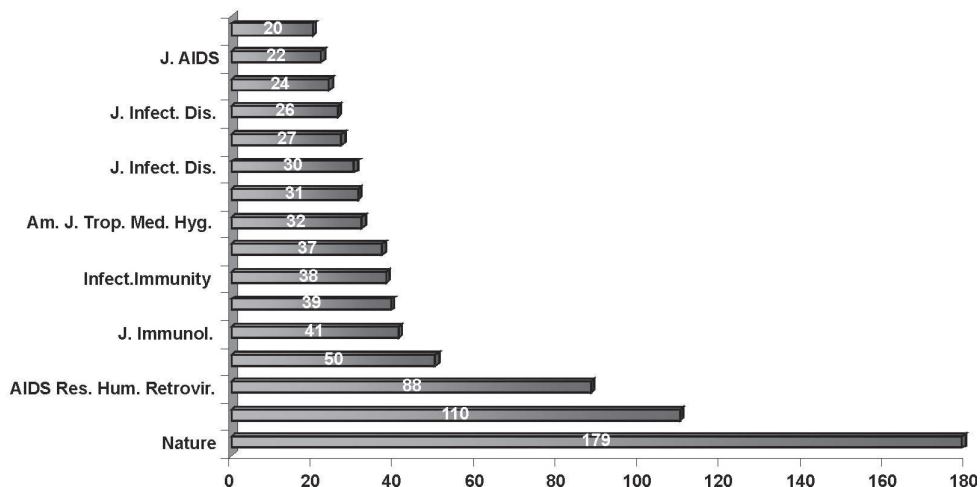


Gráfico 7. Periódicos da coleção da biblioteca onde se encontram os artigos mais citados publicados pelos pesquisadores do CPqGM, segundo o Scopus

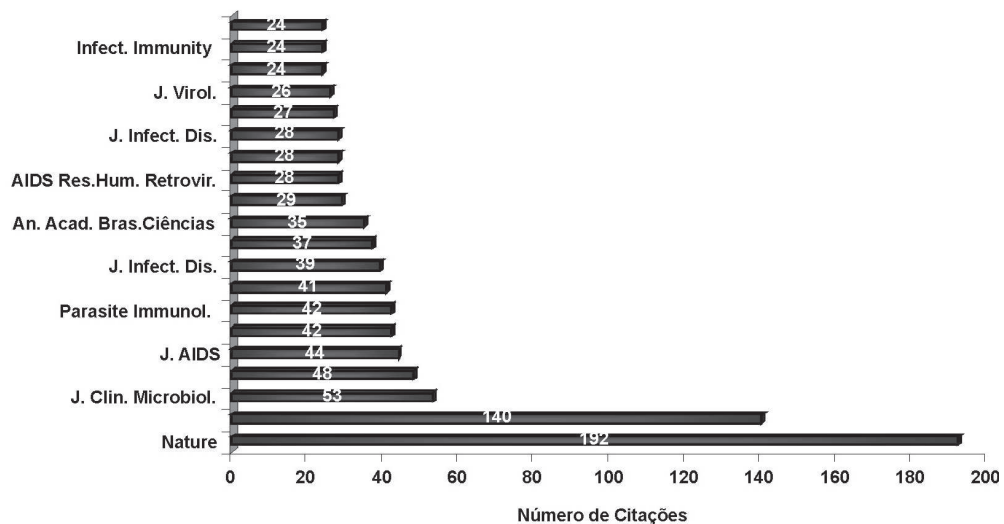


Gráfico 8. Número de periódicos da coleção da biblioteca do CPqGM classificados por temas

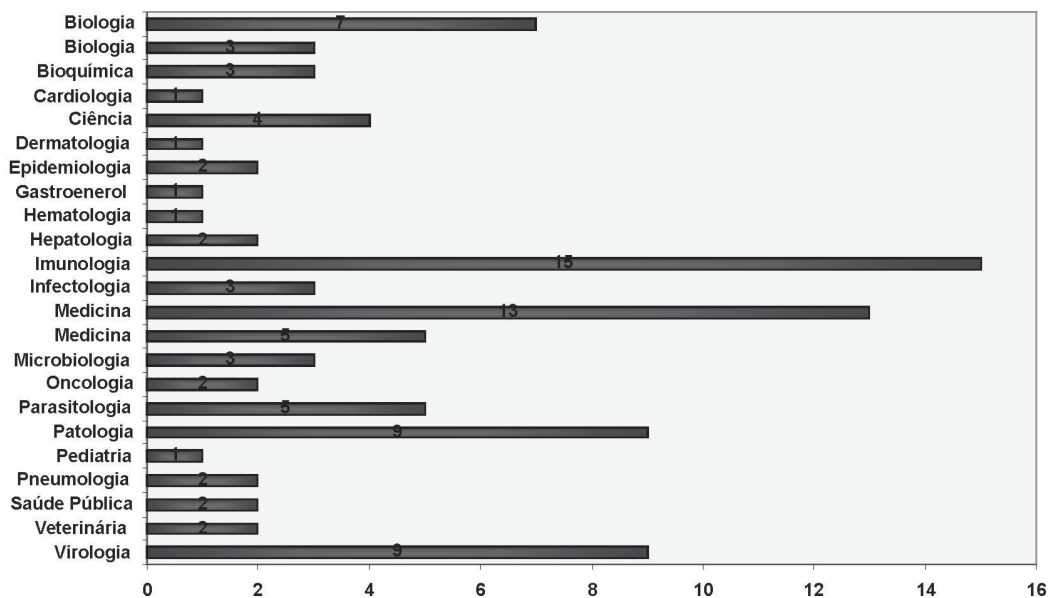
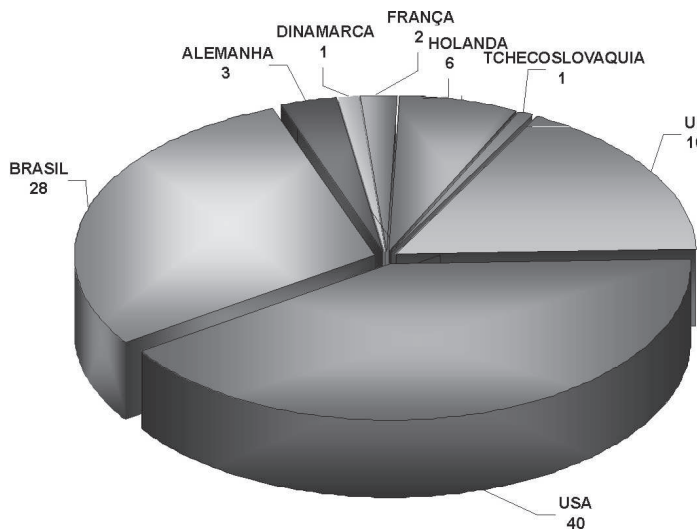


Gráfico 9: Número de periódicos da coleção da biblioteca do CPqGM classificados por países de origem



CONCLUSÃO

O periódico científico nacional e internacional específico da área de saúde é considerado pela comunidade científica do CPqGM como o principal canal de comunicação formal para publicação e divulgação dos resultados das pesquisas realizadas nos laboratórios. Nesse estudo, verificou-se que um alto número de artigos é publicado em revistas que fazem parte da coleção da biblioteca, como é o caso dos periódicos nacionais *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* e a *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, que estão no ranking do JCR do ISI. Entretanto, constatou-se que são muito poucos os periódicos brasileiros indexados nas bases de dados internacionais. Quanto a esse aspecto, Meneghini (2002 p.155), dirigindo-se aos líderes de agências de fomento à pesquisa no Brasil, alerta para o fato de que eles “deveriam levar em conta a diferença entre áreas distintas quanto aos temas de estudo”. Enquanto isso, o SciELO tem permitido que os resultados da produção científica brasileira se tornem mais visíveis internacionalmente e que a avaliação da produção nacional seja mais justa.

REFERÊNCIAS

- COURA, J. R. Impact factor of scientific production and the quality of Brazilian Medical Journal. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 98, n. 3, p. 293-297, 2003.
- MENEZHINI, R. Avaliação da produção científica e o projeto SciELO. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 219-220, 1998.
- _____. O projeto SciELO (Scientific Electronic Library Online) e a visibilidade da literatura científica “periférica”. *Química Nova*, v. 26, n. 2, p. 155, 2002.
- OLIVEIRA, E.B. Produção científica nacional na área de geociências: análise de critérios de editoração, difusão e indexação em bases de dados. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 34, n. 2, p. 34-42, maio/ago, 2005.
- ROSSNER, M.; VAN EPPS, H.; HILL, E. Show me the data. *Journal of Cell Biology*, v. 179, n. 6, p. 1091-1092, 2007.
- SANTANA, C.M. de O. *Estudo dos canais de comunicação utilizados pela comunidade científica do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz-CPqGM/FIOCRUZ, Salvador-Bahia/Brasil*. 1999. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade de Brasília-UnB. Brasília, 1999.
- SANTANA, C.M. de O.; SAMPAIO, A.M.F.V.; BOA MORTE, A. de A.; MAIA, J.L. de S. *A publicação de “papers” nas revistas científicas que causam impacto em uma comunidade científica na área de doenças infecciosas e parasitárias, no período de 2000 a 2004*. Salvador, Bahia: ICML 2005.

VANTI, N. A. P. Da bibliometria à webmetria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 152-162, 2002.

Celeste Maria de Oliveira Santana

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Mestre em ciência da informação pela Universidade de Brasília. Professora, ex-chefe do departamento de documentação e informação do ICI - Ufba. Aposentada como bibliotecária da Fiocruz - Bahia.

Ana Maria Fiscina Vaz Sampaio

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em Produção Editorial pela Fundesp / Ucsal. Coordenadora da biblioteca de ciências biomédicas Eurydice Pires de Sant'Anna, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz - Bahia. Bibliotecária da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

Adelvani de Araújo Boa-Morte

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Curso de atualização em gestão da informação. Bibliotecária da biblioteca de ciências biomédicas Eurydice Pires de Sant'Anna, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz - Bahia. Bibliotecária da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

Anderson Silva da Rocha

Graduado em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Bibliotecário do jornal A Tarde, Salvador, Bahia.

Martha Sílvia Martínez Silveira

Graduada em bibliotecologia pela Universidad de la Republica Oriental del Uruguay. Especialista em metodologia e didática do ensino superior pela Ucsal. Mestre em Ciência da Informação pela Ufba. Bibliotecária do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz – Bahia.

O IMPACTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E PADRÕES DE CITAÇÃO ENTRE PESQUISADORES DO CENTRO DE PESQUISA GONÇALO MONIZ (CPQGM/FIOCRUZ/BAHIA)

Celeste Maria de Oliveira Santana¹
celestes@ufba.br

Ana Maria Fiscina Vaz Sampaio²
fiscina@bahia.fiocruz.br

Adelvani de Araújo Boa Morte²
vania@bahia.fiocruz.br

Anderson Silva da Rocha²
anderson@bahia.fiocruz.br

Martha Silvia Martínez-Silveira²
martha@bahia.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A pesquisa foi originada de dados obtidos em etapa anterior (Parte I) apresentada no ICML9 (2005) intitulada *A publicação de “papers” nas revistas científicas que causam impacto em uma comunidade científica na área de doenças infecciosas e parasitárias, no período de 2000 a 2004*. Naquele trabalho foram mapeados os artigos dos pesquisadores do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no estado da Bahia, durante o período de 2000 a 2004.

¹ Universidade Federal da Bahia - Instituto de Ciência da Informação

² CPqGM / Fiocruz - Bahia

O presente trabalho (Parte II) visa atualizar esse mapeamento até o ano de 2007 com a finalidade de quantificar a produção científica dos pesquisadores e, a partir da análise bibliométrica dos artigos publicados, demonstrar a visibilidade da produção científica originada nos laboratórios de pesquisa dessa instituição.

O CPqGM é uma unidade da Fiocruz localizada no estado da Bahia dedicada principalmente ao estudo das doenças infecciosas e parasitárias de maior impacto na população brasileira. Centro de referência em saúde, além de suas ações na área biomédica e do desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, mantém cursos de pós-graduação do mais alto nível de excelência. Os cursos de patologia e biotecnologia em saúde e medicina investigativa reúnem pesquisadores e alunos cuja produção científica destaca-se no cenário nacional e internacional.

As atividades se organizam em dez laboratórios e outras unidades: Lacei - Laboratório de Chagas Experimental; Lapex - Laboratório da Patologia Experimental; Lasp - Laboratório Avançado de Saúde Pública; LBP - Laboratório de Biomorfologia Parasitária; Lemb - Laboratório de Epidemiologia Molecular e Bioestatística; Leti - Laboratório de Engenharia Tecidual e Imunofarmacologia; Limi - Laboratório Integrado de Microbiologia e Imunoregulação; LIP - Laboratório de Imunoparasitologia; LPBI - Laboratório de Patologia e Biointervenção; LPBM - Laboratório de Patologia e Biologia Molecular e o Serviço de Histopatologia.

OBJETIVO

Verificar o impacto da produção científica produzida pela comunidade do CPqGM e publicada em artigos internacionais e nacionais a partir dos indicadores bibliométricos, como o fator de impacto, o fator H e o Qualis (Capes), e da análise de citações dos artigos e dos pesquisadores entre si.

METODOLOGIA

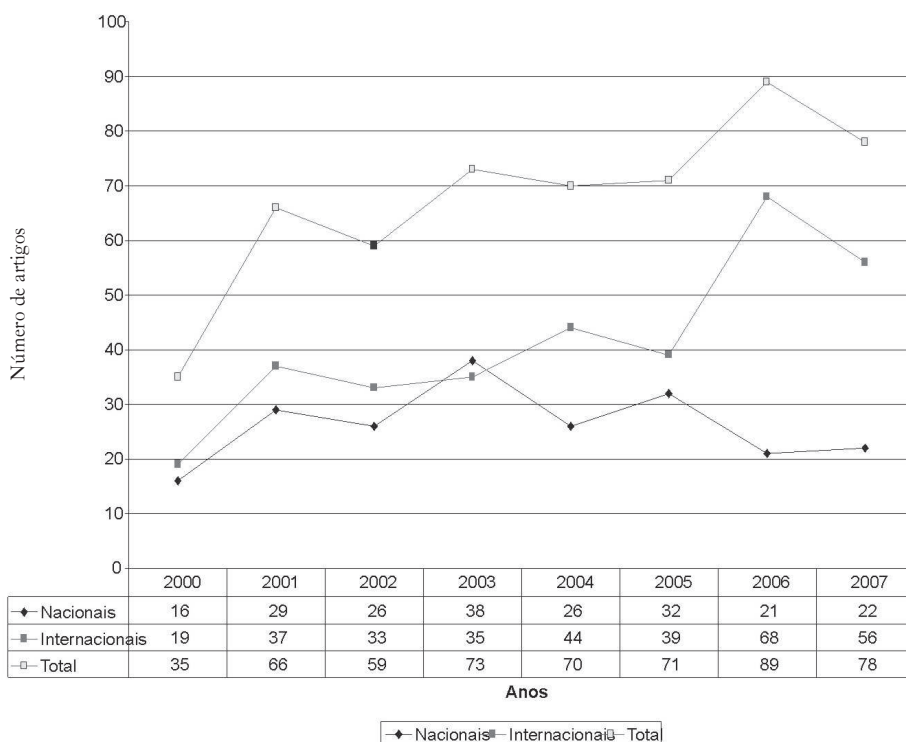
O estudo de caso foi realizado especificamente com os pesquisadores do CPqGM que são vinculados à Fiocruz/Bahia, tomando-se como unidade a análise dos artigos científicos publicados por essa população. A cada pesquisador foi dado um código numérico para que se pudessem efetuar as análises de forma anônima.

Inicialmente, foi elaborado um banco de dados contendo as informações dos artigos publicados divididos em nacionais e internacionais. As fontes de coleta de dados foram o Curriculum Lattes, os Cadernos Capes, as listas da Coordenação de Ensino do CPqGM, as bases de dados bibliográficos Medline, Scopus, Lilacs e as páginas do site do CPqGM para obter as informações referentes aos artigos publicados. Para as análises de citações e o impacto dos periódicos foram utilizados o Journal of Citation Report (JCR), o Qualis e os dados estatísticos do Scientific Electronic Library On-line (SciELO) assim como as referências bibliográficas de cada artigo.

RESULTADOS

De acordo com o critério estabelecido, foram selecionados 30 pesquisadores que publicaram isoladamente, ou em conjunto 541 artigos em revistas internacionais e nacionais durante o período de 2000 a 2007. Foram publicados 329 artigos em periódicos internacionais e 212 em periódicos nacionais (Gráfico 1).

Gráfico 1: Artigos publicados pelos pesquisadores do CPqGM entre os anos de 2000 e 2007



Analisados por laboratórios, percebeu-se que o laboratório que mais publicou artigos nacionais foi o Lapex (50), enquanto que o LPBI publicou mais artigos internacionais (61). Na sua totalidade, o LIP foi o que mais publicou (89) (Gráfico 2). Levando-se em consideração o número de pesquisadores por laboratório, observou-se que os pesquisadores mais profusos estavam no Lapex, com uma média de 39.5 artigos (Gráfico 3).

Gráfico 2: Número de artigos por laboratório do CPqGM entre os anos de 2000 e 2007

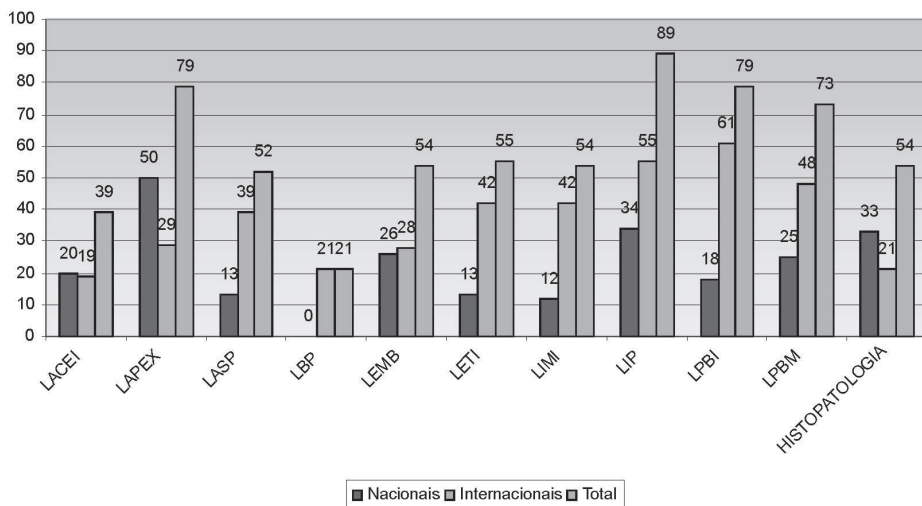
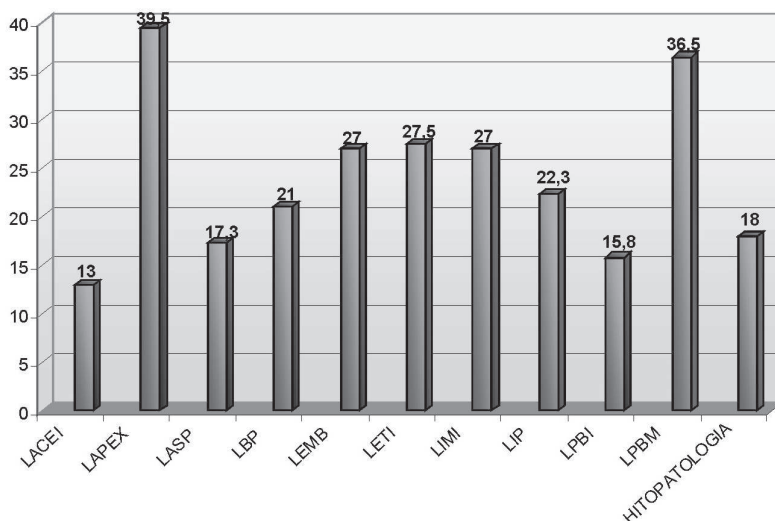


Gráfico 3: Média de artigos publicados pelos pesquisadores do CPqGM entre os anos 2000 e 2007



O fator H dos pesquisadores foi levantado na base de dados Scopus, no qual se verificou que o maior número atingido foi *h*-index 16, de pesquisadores locados nos laboratórios Lemb, Limi e Lipi. Por sua vez, os pesquisadores que mais publicaram foram, em nível nacional do laboratório Lapex (50), internacional LPBM (44) e, em sua totalidade, o pesquisador locado no Lapex (71) (Tabela 1). A análise das citações e de autocitações considerou apenas aquelas que constavam nos trabalhos dos pesquisadores que estavam sendo analisados. Para a realização deste trabalho, foi extraído de cada artigo o número de referências em que ao menos um dos pesquisadores do Centro tivesse sido citado. Esses resultados preliminares estão também representados na Tabela 1.

Tabela 1- Avaliação da produção científica dos pesquisadores do CPqGM

Cód. Pesq.	Laboratórios	Fator H	Citações	Auto-citações	Art. Inter.	Art. Nac.	Total de Artigos
1	LIP	16	41	112	43	13	56
2	LPBI	0	0	0	0	0	0
3	HISTOPATOL.	3	2	9	9	13	32
4	LASP	12	13	44	34	11	45
5	LIP	11	16	23	25	1	26
6	LEMB	16	1	43	27	22	49
7	HISTOPATOL.	2	1	2	8	9	17
8	LACEI	3	1	20	8	0	8
9	LASP	4	0	0	3	1	4
10	LPBI	4	3	3	6	1	7
11	LIP	9	10	13	17	23	40
12	LIMI	6	0	3	11	0	11
13	LIP	6	4	4	8	1	9
14	LACEI	4	17	24	14	1	15
15	LPBI	10	26	48	29	5	34
16	LAPEX	1	4	6	8	0	8
17	LASP	5	4	20	16	5	21
18	LPBI	4	22	27	27	11	38
19	LEMB	0	4	0	1	4	5
20	LIMI	16	62	72	38	12	50
21	LBP	11	1	59	21	0	21
22	LPBM	9	7	8	10	11	21
23	LETI	13	21	30	35	12	47
24	LPBM	12	7	51	44	21	65
25	LPBI	2	4	5	6	0	6
26	LETI	9	19	31	26	12	38
27	HISTOPATOL.	4	0	0	4	2	6
28	LACEI	9	18	21	3	19	22
29	LPBI	6	10	28	16	5	21
30	LAPEX	11	24	61	21	50	71

Os artigos foram publicados em 168 revistas internacionais e 50 nacionais, sendo que, na revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, foram publicados 48 artigos. A revista internacional com mais artigos dos pesquisadores foi a *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* com 15 artigos (Tabelas 2 e 3). Os periódicos internacionais em que se encontra a maior quantidade de artigos publicados pelos pesquisadores do Centro tem um fator de impacto, segundo o JCR, que varia entre os valores 1 e 2 (Gráfico 4); enquanto que os nacionais têm um fator de impacto analisado pelo SciELO entre 0,05 e 0,2 (Gráfico 5). A avaliação Qualis dos periódicos nacionais e internacionais se encontra representada no Gráfico 6.

Tabela 2- Periódicos nacionais em que os pesquisadores do CPqGM mais publicaram entre os anos de 2000 e 2007

Periódicos Nacionais	Num Artigos	FIScielo
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	48	0.3756
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	39	0.4366
Brazilian Journal of Medical and Biological Research	10	0.1862
Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz)	10	0.6540
Revista Brasileira de Medicina	8	-
Gazeta Médica da Bahia	7	-
Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial	7	0.0593
Anais Brasileiros de Dermatologia	6	0.1379
Revista de Ciências Médicas e Biológicas	6	-
Brazilian Journal of Infectious Diseases	5	0.1788
Ciência e Saúde (Salvador)	5	-
Revista de Patologia Tropical	5	-
Revista do Hospital Universitário (Ufma)	5	-
Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia	4	0.0935

Tabela 3- Periódicos internacionais em que os pesquisadores do CPqGM mais publicaram entre os anos de 2000 e 2007

Periódicos Internacionais	Quantidade de Artigos	FIJCR
American Journal of Tropical Medicine and Hygiene	15	2.183
Infection and Immunity	15	3.996
Acta Tropica	12	2.000
Microbes and Infection	10	2.523
AIDS Research and Human Retroviruses	9	2.022
Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome	8	3.946
Parasitology Research	8	1.512
Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	7	1.924
International Journal of Impotence Research	6	2.059
Journal of Infectious Diseases	6	6.035

Experimental Parasitology	5	1.597
Gynecological Endocrinology	5	1.169
Scandinavian Journal of Immunology	5	1.928
Veterinary Parasitology	5	2.016
Hybridoma and Hybridomics	4	0.294
Journal of Clinical Microbiology	4	3.708
Pathology Research and Practice	4	1.080
Urology	4	2.134
Vaccine	4	3.377

Gráfico 4: Fator de impacto (JCR) dos periódicos internacionais

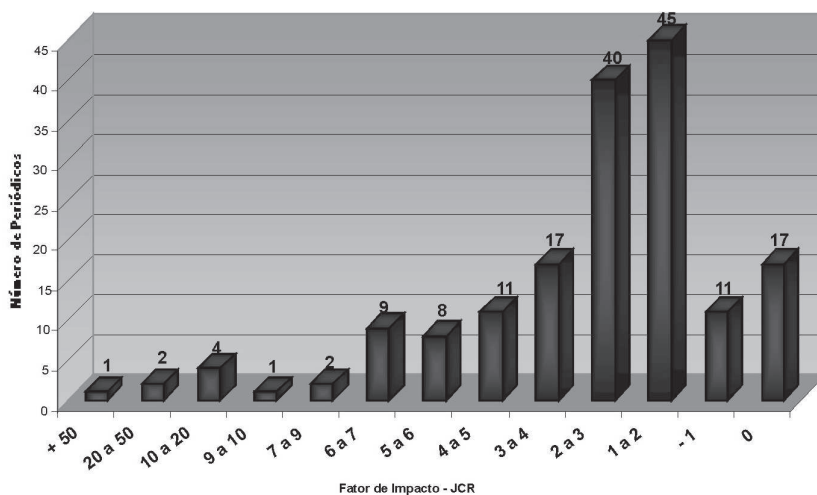


Gráfico 5: Fator de impacto (SciELO) dos periódicos nacionais

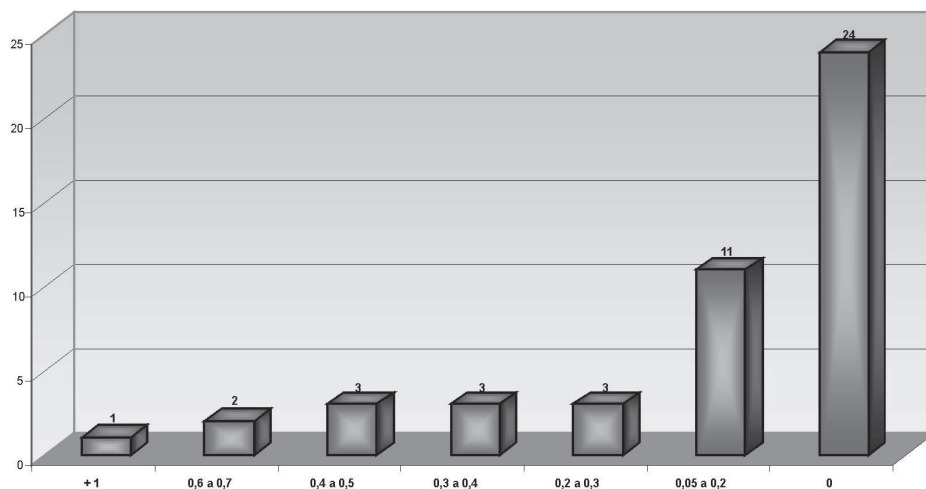
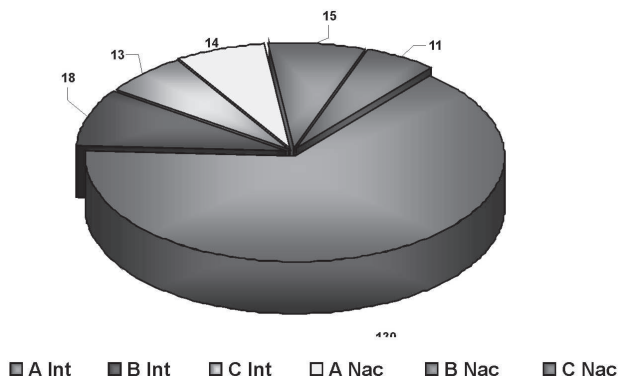


Gráfico 6: Classificação Qualis dos periódicos nacionais e internacionais em que publicaram os pesquisadores do CPqGM



Os artigos nacionais e internacionais que obtiveram maior número de citações nas bases de dados Web of Science e Scopus estão relacionados nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Artigos internacionais e nacionais mais citados na base de dados Web of Science

Cód. Autores	Periódico	Ano	Nº citações Web of Science
23	Nature	2000	179
6	International Journal of Impotence Research	2005	129
6	New England Journal of Medicine	2007	110
6	Urology	2003	103
4	AIDS Research and Human Retroviruses	2001	88
4	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome	2000	50
24	Current Opinion in Infectious Diseases	2005	46
6	Urology	2004	46
8	Journal of Immunology	2004	41
24	Human Immunology	2000	40
6	Urology	2001	40
15, 23, 26	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2001	31
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	20
1,13, 20, 22, 24	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	20
30	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	16
18, 20, 27	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2001	15
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	14
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2000	12
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	11
1, 20, 22, 24	Brazilian Journal of Medical & Biological Research	2001	9
15, 29	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2004	9
11	Brazilian Journal of Medical & Biological Research	2004	8
15, 23, 26	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2001	31
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	20

Tabela 5 - Artigos internacionais e nacionais mais citados na base de dados Scopus

Cód. Autores	Periódico	Ano	Nº citações Scopus
23	Nature	2000	192
6	International Journal of Impotence Research	2005	147
6	New England Journal of Medicine	2007	140
6	Urology	2003	124
4	AIDS Research and Human Retroviruses	2001	64
24	Journal of Clinical Microbiology	2001	53
6	Urology	2001	53
24	Current Opinion in Infectious Diseases	2005	52
7	Journal of Pediatric and Perinatal Nutrition	2003	50
24	Infection and Immunity	2005	48
4	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome	2000	44
15, 23, 26	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2001	35
19	Cadernos de Saúde Pública	2003	29
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2000	24
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	20
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	19
6	São Paulo Medical Journal	2002	19
1, 13, 20, 22, 24	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	17
18, 20, 27	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2001	15
22, 24, 28	Revista da Sociedade Bras. de Medicina Tropical	2003	12
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	11
19	Revista de Saúde Pública	2003	11

Em relação aos temas abordados nos artigos, eles se encontram representados nos Gráficos 7 e 8.

Gráfico 7: Principais temas pesquisados no CPqGM e o número de artigos nacionais e internacionais publicados entre os anos de 2000 e 2007

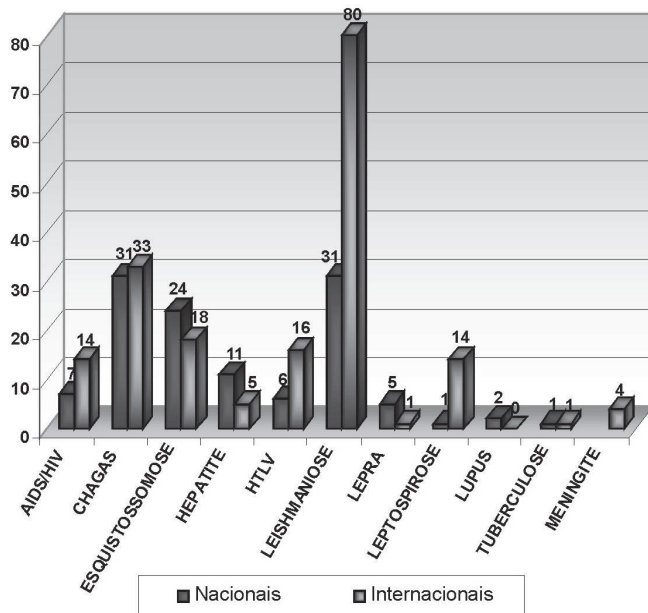
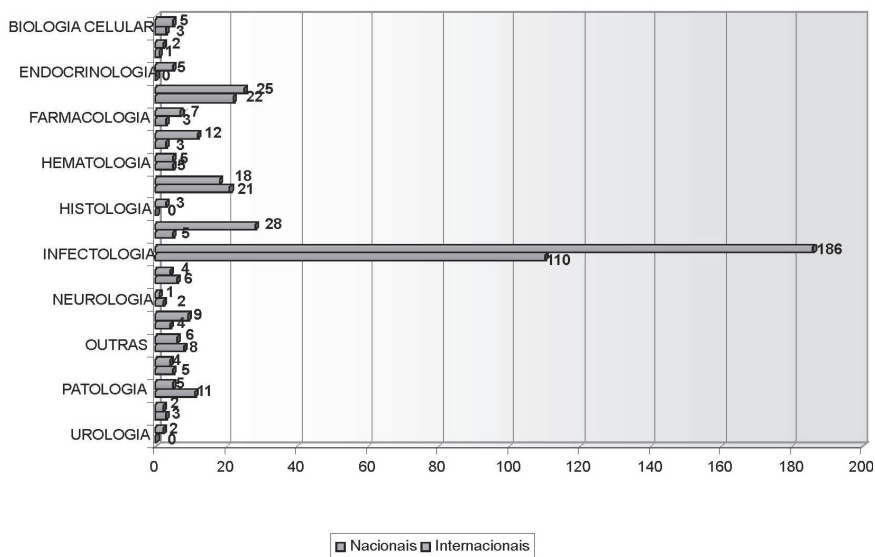


Gráfico 8: Temas dos artigos publicados no CPqGM divididos em grandes áreas entre os anos de 2000 e 2007



Os artigos mais citados nas bases de dados Scopus e Web of Science foram relacionados nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6: Artigos internacionais e nacionais mais citados na base de dados Web of Science.

Cód. Autores	Periódico	Ano	Nº citações Web of Science
23	Nature	2000	179
6	International Journal of Impotence Research	2005	129
6	New England Journal of Medicine	2007	110
6	Urology	2003	103
4	AIDS Research and Human Retroviruses	2001	88
4	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome	2000	50
24	Current Opinion in Infectious Diseases	2005	46
6	Urology	2004	46
8	Journal of Immunology	2004	41
24	Human Immunology	2000	40
6	Urology	2001	40
15, 23, 26	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2001	31
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	20
1,13, 20, 22, 24	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	20
30	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	16
18, 20, 27	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2001	15
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	14
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2000	12
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	11
1, 20, 22, 24	Brazilian Journal of Medical & Biological Research	2001	9
15, 29	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2004	9
11	Brazilian Journal of Medical & Biological Research	2004	8
15, 23, 26	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2001	31
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	20

Tabela 7 - Artigos internacionais e nacionais mais citados na base de dados Scopus.

Cód. Autores	Periódico	Ano	Nº citações Scopus
23	Nature	2000	192
6	International Journal of Impotence Research	2005	147
6	New England Journal of Medicine	2007	140
6	Urology	2003	124
4	AIDS Research and Human Retroviruses	2001	64
24	Journal of Clinical Microbiology	2001	53
6	Urology	2001	53
24	Current Opinion in Infectious Diseases	2005	52
7	Journal of Pediatric and Perinatal Nutrition	2003	50
24	Infection and Immunity	2005	48
4	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome	2000	44
15, 23, 26	Anais da Academia Brasileira de Ciências	2001	35
19	Cadernos de Saúde Pública	2003	29

1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2000	24
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2002	20
1, 20	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	19
6	São Paulo Medical Journal	2002	19
1, 13, 20, 22, 24	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	17
18, 20, 27	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2001	15
22, 24, 28	Revista da Sociedade Bras. de Medicina Tropical	2003	12
4	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	2003	11
19	Revista de Saúde Pública	2003	11

CONCLUSÃO

Conclui-se que o objetivo principal da pesquisa foi alcançado ao ser constatado, através de vários indicadores de qualidade científica, o impacto da produção científica entre os próprios pesquisadores. A comunidade científica do CPqGM publica em periódicos internacionais e nacionais especializados, que são indexados em bases de dados internacionais e nacionais, a exemplo das bases de dados do U.S. National Library of Medicine (Medline), do Institute for Scientific Information (ISI) e do Scientific Electronic Library Online - SciELO, que lhes garantem visibilidade e evidente nível de endogenicidade.

REFERÊNCIAS

- COURA, J. R. Impact factor of scientific production and the quality of Brazilian medical journal. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 98, n.3, p.293-7, 2003.
- GLOWER, S. W.; BOWEN S. L. Bibliometric analysis of research published in Tropical Medicine and International Health 1996-2003. *Tropical Medicine and International Health*, v. 9, n. 12, p. 1327-1330, 2004.
- MENEGHINI, R. Avaliação da produção científica e o projeto SciELO. *Ciência da Informação*, Brasília, v.27, n.2, p.219-220, 1998.
- _____. O projeto SciELO (Scientific Electronic Library On-line) e a visibilidade da literatura científica “periférica”. *Química Nova*, v.26, n.2, p.155, 2002.
- OLIVEIRA, E.B. Produção científica nacional na área de geociências: análise de critérios de editoração, difusão e indexação em bases de dados. *Ciência da Informação*, Brasília, v.34, n.2, p.34-42, maio/ago, 2005.
- SANTANA, C.M. de O. *Estudo dos canais de comunicação utilizados pela comunidade científica do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz-CPqGM/FIOCRUZ, Salvador-Bahia/Brasil*. 1999. Disserta-

ção (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade de Brasília-UnB, Brasília, DF, 1999.

SANTANA, C.M. de O.; SAMPAIO, A.M.F.V.; BOA MORTE, A. de A.; MAIA, J.L. de S. *A publicação de “papers” nas revistas científicas que causam impacto em uma comunidade científica na área de doenças infecciosas e parasitárias, no período de 2000 a 2004*. Salvador, Bahia: ICML 2005.

Celeste Maria de Oliveira Santana

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Mestre em ciência da informação pela Universidade de Brasília. Professora, ex-chefe do departamento de documentação e informação do ICI - Ufba. Aposentada como bibliotecária e da Fiocruz - Bahia.

Ana Maria Fiscina Vaz Sampaio

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em produção editorial pela Fundesp / Ucsal. Coordenadora da biblioteca de ciências biomédicas Eurydice Pires de Sant’Anna, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz - Bahia. Bibliotecária da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

Adelvani de Araújo Boa-Morte

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Curso de atualização em gestão da informação. Bibliotecária da biblioteca de ciências biomédicas Eurydice Pires de Sant’Anna, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz - Bahia. Bibliotecária da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

Anderson Silva da Rocha

Graduado em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Bibliotecário do jornal A Tarde, Salvador, Bahia.

Martha Sílvia Martínez Silveira

Graduada em bibliotecologia pela Universidad de la Republica Oriental del Uruguay. Especialista em metodologia e didática do ensino superior pela Ucsal. Mestre em Ciência da Informação pela Ufba. Bibliotecária do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz – Bahia.

A GESTÃO INTEGRADA DA INFORMAÇÃO
EM SAÚDE PARA GERAÇÃO E
COMUNICAÇÃO DO CONHECIMENTO:
elemento de apoio diagnóstico/terapêutico e desenvolvimento
técnico-científico em instituições hospitalares

Fabricio Veloso Costa
fabricioveloso@santalucia.com.br

Constitui-se assim um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação do saber. É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. (FOUCAULT, 1979)

APRESENTAÇÃO

Rembrandt (1606-1669), pintor holandês, retrata de forma fidedigna o florescimento da ciência moderna em seu quadro *Aula de Anatomia do Dr. Tulp*. Nessa obra, o cadáver de um arruaceiro que morrerá na forca, é observado por oito personagens, entre eles o cirurgião Nicolaes Tulp, que o dissecar. A aula, uma autópsia pública, apregoa o progresso e a modernidade alcançado pela sociedade da época. Sem dúvida, a informação tem uma forte relação nesse contexto, já que

esse desenvolvimento só é possível mediante a observação, tratamento e registro de dados com fundamento no rigor do método, ilustrados e observados nessa pintura. A medicina, portanto, enquadra-se nesse contexto, onde tanto produção do saber médico quanto a aplicação da técnica têm na informação o elo de existência e aplicabilidade.

Alguns séculos depois da pintura desse quadro, Foucault (1979), filósofo francês, anuncia em uma de suas obras que o hospital, mais do que um lugar de cura, é um lugar de produção do saber, tendo na prática médica o alicerce para construção do conhecimento. Esse autor é muito importante quando estuda a evolução histórica dos hospitais na sociedade, determinando quanto a mudança na estrutura também é capaz de alterar não apenas práticas técnicas em relação à medicina, mas também de âmbito social. Afirma que o hospital permanece até o começo do século XVIII como lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. Em meados do século XVII, é uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. Assim, tem-se no hospital, além da prática médica, a possibilidade do desenvolvimento teórico. Pode-se então perceber que as ciências da saúde, a informação e o hospital interligados são necessários ao progresso e aprimoramento científico, determinando amplitude ao saber e prática para a melhor qualidade de vida da sociedade.

Resta saber se as instituições hospitalares contemporâneas estão preparadas e possuem em seus fundamentos os pressupostos para tal nível de avanço no que tange ao gerenciamento do conhecimento em saúde. Portanto, a proposta do presente estudo é mostrar e delimitar uma estrutura dentro do hospital que tenha como foco a gestão da informação e do conhecimento com vista ao diagnóstico e terapêutica proporcionada ao paciente e ao mesmo tempo o desenvolvimento do conhecimento científico como bem comum.

OS HOSPITAIS E A INFORMAÇÃO

O conceito de informação é bastante complexo e diverso, inclusive considerando sua intersecção junto a várias áreas acadêmicas. Pode ser conceituada como um conhecimento inscrito (registrado) sob a forma escrita, oral ou audiovisual. Aquilo que comporta um elemento de sentido ou mesmo um significado transmitido a um ser consciente por meio de uma mensagem inscrita em um suporte espaciotemporal. Referências sobre o assunto podem ser observadas nos estudos de Le Coadic e McGarry, quando tomados como ponto de base para a ciência da informação.

O hospital, conforme conceito do Ministério da Saúde, é parte integrante de uma organização médica e social. Sua função básica consiste em proporcionar à população assistência médica sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar. Constitui-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

CENTRO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO EM SAÚDE: ESTRUTURA E GESTÃO

A definição de uma estrutura física e política que congregue as atividades ligadas à prática da gestão da informação é de elementar relevância no âmbito hospitalar. É capaz de centralizar em uma unidade de informação as práticas de gerenciamento do conhecimento, permitindo assim que a informação orgânica, científica ou cultural possa estar tratada de forma a propiciar o seu acesso e disseminação, que refletirão na prática técnicas das rotinas dos profissionais e, em consequência, melhor aplicação do saber.

A titulação terminológica recomendada a essa unidade é o Centro de Informação e Conhecimento em Saúde, que congrega então atividades vinculadas aos tradicionais serviços de arquivo, biblioteca, reprografia, comunicação e centro de estudos. São as ciências da informação (arquivologia, biblioteconomia e museologia) e comunicação reunidas sob uma prática de gestão unificada.

O gerenciamento dessa unidade deve estar a cargo de um profissional de nível superior, com desejável experiência técnica em saúde e formação complementar, vinculado a uma área de formação congênere. Além disso, outros profissionais arquivistas, bibliotecários, comunicólogos, técnicos e estagiários devem estar envolvidos no processo de gestão por colegiado. Embora a informação seja o ponto elementar, como várias áreas de formação estão envolvidas no processo, a necessidade de formação multidisciplinar é de suma relevância para a melhor prática de gestão desse centro.

A definição dessa unidade de gestão da informação em saúde requer planejamento da dimensão estrutural, do processo de trabalho e implementação tecnológica, seguindo-se para tanto a lógica sequencial apresentada. O primeiro ponto refere-se à estrutura. Nessa fase, a definição e adequação de espaços prediais dentro da instituição refletirão em todas as demais, já que delas dependem inúmeras variáveis. O ideal é que a área seja ampla e possa então congrega todos

os subsetores, evidenciando não somente em termos políticos, mas também de localização física, a disposição espacial da unidade de informação. Como existem certas peculiaridades em relação aos acervos, considerando que estamos tratando de informações em suporte também físico, deve-se observar bem essa característica, determinando correto espaço para essas funções.

Além do leiaute, questões como piso, pintura e climatização são muito importantes para serem avaliadas. Esta última é requisito básico à existência da unidade, já que dela depende para a conservação do suporte da informação. O mobiliário adequado, além das questões ergonômicas, irá refletir no melhor aproveitamento do espaço e, inclusive, na segurança e logística de processos. A segunda fase é composta pelo mapeamento e remodelagem de processos, que dentro de uma organização única, deverão possibilitar a realização integrada das atividades ligadas ao gerenciamento da informação. Por último, a otimização com o uso da tecnologia, que hoje é essencial ao trabalho com o uso de dados. Assim, cada subsetor pode, a partir de então, definir sua política e estratégia de atuação dentro de uma maior, que corresponde ao Centro de Informação e Conhecimento em Saúde. A correta aplicação da legislação existente sobre o assunto é considerada prioridade nessas etapas anteriormente citadas como aparato às ações desenvolvidas em cada momento.

A subdivisão da unidade de informação em saúde, como relatado, é composta por: Same, reprografia, centro de referência e pesquisa, centro cultural, comunicação e *design* e o centro de estudos. Cada um, embora com a mesma essência, tem um papel diferenciado no processo de gestão da informação, considerando até mesmo que trabalha com nichos diferenciados, mas que se correlaciona no processo de formação do saber em saúde. Por ora, busca-se descrever de forma superficial as atividades e funções inerentes a cada um.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) trata e gerencia a informação orgânica. Dentro da tradicional conceituação arquivística, essa informação decorre da execução das atividades organizacionais. É o registro das tarefas funcionais. Representa as funções desempenhadas nas diversas rotinas de trabalho sob a forma documental. A gestão dos arquivos médicos compreende diagnóstico da situação dos acervos, criação das comissões obrigatórias, elaboração do código de classificação e tabela de temporalidade documental, criação e treinamento a partir dos manuais de arquivamentos, automação com a gestão documental por meio eletrônico, conservação e restauração dos acervos e atendimento aos usuários. Cabe aqui também diagnosticar a atual situação do hospital para que se possam determinar as linhas de atuação sequentes.

Comumente as instituições apresentam massas documentais acumuladas no decorrer dos tempos sem o devido processo de organização. Sendo essa a situação, o passo sequente é o projeto de organização inativa, que contempla higienização,

identificação, classificação, temporalidade, acondicionamento e lançamento em base de dados para arquivamento. A escolha do método de arquivamento deve priorizar aqueles simples e diretos, sem deixar de lado a tecnologia. A criação da comissão de revisão do prontuário e avaliação documental faz parte do enquadramento legal. Em um hospital, a principal tipologia encontrada, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, é o prontuário médico do paciente, que deve ser a principal referência de informação a ser tratada prioritariamente, claro, sem esquecer a área-meio. O projeto dependerá de muitas variáveis, que deverão ser analisadas caso a caso, será coordenado por arquivista capacitado para tal.

É fundamental a aplicação do ciclo documental e do manual de arquivamento setorial, observando a classificação e temporalidade, higienização documental, correto acondicionamento/arquivamento e uso de ferramentas de gestão eletrônica de documentos para acesso rápido e preciso aos documentos, inclusive virtualmente. Com essa proposta, é possível manter os acervos documentais tratados em suas diversas fases: corrente, intermediária ou permanente, possibilitando então a guarda e acesso. Com foco no atendimento ao paciente, o uso do registro histórico de saúde pode ser muito importante na avaliação diagnóstica e na terapêutica empregada, garantindo melhor resolutividade na assistência. O registro documental-fim de um hospital é também fundamental para o desenvolvimento técnico-científico, já que serve como base de dados para pesquisas. Em relação ao atendimento ao usuário, o Same atende aos mais diversos públicos, que podem ser administrativos, médicos/profissionais da saúde ou pacientes interessados em seu histórico. Para os setores de suporte, a administração munida de seus documentos também garante eficiência aos processos de apoio. Os mesmos procedimentos deverão ser aplicados aos setores administrativos, tratando também os documentos de áreas de suporte.

A reprodução de documentos é feita na reprografia central, um aparato de suporte técnico aos demais subsetores do Centro de Informação e Conhecimento em Saúde. Condensa atividades ligadas à reprodução em cor ou preto, por diferentes mecanismos, incluindo também atividades de encadernação, corte e plastificação de documentos. O principal foco para o caso de um projeto de gestão da informação em reprografia é a digitalização, que, dependendo do porte, é ponto ímpar para o sucesso do projeto. A microfilmagem também pode ser considerada. Ou, no caso, ambas: o que se denomina sistema híbrido. A instituição deve avaliar entre custo e benefício a melhor alternativa. Porém, fato é que toda unidade de informação deve estar amparada por um serviço de reprodução, para atender tanto usuários casuais de informação, quanto projetos de porte diferenciado em relação aos acervos como um todo.

A informação científica está presente sob a forma das comunicações validadas pela comunidade acadêmica e pelos seus pares. Atualmente, várias formas de

apresentação podem ser observadas em relação ao suporte. Considerando que, na medicina e demais áreas da saúde, há alterações constantes em relação aos conhecimentos produzidos, dado o desenvolvimento, gerando uma vertiginosa ampliação de dados em todos os sentidos, as bases de dados eletrônicas e de periódicos científicos reconhecidos e aceitos tornam-se fonte principal de uma biblioteca, que aqui conceituamos como centro de referência e pesquisa em saúde. É necessária a existência de acervo-base em papel para as principais obras da medicina e da saúde. Porém, o principal é a assinatura de bases de dados científicas que sejam de relevância e interesse aos profissionais. Importante também é uma equipe de técnicos e estagiários para apoio às pesquisas, facilitando o trabalho de busca e orientando os pesquisadores, além de fazer o vínculo com os demais subsetores da unidade de informação, quando necessário. O uso da telemedicina auxilia nas práticas de educação e se torna integrante dos recursos utilizados enquanto fonte de conhecimento.

Um hospital ou instituição de pesquisa em saúde que possui então registros documentais organizados e acessíveis, fontes bibliográficas de referência e meios de reprodução de informação, tem condições de subsidiar um corpo de profissionais interessados no desenvolvimento científico. É no centro de estudos que se dá esse intercâmbio e divulgação dessa produção científica. Os profissionais têm nesse ambiente a possibilidade de troca de experiências e discussão de teorias sobre os mais diversos assuntos de interesse. Com o advento da tecnologia, a troca de informações pode ser feita também de forma virtual em grupos previamente criados em ambientes específicos. Aqui também são apresentados os resultados dessas pesquisas, viabilizadas pelas fontes de pesquisa e tratamento de dados. Eventos como fóruns, seminários e jornadas podem ser efetivados nesse ambiente, o que representa a necessária proximidade com o auditório da empresa como forma de viabilização da divulgação e discussão dos estudos. A liderança por parte de profissionais da saúde é o que torna a motivação em relação ao centro de estudos um elemento estratégico dentro da organização hospitalar.

Para divulgação das pesquisas, é necessária criação de canais de comunicação, revistas especializadas, Intranet e Internet, que contribuem para esse processo, além de boletins periódicos que atualizam constantemente os demais profissionais. A comunidade também pode ser beneficiada com tudo isso, já que a informação em saúde é de extrema importância ao bem-estar social. A Internet auxilia em muito nessa divulgação, seja para profissionais, seja para público em geral. Outro aspecto importante é a padronização visual da produção gráfica inerente à comunicação. Contribui para o melhor aparato estético. Jornalistas e estagiários estão presentes nessas atividades e são os recursos humanos que atuam enquanto efetiva criação e viabilização dos canais de comunicação utilizados na disseminação da informação.

A cultura também pode e deve ser efetivada nas práticas hospitalares. Vários casos de sucesso são observados a partir de iniciativas em diversas instituições, como os doutores da alegria, a inserção da música ambiente, os contadores de histórias e incentivo à leitura ou pintura. Mesmo o aproveitamento interno de registros pode beneficiar-se com a montagem de exposições e até mesmo com um pequeno espaço de memória que registre a evolução da medicina, uma espécie de pequeno museu. A arte traz pontos positivos para os profissionais em saúde, funcionários e pacientes, claro, cada qual com diferente resultado em relação à proposta apresentada.

O diferencial do modelo apresentado e proposto é a gestão comum para áreas que possuem a informação como elemento base. A integração possibilita o melhor aproveitamento dos recursos informacionais e garante o acesso e divulgação de forma direcionada ao público específico. Pensando de forma ampla, além da integração interna entre os setores ligados à informação em um hospital, há de se projetar para o futuro uma macroestrutura, em que as instituições hospitalares formem um sistema amplo de informação, pautado então pelo intercâmbio de dados, sejam eles orgânicos, científicos ou culturais.

Além da gestão comum, outro fator de sucesso para o projeto de gerenciamento da informação e conhecimento integrado em saúde são as parcerias a serem criadas com setores cujo foco é a tecnologia da informação, qualidade, recursos humanos e áreas técnicas da saúde. São divisões comuns aos hospitais e que devem ser consideradas nos projetos desenvolvidos em relação a essa temática. Podem contribuir e também receber apoio em atividades em que ocorre intersecção.

Diante disso tudo, um profissional tem um conjunto de recursos que lhe permitem então estar atento aos dados existentes dentro do hospital, que contribuem para o diagnóstico preciso, melhor terapêutica empregada e desenvolvimento científico.

CASO

Há dois anos, iniciou-se um projeto com o foco apresentado relativo ao Centro de Informação e Conhecimento em Saúde em hospital privado de grande porte na capital federal. Após esse período várias ações foram implantadas, em sintonia ao descrito, com variável nível de evolução de cada subsetor da unidade.

O Centro de Informação e Conhecimento em Saúde desse hospital está vinculado diretamente à diretoria administrativa da instituição, subdividindo-se em Same, centro de estudos, reprografia, comunicação e *design* e ainda no efetivo centro de referência e pesquisa. Chefiado por um arquivista, possui em seu

quadro 14 funcionários e 05 estagiários. Localiza-se em dois ambientes distintos com propósito futuro de união dos espaços em área a ser delimitada.

Relevantes resultados podem ser observados nesse curto prazo de tempo, mesmo sem a efetiva conclusão do projeto, prevista para os próximos anos. Dentre eles, pode-se destacar melhoria na qualidade de atendimento ao usuário da informação oriunda dos prontuários e das áreas de apoio administrativo, redução do índice de não-localização de registros documentais, controle e estatística de arquivamento, organização de acervo inativo com mais de um milhão de registros disponíveis via web para solicitação, resgate da memória institucional, criação de publicações, otimização do funcionamento administrativo de áreas de estudo, conscientização acerca da importância do referencial científico bibliográfico, padronização gráfica em determinados pontos de criação de publicações, centralização e definição de políticas de reprodução documental, modernização de meios de comunicação, viabilização da telemedicina como apoio à educação continuada e inserção da arte no ambiente de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da configuração ideal do Centro de Informação e Conhecimento em Saúde e do projeto prático que se encontra em fase de implantação em hospital de grande porte, fica a proposição de modelo às demais instituições congêneres para que mantenham não apenas a integração interna, mas também a de âmbito geral a ser estendida aos hospitais particulares e públicos, evidenciando um grande sistema de informação em saúde, que, ao certo, poderá contribuir para as práticas e o desenvolvimento científico em saúde.

REFERÊNCIAS

- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LE COADIC, Yves-François. **A ciência da informação**. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.
- McGARRY, K. D. **O contexto dinâmico da informação**: uma análise introdutória. Brasília: Briquet de Lemos, 1999.

Fabício Veloso Costa

Graduado em arquivologia pela Universidade de Brasília. Pós-graduando em gestão de projetos pela Esad. Professor na Faculdade Cecap. Gerente de documentação, informação, comunicação e marketing do Hospital Santa Lúcia.

O USO DAS BASES DE DADOS EM SAÚDE
– DO CD-ROM À BUSCA *ONLINE*:
uma experiência da biblioteca central da Universidade
Estadual de Feira de Santana - Bahia

Isabel Cristina Nascimento Santana
icns@uefs.br

Maria do Carmo Sá Barreto Ferreira
carmo@uefs.br

Rejane Maria Rosa Ribeiro
rribeiro@uefs.br

Balmukund Niljay Patel
balnpatel@uefs.br

INTRODUÇÃO

As bibliotecas universitárias têm como um dos objetivos oferecer aos seus usuários recursos de pesquisa que facilitem o desenvolvimento de seus estudos e projetos. Assim há uma preocupação com a atualização, desenvolvimento e disponibilização do acervo, principalmente com a disseminação de fontes bibliográficas.

As fontes bibliográficas, em especial as especializadas, são de grande relevância para a recuperação da informação, que é de suma importância para o desenvolvimento de pesquisas e estudos em todas as áreas do conhecimento. As universidades, visando subsidiar cursos de graduação e pós-graduação, necessitam de serviços de informação que permitam o acesso à literatura técnico - científica disponível.

vel no mercado. Nesse contexto, as bases de dados surgem como fontes secundárias de pesquisa e informação, relevantes para todas as áreas do conhecimento.

Bases de dados são ferramentas de pesquisa, abrindo caminhos que levam o usuário à recuperação da informação. Elas podem ser disponibilizadas por meio impresso (papel) e recurso eletrônico (CD-ROM e *online*); classificando-se em bases de dados referenciais, que são aquelas constituídas de referência e do resumo da obra (*abstract*), e em bases de dados com texto completo (*full text*), que são aquelas que, além de trazer a referência e o resumo, também trazem o texto completo da obra, que pode estar no formato PDF (digitalizado) e/ou em HTML (digitado).

O grande avanço da pesquisa científica, que ocasionou a expansão da produção técnica e científica nas diversas áreas do conhecimento, foi a causa do surgimento e crescimento das bases de dados. Outro fator determinante foi o desenvolvimento da tecnologia assistida por computador, permitindo a criação de ferramentas de busca, através das quais o usuário pode especificar a área de conhecimento, o tipo de material e recuperar a informação desejada de forma rápida. Diante dessa realidade, surgem as bases de dados com finalidades específicas, que são: organização, recuperação, controle bibliográfico, atualização, análise da informação e geração de produtos (da informação).

A BIBLIOTECA CENTRAL JULIETA CARTEADO

Criada em 1976, a Biblioteca Central Julieta Carteadó - BCJC gerencia oito bibliotecas setoriais, que estão interligadas através do Sistema Integrado de Bibliotecas da UEFS (SISBI-UEFS) e tem como função, “organizar e disseminar a informação, apoiada em novas tecnologias de acesso, para subsidiar o ensino, a pesquisa e extensão, visando contribuir para o desenvolvimento educacional e cultural”. Seguindo sua função, a BCJC sempre se manteve aberta e receptiva a novas tecnologias, adquirindo equipamentos adequados e investindo em novos suportes de informação.

A BCJC E AS BASES DE DADOS

A Biblioteca Central Julieta Carteadó acompanha a criação e expansão dos cursos da UEFS através da qualificação do acervo, aquisição de bases de dados e ampliação do acesso remoto à informação. Nesse contexto a primeira base de dados adquirida pela BCJC foi a Medline, na década de 80, que teve ótima aceitação tanto pelos alunos, quanto pelos professores da área de saú-

de. A base foi assinada no suporte CD-ROM e coube à seção de referência a tarefa de orientar os usuários quanto ao acesso. A seção optou por fazer um formulário de orientação, com o passo-a-passo de como realizar as pesquisas no CD-ROM. Entretanto, foi necessário capacitar uma bibliotecária e uma funcionária para ajudar nas dúvidas e dificuldades de acesso dos usuários. Essa capacitação foi autodidata através da leitura do folheto que acompanhava a base e pesquisas realizadas pelas funcionárias como forma de treinar as estratégias de pesquisas. Nesse primeiro momento, os cursos que utilizavam a Medline eram odontologia e enfermagem, sendo que o acesso por alunos era cerca de 90% maior que o acesso pelos professores. Essa utilização era para subsidiar a monografia exigida na disciplina metodologia do trabalho científico.

No mesmo ano de aquisição da Medline, foi adquirida a base Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), que teve uma excelente aceitação, principalmente por ser no idioma português, derrubando o impacto que a barreira linguística causa nos alunos sem habilidade em outros idiomas que não o português.

Lilacs e Medline: do CD-ROM ao Acesso *Online*: impactos e mudanças

Sala de Pesquisa - BCJC

Por um período considerável, as bases de dados Lilacs e Medline foram as únicas ferramentas da área de saúde que os nossos usuários tinham disponíveis para pesquisa. Essas bases eram em formato de CD-ROM e só podiam ser acessadas dentro da BCJC. Existia uma dificuldade, por parte do usuário, em utilizar a base Medline, pois a estratégia de pesquisa (termos) era feita em língua estrangeira. Certamente, esse era um dos motivos pelos quais os usuários acessavam a Lilacs com mais frequência, pois esta, além de aceitar o termo na língua portuguesa, informava em qual biblioteca localizava-se o material. Por serem bases referenciais, traziam apenas as referências e, em alguns casos, o resumo dos trabalhos de acordo com o assunto que era pesquisado, exigindo a solicitação do artigo através do Comut, serviço oferecido pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), que “permite a obtenção de cópias de documentos técnico-científicos, disponíveis nos acervos das principais bibliotecas brasileiras e em serviços de informação internacionais” (2008).

Com o crescimento tecnológico e o aperfeiçoamento das bases de dados, atualmente elas já estão disponibilizadas gratuitamente para acesso *online* via

Bireme e Portal da Capes. Houve um incremento no que se refere às pesquisas; pois, com o acesso *online*, nosso usuário passou a buscar o conteúdo das bases de qualquer computador, sem precisar estar na biblioteca, o que gerou um crescimento satisfatório no acesso, porém ainda não é o ideal.

Percebe-se, a partir daí, uma grande diminuição no uso das bases de dados no formato CD-ROM, pois elas já estavam disponíveis via Internet, o que facilitava o acesso através de qualquer computador conectado à *Web*, promovendo maior rapidez na recuperação e atualização instantânea das bases quanto aos novos fascículos que surgiam no mercado. Contudo, a BCJC ainda mantém os CDs Medline e Lilacs para dar suporte às pesquisas retrospectivas e em casos de problemas na rede (Internet) que impossibilitem o acesso às bases *online*.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A CONFIABILIDADE DAS BASES DE DADOS

A saúde é recurso imprescindível em toda e qualquer sociedade. Sendo assim, ter informações atualizadas sobre saúde é fundamental para tomada de decisões por governantes e profissionais da área de saúde. De acordo com Targino (2006), até os anos 70, no Brasil, os indicadores de saúde provinham de dados censitários. Só nos anos 90, o Ministério da Saúde segue em direção à implementação dos sistemas nacionais de informação em saúde. Com a Internet, houve uma explosão de informações. Entretanto, essas informações nem sempre são confiáveis, pois muitas não passaram por um crivo, uma academia, uma pesquisa. Podemos citar, também, os dados brutos que nem sempre são considerados informações por necessitar de um significado.

Governantes, profissionais e estudantes da área de saúde precisam de dados, de informações sobre saúde, e onde encontrá-las? Onde estão as pesquisas, os indicadores sobre saúde? A solução para essa questão está no acesso às bases de dados. As bases de dados em saúde estão crescendo significativamente. Além das disponíveis gratuitamente via *Web*, como a Scielo, as bibliotecas virtuais temáticas, como as do Prossiga e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), existe também no mercado o Sinasc e SIM com dados sobre mortalidade e nascidos vivos.

As instituições de ensino superior com pós-graduação *stricto sensu*, avaliadas pela Capes, recebem o acesso gratuito ao Portal de Periódicos Capes, podendo pesquisar em periódicos eletrônicos científicos através de bases de dados referenciais e de bases com texto completo.

IMPORTANCIA DO PORTAL DA CAPES NA EXPANSÃO DA PESQUISA NA ÁREA DE SAÚDE

Em 2001, a BCJC foi contemplada com o acesso ao Portal de Periódicos Capes, expandindo, assim, a sua pesquisa em fontes informacionais. Esse portal tem por objetivos: apoiar as instituições de ensino superior com programas de pós-graduação *stricto sensu* na manutenção dos acervos de periódicos científicos internacionais, garantindo o acesso da comunidade acadêmica brasileira à produção científica e tecnológica mundial; democratizar o acesso à informação, contribuindo para a diminuição das disparidades regionais, de modo a integrar a comunidade brasileira ao cenário da produção científica mundial; e facilitar a inserção da produção científica brasileira no contexto da produção universal. O acesso ao Portal de Periódicos Capes é feito a partir de qualquer computador ligado à Internet, através de provedores de acesso das instituições participantes. Não há necessidade de senha ou de identificação de usuários. A instituição informa as faixas de IPs dos micros a serem habilitados. É possível o acesso remoto do usuário, caso a instituição participante ofereça o recurso de acesso ao seu provedor através de senha.

O Portal de Periódicos Capes oferece 126 bases de dados *online*, mais de 12.000 periódicos com texto integral, base de teses e dissertações e acesso à base de periódicos, através de editores e distribuidores, em todas as áreas do conhecimento. Na área de saúde, disponibiliza 22 bases e 41 editores.

A Capes capacita bibliotecários que atuam como disseminadores de acesso ao portal. No caso da BCJC, os bibliotecários se preocupam com a capacitação dos pesquisadores para a utilização do portal e com o controle e manutenção da frequência de acessos da instituição. Os pesquisadores da instituição precisam conhecer todas as facilidades que o portal oferece. Para tanto, a BCJC utiliza algumas estratégias para divulgação do portal, como a publicação de matérias em seu informativo, elaboração de folhetos sobre o portal, indicando os editores e distribuidores, as bases de dados, índices e resumos de cada área e o uso da mala direta de funcionários, professores e setores, informando sempre que o portal disponibilize uma nova base ou editor.

A BCJC mantém um espaço para acesso às bases de dados *online* e em CD-ROM, com manuais (passo-a-passo); bem como oferece treinamentos organizados por cursos (graduação e pós-graduação) para acesso às bases. O treinamento é uma grande estratégia para capacitar o usuário para o acesso às bases de dados. Na BCJC, no início de cada semestre, é oferecido aos novos alunos um seminário para apresentação do Sistema Integrado de Bibliotecas, das suas nor-

mas de funcionamento e dos serviços oferecidos, oportunidade em que é divulgado o Portal de Periódicos Capes. Entretanto, durante todo o semestre, muitos professores solicitam um treinamento específico para acesso às bases de dados, que atendam às disciplinas dos cursos. Nessa ocasião, o bibliotecário marca o treinamento no laboratório de informática, oportunizando aos alunos a prática dos procedimentos de acesso aos portais e bases de dados para a realização da pesquisa específica. No ano de 2007, a BCJC capacitou 261 usuários para o uso e acesso à informação científica específica através do portal da Capes.

Além dos treinamentos, como uma estratégia para divulgar as bases e orientar o usuário, a Biblioteca criou o Manual de Acesso ao Portal Capes para facilitar a busca nas várias bases de dados, nas diversas áreas do conhecimento, através de diferentes estratégias de recuperação da informação. Esse instrumento contém todos os editores que trabalham com texto completo, assim como sua área de abrangência; apresenta os procedimentos para consultar a base até obter o artigo completo e discrimina as bases de dados referenciais por áreas do conhecimento. O manual proporciona independência ao usuário, porém o bibliotecário fica à disposição para orientá-lo sempre que necessário. O manual deve ser sempre atualizado, cabendo ao bibliotecário a tarefa de sua atualização e divulgação. É importante que o próprio usuário faça sua busca, uma vez que a pesquisa feita pelo bibliotecário não permite a familiaridade do usuário com a base. Com efeito, ao pesquisar em uma base de dados, é como se ele estivesse caminhando pelas estantes de revistas e, muitas vezes, além de encontrar a informação desejada, termina encontrando, também, outros conteúdos que não estava procurando, mas que servirão para suas pesquisas.

A cada ano, cresce o acesso às bases de dados e a procura por treinamentos específicos. Na Uefs, as pesquisas são feitas por alunos, professores, pesquisadores e usuários da comunidade externa. Destaca-se como motivo para a realização das buscas de informação pelos alunos o subsídio para elaboração de monografia e complementação nos estudos das disciplinas da pós-graduação e graduação. Os acessos realizados por professores e/ou pesquisadores visam ao desenvolvimento de projetos de pesquisa. Essa rica ferramenta de busca da informação tornou-se fundamental para a comunidade acadêmica da Uefs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da estatística de uso das bases de dados, percebemos que o maior número de acessos feitos por alunos da Uefs é na área de saúde e biologia. Ressalta-se a parceria que a Biblioteca realiza com professores das áreas citadas, para a

promoção de treinamentos específicos, atendendo às diversas disciplinas, e para divulgação das bases de dados. Isso facilita o entrosamento dos alunos com ricas ferramentas e proporciona bons resultados quanto à qualidade dos trabalhos acadêmicos.

O Portal é também instrumento de pesquisa para análise das publicações da produção científica desenvolvida na Uefs, já que esta, através de recursos financeiros, incentiva seus pesquisadores e professores a publicar trabalhos em periódico indexado em base de dados.

Conclui-se que as bases de dados de periódicos científicos, por serem excelentes fontes de informações atualizadas de apoio à pesquisa, servem de suporte informacional para as bibliotecas universitárias, contribuindo positivamente para o crescimento científico e para a democratização do acesso ao conhecimento.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Disponível em: <<http://www.ibict.br/secao.php?cat=COMUT>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

TARGINO, Maria das Graças. **Olhares e fragmentos**: cotidiano da biblioteconomia e ciência da informação. Teresina: EDUFPI, 2006.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. Sistema de Bibliotecas. **Manual para acessar o Portal Brasileiro de Informação Científica**. Feira de Santana, 2008.

Isabel Cristina Nascimento Santana

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em economia financeira e análise de investimentos pela Uefs. Diretora do sistema de bibliotecas da Uefs.

Maria do Carmo Sá Barreto Ferreira

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em literatura infantil e educação pela Uneb. Gerente de informação e documentação da Uefs.

Rejane Maria Rosa Ribeiro

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em instituições de ensino superior pela PUC-MG, especialista em metodologia do ensino superior pela Uefs. Bibliotecária da Uefs.

Balmukund Niljay Patel

Graduado em medicina veterinária. Possui três títulos de mestrados na área em universidades fora do Brasil e doutorado em patologia de reprodução pela Freien Universitaet Berlin. Professor da Uefs.

A MEDICINA TROPICAL NA
BAHIA DE 1500 A 1886:
etapas anteriores ao período científico

Jorge Antônio Costa de Santana
jorgepingos@gmail.com

Celeste Maria de Oliveira Santana
celestinhas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A proposta de resgate da memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) no âmbito da medicina tropical promove ponderações que extrapolam a própria área médica. Esta reflexão ocorre no bojo de pesquisas e estudos de teses produzidas sobre medicina tropical, que fazem parte do acervo da primeira instituição de ensino médico do país. É apoiada pelo programa Permanecer, que faz parte das ações da Coordenadoria de Ações Afirmativas, Educação e Diversidade da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal da Bahia (Ufba), realizada sob a orientação da professora Celeste Santana, do Instituto de Ciência da Informação (ICI/Ufba) e vinculada ao Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), coordenado pela professora Zeny Duarte.

O conteúdo dos documentos – teses médicas – sobre diversas doenças que acometiam a população em priscas eras, suas origens, manifestação, sintomas e tratamentos, bem como a descrição dos indivíduos mais propensos a manifestar essa ou aquela enfermidade, trazem informações a respeito do modo como a sociedade baiana se organizava, de hábitos alimentares, da higiene, formas de traba-

lho, infraestrutura urbana, etc. Enfim, evidencia-se a característica comportamental dessa população na ocupação do espaço físico e social nesse período.

Entretanto, antes de a medicina alcançar o rigor científico, destaca-se o papel dos chamados leigos e sua arte de curar. Eles deixaram em nossa cultura o legado de seus conhecimentos empíricos.

A MEDICINA INDÍGENA

Segundo Santos Filho (1966, p. 16) “[...] empírica e mágica, assim se pode encarar a medicina indígena.” Empírica no sentido em que o pajé dominava o conhecimento de ervas e plantas indicadas para tratamento de certos males que acometiam o ser humano. Esse conhecimento estava baseado na experiência prática do preparo e na manipulação do remédio caseiro (mezinha) difundido de geração a geração.

A doença tem origem natural, reconhecível ou visível, é provocada pela entrada de algo estranho ao corpo humano. É medicina mágica quando considera que a enfermidade tem origem em interferência oculta, sobrenatural, provocadora de febre, dor e de outros sintomas, a exemplo do vômito, diarréia, etc. Em tais circunstâncias, a cura é obtida mediante processos tanto naturais quanto por vias mágicas, sobrenaturais para afastar a ação maléfica dos entes considerados superiores, e valendo-se dos compostos vegetais – vários espécimes da flora brasileira – além de outras substâncias orgânicas e inorgânicas para aplacar os sinais físicos evidentes.

Os pajés sofreram imenso abalo, quando, por imposição da catequese, os jesuítas moveram uma forte campanha de descrédito quanto aos seus poderes sobrenaturais, desmoralizando-os e substituindo-os enquanto curadores, uma vez que já haviam incorporado o poder e o valor medicinal de muitas plantas naturais do Brasil.

A MEDICINA JESUÍTICA

Os relatos são afirmativos quanto à capacidade que tinham os jesuítas de prestar socorro médico de urgência. Segundo consta, eles foram treinados ainda na Europa, durante o noviciado. A assistência médica fora arma de grande eficiência na catequese dos nativos brasileiros, aproximando ainda mais o contato dos índios com os jesuítas.

A chegada à Bahia dos filhos de Santo Inácio em 1549, durante o governo de Tomé de Sousa, e até 1759, quando foram expulsos do País pelo Marquês de

Pombal, deu início à nova prática médica. Os jesuítas medicaram, sangraram – tratamento empregado em acometidos por varíola e sarampo – e até partejaram, dada a prática que já possuíam quando por aqui aportaram.

Um aspecto curioso com relação aos jesuítas, é que eles souberam aliar com mestria e sagacidade os preceitos médicos aprendidos na Europa com a experiência que aqui obtiveram através dos curadores indígenas. Foram eles os responsáveis por experimentos e difusão das propriedades medicinais de diversos vegetais brasileiros.

Cumpriram um importante papel na assistência hospitalar e no comércio de drogas pelas enfermarias e boticas instaladas nos estabelecimentos da Companhia de Jesus. A eles deve-se o conhecimento da patologia e da terapêutica indígena. Dentre os padres e irmãos jesuítas que se dedicaram a prestar assistência médica, além da catequese, estão Manoel da Nóbrega e José de Anchieta. Após a chegada dos profissionais de medicina e, com a instalação das Misericórdias, os jesuítas passaram então a atuar nas enfermarias como irmãos enfermeiros e nas boticas como irmãos boticários.

A MEDICINA AFRICANA

Impelido para o Novo Continente, o africano trouxe consigo seu legado na arte da cura que, aos poucos e através de vários mecanismos, foi se adaptando e sendo incorporado aos elementos terapêuticos das práticas que já existiam, principalmente das adquiridas no seu contato com os índios.

Mais marcadamente religiosa que a do nativo indígena brasileiro, a medicina africana estava envolta em manto sacral e terapêutico. Ela não dissocia o corpo do espírito. Portanto, o tratamento e a cura do mal que afligia e causava sofrimento ao homem eram imbuídos de grande mística ritualística que envolvia o emprego de determinadas plantas, ervas e folhas escolhidas não aleatoriamente, mas segundo suas propriedades terapêuticas e o valor simbólico que cada um desses elementos naturais possuía, ou lhe era atribuído no universo mágico-religioso. Acerca dessa medicina, observa Madel Luz (2005, p.156), em artigo na revista *Physis*:

[...] Embora empregue a natureza como recurso básico de intervenção de cura, é inegavelmente mais espiritualista em sua abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e grupal, e seu agente de cura mais importante é normalmente um sacerdote (ou sacerdotisa), através da figura do *pai de santo* ou *mãe de santo*, que opera

terapeuticamente intermediando entidades espirituais, divindades de diversas hierarquias, geralmente em rituais em que possessão e exorcismo podem ter papel importante na cura.

A influência da tradição africana no uso de plantas para rituais religiosos e na cura de doenças se difundiu de tal maneira no território brasileiro, que até os dias atuais e em todas as camadas sociais muitas dessas ervas e plantas são conhecidas pela população. É uma experiência e um saber propagados principalmente pela medicina popular transmitida pelos antepassados que deixaram sua marca na formação cultural do Brasil. Para Camargo (1988), trata-se de “...acentuado hábito cultural, com grande rede de influência social.”

OS TROPICALISTAS CIENTISTAS

Pesquisadores já consagrados no período em que se consolidara o caráter científico do ensino médico, como Wucherer, Paterson e Silva Lima - todos possuidores de formação em ciência médica adquirida no Velho Continente - aqui se radicaram para dedicar grande parte de suas vidas e estudos ao que mais tarde seria definido por Coni (1952) como a Escola Tropicalista Baiana.

A produção científica desses estudiosos, seus artigos, experiências e teses foram referência e citação obrigatórias não apenas para estudantes que pleiteavam obter a graduação de doutor em medicina, como para tantos outros profissionais consagrados e atuantes na área.

Vale ressaltar que os estudantes e/ou pesquisadores da ciência médica de então eram também cidadãos pertencentes, em sua grande maioria, às classes mais privilegiadas da sociedade, o que os tornava indivíduos mais preparados intelectualmente, e significativamente mais bem informados das transformações políticas, econômicas e sociais que ocorriam em outros países, particularmente na Europa e América do Norte.

Portanto, não seria mera especulação considerar que muitos desses indivíduos não só eram produto de antigas estruturas sociais e políticas, como também agentes – em certa medida, é claro – de severas críticas e sugestões de transformação do modelo dessas mesmas estruturas de poder e de organização social da sua época. Principalmente em questões que diziam respeito às decisões das instituições do poder público no que tange a infraestrutura, higiene, saúde, qualidade da alimentação e educação disponibilizadas para a população, e manutenção do regime escravagista que, além de execrável do ponto de vista humano, representava uma distorção sem precedentes nos aspectos de saúde pública.

INVESTIGANDO A MEDICINA TROPICAL

Selecionou-se para estudo a Série III – Série Científica, na qual estão incluídos documentos como teses, livros (obras raras), memórias históricas, publicações registradas em livros de eventos e registros científicos – produções científicas constantes no acervo do arquivo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia. A pesquisa realizou-se em teses e nos livros obras raras em que se fez a leitura dos textos relacionados à medicina tropical, com a finalidade de produzir catálogo analítico informatizado sobre o assunto.

As teses localizadas foram imediatamente resumidas e elaboraram-se as referências segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Tais obras referem-se às enfermidades que muitas vezes incidiram de forma epidêmica na Bahia e em outros estados do Brasil, como, por exemplo, febre amarela, beribéri, lepra, cólera, febre tifoide, hipoemia intertropical, disenteria, hemato-quilúria, tuberculose, etc. Buscam-se, ainda, os registros de outras doenças como malária, varíola, escarlatina, coqueluche, mal de Chagas, sarampo, boubá, etc.

A título de ilustração, selecionaram-se algumas doenças que serviram como objeto de estudo de teses apresentadas e defendidas por alunos da FMB. A grafia da época foi mantida, bem como a argumentação dos autores.

Não é intenção deste trabalho a emissão de juízo de valor acerca da teoria médica da época, e sim, o resgate de uma memória histórica a partir de registros e documentos tais quais se nos apresentam em seu contexto particular.

Abaixo segue resumo da dissertação do aluno Luiz Miguel Berford Quadros (1887, p.1) defendida em 28 de novembro de 1887, a fim de obter o grau de doutor em medicina. A enfermidade adotada como tema foi hipoemia intertropical, que acometeu e levou a óbito muitos indivíduos da população baiana.

[...] só em 1855 foi que se foram dissipadas as trevas sobre a pathogenia da opilação, graças ao descobrimento de Griesinger, medico da marinha Allemã, que se achava no Cairo [...] fazendo a autopsia de um cadáver de uma mulher que tinha fallecido de chlorose do Egypto, encontrou na mucosa intestinal um grande numero de vermes com os caracteres do ankylostomo [...] que se achavam em contacto de uma certa quantidade de sangue fresco derramado no interior do tubo intestinal [...] a natureza verminosa da opilação foi brilhantemente discutida por Otto Wucherer em artigos publicados na Gazeta Medica da Bahia nos annos de 1866,1867,1868,1869 [...] A hypoemia intertropical tem recebido diversas denominações [...] Entre nós, o conselheiro Jobim cha-

mou-a anemia intestinal, e mais tarde hypoemia intertropical [...] O povo denomina-a de opilação, cansaço, inchação, obstrucção, canguary (Minas e Bahia), frialdades (Bahia), mal da terra (Santa Catarina), molestia dos empalamados (Matogrosso e Goyaz). [...] Entre as causas da molestia [...] uma alimentação insufficiente pela qualidade e quantidade e o trabalho que augmentam as perdas orgânicas mal reparadas; a agglomeração de muitos indivíduos em aposentos estreitos e mal ventilados, aposentos estes expostos á humidade da atmosphera e sob um solo argiloso e frio, os constantes resfriamentos á que estão expostos pela insufficiencia de vestes que lhes cobrem os corpos [...] É mais freqüente na raça preta, pelas más condições hygienicas em que vivem os indivíduos d'essa raça [...] no estrangeiro tem sido Ella denominada: cachexia africana, malacia dos negros, gastro-enterite chronica dos negros [...] A hypoemia passa muitas vezes desapercibida no seu período de invasão, porque os signaes precusores da moléstia fatam [...] Na sua invasão confirmada, a moléstia caracteriza-se por alteração na coloração do tegmento externo; se o individuo é branco a pelle se apresenta pallida, cor de cera velha, e se é preto apresenta-se fula [...] a cor opalina das scleroticas, o olhar de melancolia que se observa no hypoemico, a dilatação das pupillas e as olheiras ou orlas azuladas principalmente na palpebra inferior dão ao individuo um fâcies característico, cognominado face opada [...] A geophagia é um dos symptomas mais importantes e quase que é pathognomanico da hypoemia. O individuo pode apresentar outras perversões do appetite: uns preferem o carvão, a terra, o barro, o cal das paredes, a madeira podre e até as fezes, outros as cinzas, a lâ do carneiro, etc. etc. Estas perversões do appetite são muito rebeldes; os doentes sabem que lhes fazem mal, entretanto não deixam de satisfazer o desejo irresistível de comer terra, carvão, lençoes e camisas, como foi observado pelo Dr. Otto Wucherer no hospital d'esta cidade da Bahia [...] A marcha é lenta e prolongada [...] a molestia pode terminar-se pela cura, quando o doente é submetido desde logo a um tratamento conveniente, no caso contrario ella se última pela morte [...].

A perversão alimentar causada por tal enfermidade – a ingestão de areia e outros minerais pelo infectado – por muito tempo alimentou a idéia do suicídio praticado pelos escravos devido à forte saudade de seu continente de origem, a África.

Ainda que não se possa negar que eventos dessa natureza tenham acontecido – e a história mostra que ocorreram – o desconhecimento do protozoário e sua sintomatologia contribuíram certamente para elevar a proporção de ocorrência do fenômeno e aumentar o estigma em torno da população africana trazida para este continente.

Outra enfermidade que incidia de maneira epidêmica na Bahia foi o beribéri, considerada muito comum em climas como o nosso, e responsável por grande número de baixas na população de Salvador, como nos descreve Camara (1883,p. 5), em sua tese de doutorado:

[...] O beribéri é molestia dos paizes intertropicais; manifestou-se em 1863 na Bahia arrebatando vidas preciosas [...] comprazendo-se em espalhar o terror entre a população; desde esta epoca tem percorrido o Brazil revestindo o caracter endo-epidemico [...] Em 18 de Novembro de 1863, o Dr. Silva Lima observou o primeiro caso de béri-beri na Bahia [...] foi n'esta ocasião, (fins de 1863 e principio de 1864) que, appareceu na Bahia o béri-beri, revestindo a forma epidemica [...] Definição. – Abraço a do Dr. Silva Lima, como a mais exacta. ‘ É uma molestia constitucional reinando endemica ou epidemicamente, e caracterisada por demencia das extremidades, torpor da sensibilidade cutanea, fraqueza geral, e do monumento, com dores á pressão sobre os musculos, acompanhada muitas vezes de edema duro, inchação da face, anemia, oppressão epigastrica, paralyisia ordinariamente gradual, incompleta, de caracter ascendente acompanhada as vezes de constricção em roda do tronco, fraqueza ou roquidão da voz, movimentos choreicos dos membros, dyspepsia, e terminando nos casos fataes por suffocação, asphyxia ou extincção das forças, e nos favoraveis por diurese abundantissima e por uma restauração lenta e gradual das forças nervosas’ [...].

Parte das memórias históricas já foi identificada e devidamente referenciada segundo a norma. Cerca de cem teses já foram localizadas, mas também carecem de suporte tecnológico adequado para seu registro.

Realizou-se um balanço das obras que estão em condições de manuseio e das que estão em estado mais fragilizado, a fim de, através de observações técnicas, sugerir um tratamento mais adequado, como esterilização e restauro. Trezentos e vinte seis itens bibliográficos foram devidamente tombados e registrados para posterior elaboração de fichas de referência de cada uma das obras, que possuem uma única encadernação com vários autores e assuntos diferentes.

Importantes e necessárias serão também as etapas das entrevistas e depoimentos de historiadores baianos, assim como visitas a outros locais onde se encontram registrados documentos, a saber: mosteiros e igrejas baianas, biblioteca do Instituto Histórico e Geográfico da Bahia, Biblioteca Central Pública do Estado da Bahia, Arquivo Público do Estado da Bahia, Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, etc.

CONCLUSÃO

Espera-se obter respostas às seguintes questões: quando e como a medicina tropical começou a ser praticada na Bahia? Qual a contribuição dos leigos (índios, africanos e jesuítas) na medicina tropical? Cabe ainda tentar descobrir as doenças tropicais existentes no período, investigar as primeiras de que se têm notícias, as epidemias e o papel da Companhia de Jesus?

A expectativa é o resgate da memória científica baiana na área da medicina tropical desde os primórdios, considerada um campo científico do saber.

Não poderíamos deixar de agradecer à professora Maria José Rabello de Freitas, cujo trabalho primoroso com sua equipe organizou o acervo arquivístico do Memorial da FMB no início da década de 1980, propiciando a localização de importantes e valiosos documentos por inúmeros pesquisadores de várias áreas do conhecimento.

Ao longo da nossa história, a FMB foi testemunha e participante de inúmeras ações que interferiram na vida de todos. E não foram poucos os fatos ou eventos que, de muitas formas, transformaram o cenário político, econômico, social e cultural da sociedade baiana - e brasileira - desde a instalação da primeira escola de medicina do Brasil nesta cidade do Salvador.

REFERÊNCIAS

CAMARA, João Gonçalves Ferreira da. *Do beribéri, sua etiologia, pathogenia e tratamento*. Salvador: Lithotypographia de João Gonçalves Tourinho. 1883. (These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia para obter o grão de Dr. em Medicina, em Dezembro de 1883).

CONI, Antonio Caldas. *A escola tropicalista baiana*: Paterson, Wucherer, Silva Lima. Bahia: Tipografia Beneditina Ltda. 1952.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. *As plantas na medicina popular e nos rituais afro-brasileiros*. 1998. Disponível em: <<http://www.aguaforte.com/herbarium/plantas.html>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p.145 -176. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0a08.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

QUADROS, Luiz Miguel Berford. *Hypoemia intertropical*. Salvador: Imprensa Econômica. 1887. (These apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia a fim de obter o grão de Dr. em Medicina, em 28 de Novembro de 1887.).

SANTOS FILHO, Lycurgo. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo: Burity, 1966.

Jorge Antonio Costa de Santana

Graduando do curso de biblioteconomia e documentação do ICI - Ufba. Bolsista do Programa Permanecer, Ufba.

GRUPO DE ESTUDO, EXTENSÃO E PESQUISA
EM ARQUIVOLOGIA E SAÚDE (GEPAS):
uma experiência de interdisciplinaridade científica¹

Zeny Duarte

zeny.duarte@gmail.com

Lúcio Farias

fariaslucio@gmail.com

Teresa Coelho

tcoelho@sefaz.ba.gov.br

Ademir Silva

silvaademir@yahoo.com.br

Joseane Oliveira

joliveufba@yahoo.com.br

Luciene Brito

lucytabrito@yahoo.com.br

APRESENTAÇÃO

A adoção de formato digital no arquivo da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) tem como objetivo principal o resgate da memória de forma compartilhada. Em sua organização arquivística, segue-se metodologia criteriosa na tentativa de informatizar o sistema manual existente. Nesse sentido, demonstra-

¹ Parte deste texto é capítulo do livro Formados de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia. (DUARTE et al., 2008, p.309-313)

se a experiência do Gepas, pioneiro e proativo, traço-de-união nas áreas da arquivologia e saúde, de autoria da Prof^a Zeny Duarte e por ela coordenado. Aprovado pelas congregações do Instituto de Ciência da Informação (ICI) e da FMB, é mantido em parceria por ambas as unidades da Universidade Federal da Bahia (Ufba).

A partir de 2004, o grupo vem se dedicando à reorganização, preservação, revitalização, salvaguarda e disseminação da informação contida na documentação histórica da Faculdade. Integram-no discentes, docentes, técnicos e pesquisadores das áreas mencionadas. É dotado de legitimação acadêmica e profissional. Desde o início de seu funcionamento, estabelece a troca efetiva de experiências, promovendo a evolução do conhecimento nas áreas mencionadas mediante leituras e análises documentais desses registros.

Também executa subprojetos para o resgate da memória histórica da medicina na Bahia, com a participação de docentes em atividades inseridas em seu campo de ação. Destacam-se os planos que vêm sendo realizados com o apoio do Programa Permanecer – Ufba e participação de estudantes, assim denominados: *Salvaguarda e disseminação do arquivo da Faculdade de Medicina da Bahia*, coordenado pela Prof^a Zeny Duarte e com a participação de quatro bolsistas em 2007 e dois bolsistas em 2008; *A medicina tropical na Bahia de 1500 a 1866: desvendando documentos e fatos históricos*, coordenado pela Prof^a Celeste Santana, com a participação de um bolsista em 2007 e 2008.

PREÂMBULO

Os arquivos assumem papel de interface visível entre a história e a construção da sociedade, entre o povo e sua identidade. Constituem-se ambiente de interligação do pesquisador com as informações existentes transformadas em conhecimento, utilizando como meio tanto a forma tradicional, quanto as tecnologias da informação e da comunicação (TICs), visto que elas veiculam, por meio de recurso eletrônico, dados informacionais multiformes em áudio, vídeo, imagens, manuscritos, impressos, entre outros suportes.

Os arquivos permanentes, espaços destinados a receber e tratar documentos históricos e, portanto, onde se (re)produzem informação e conhecimento, não podem continuar a ser considerados setores destinados ao acúmulo de papéis com menor valor e distanciados dos recursos das TICs. Muito menos é concebível serem ainda entendidos como “arquivos mortos”, “arquivos inativos”, “limbos”. Esses termos, em desuso, sinalizam depreciação da importância dos registros históricos para a sociedade da informação e do conhecimento. Tanto quanto os

arquivos correntes, eles devem ser disseminados em âmbito mundial mediante ligação entre redes de computadores.

Há aí grande controvérsia, uma vez que o valor histórico transforma-se em informativo e vice-versa, dependendo apenas do interesse do investigador. Para Silva & Ribeiro (2002, p. 123),

A penetração e adesão às novas tecnologias da informação e da comunicação (TIC) estão a provocar impactes sérios e profundos, que devem ser tema / problema de estudo da C.I. Note-se, contudo, que essas tecnologias ainda não são introjectadas pelo profissional BAD (*bibliotecário, arquivista e documentalista*) como constitutivas ou ínsitas ao objecto material do seu campo científico; e, em contrapartida, o engenheiro ou especialista de SI, em virtude da sua formação tecnológica e do seu pragmatismo determinado pelas urgências de um mercado amplo cada vez mais dependente do uso intensivo das TIC, descarta a abordagem científico-social do fenómeno / processo que constitui, sem dúvida, o seu objecto material.

Os sistemas de informação (SIs), como entendem os autores, são perfeitamente adotados pelos arquivos de “terceira idade”². As TICs e os SIs são ferramentas de grande apoio e indispensáveis ao tratamento, análise documental contextualizada e disseminação de acervos constituídos como fonte de informação para os gestores da documentação, estudantes, professores, pesquisadores e quem interessado. Segundo a versão atual de *La pratique archivistique française* (2008, p. 141),

Paradoxalement, alors que l’informatique en tant qu’outil de production documentaire ébranle les certitudes archivistiques et les principes fondateurs, cette même informatique offre à l’archiviste les moyens inégalés d’une description archivistique totale prenant en compte les besoins des producteurs et des utilisateurs, tout en assurant le respect des fonds.³

² A expressão “terceira idade” advém da “teoria das três idades”, que o Dicionário Brasileiro de Terminologia do Conselho Nacional de Arquivos – Conarq assim define: “Teoria segundo a qual os arquivos são considerados arquivos correntes, intermediários ou permanentes, de acordo com a frequência de uso por suas entidades produtoras e a identificação de seus valores primário e secundário”. Logo, os arquivos permanentes são considerados de “terceira idade”.

³ Paradoxalmente, enquanto a informática como ferramenta de produção documental abala as certezas arquivísticas e os princípios criadores, essa mesma informática oferece ao arquivista os meios inigualados de uma descrição arquivística completa atentando para as necessidades dos produtores e dos usuários, garantindo o princípio de respeito ao fundo de arquivo.

Assim entendendo, o Gepas é o núcleo/cenário desse estudo, e se apresenta como repto aos profissionais da informação e à comunidade médica soteropolitana, para que algo seja feito ante um acervo imenso, complexo, manualmente organizado nos anos 80 do século XX, contendo milhões de itens documentais. É possível transformá-lo em exemplo de resgate, salvaguarda e disseminação da informação contida em diversos contextos históricos, sociais e culturais, e em resultado exitoso de trabalho de equipe executado como contributo à perpetuação memorialística de séculos de cultura médica.

Faz-se algo, como se diz em latim jurídico, *ad perpetuam rei memoriam* (para memória perpétua do fato). E em espaço carente de recursos humanos, financeiros, administrativos e logísticos típicos da realidade nacional. Tal é o desafio que se apresenta. Vêm a calhar as palavras conclusivas do ex-reitor da Ufba Macedo Costa (1983), quando da inauguração do memorial da medicina:

Em verdade, pois, o que foi pedido que se fizesse, o que se procurou fazer e o que afinal está feito e entregue à Bahia, consistiu apenas em materializar o sonho da turma de médicos de 1945, que em seu jubileu de prata afixou, no saguão do prédio, uma placa de mármore com estas palavras simples e expressivas: “aqui nasceu a medicina brasileira, aqui ela sobreviverá”.

A DOCUMENTAÇÃO HISTÓRICA DA FMB

O arquivo da FMB é comprovadamente de extrema importância para a formação médica, educacional e histórico-cultural no estado da Bahia e no País. A implementação do SI desse acervo passa pelas intervenções arquivísticas, com base em teoria, metodologia e técnica e por meio de reorganização quantitativa e qualitativa da informação. Para tornar exequível essa tarefa, Silva (2006, p.162) recomenda considerar o SI, conceito operatório crucial em ciência da informação, como:

[...] uma totalidade formada pela interação dinâmica das partes, ou seja, possui uma estrutura duradoura com um fluxo de estados no tempo. Assim sendo, um Sistema de Informação é constituído pelos diferentes tipos de informação registada ou não externamente ao sujeito (o que cada pessoa possui em sua memória é informação do sistema), não importa qual o suporte (material e tecnológico), de acordo com uma estrutura (entidade produtora / receptora) prolongada pela acção na linha tempo.

A documentação em tela registra dois marcos expressivos: o de 18 de fevereiro de 1808 - data de fundação da Escola Médico-Cirúrgica, quando da passagem de cinco semanas do Príncipe Regente de Portugal, D. João VI, o futuro *Rei do Brasil*, antonomásia com que o denominou o historiador Pedro Calmon – e o de 03 de outubro de 1832, quando essa instituição de ensino superior foi designada como FMB. Antes, em 1813, transformara-se em Academia Médico-Cirúrgica⁴.

Em 2008, ano do seu bicentenário de criação, a Congregação houve por bem fazer retornar o seu nome anterior - Faculdade de Medicina da Bahia, denominação que a identifica muito mais com os baianos e como escola-mãe da Medicina e da educação superior no Brasil. Enquanto monumento que recorda o seu glorioso passado, os itens documentais sinalizam um período marcante e encerram importantes e diversificadas fontes primárias. Trata-se de legado acadêmico, referencial do pioneirismo da Bahia nos domínios da medicina brasileira. Macedo Costa (Ibid.) ressaltava a importância desse acervo ao escrever:

Precisamente porque a Medicina nacional e a educação superior do Brasil nasceram na Faculdade de Medicina da Bahia é que a instituição pôde recolher, durante século e meio, opulento patrimônio da cultura médica baiana, constituído por teses, documentos, livros, peças e objetos de vária natureza, todos eles evocativos do passado institucional e muitos dos quais, patinados pelo tempo, já começam a se revestir da aura inefável das relíquias, merecendo, pois, um lugar condigno para abrigá-los. Daí a ideia de fazer simetria com a Catedral Basílica e Primaz da religião baiana e criar, ao seu lado, um templo leigo da ciência, para a devoção e o culto dos altos valores da historiografia médica.

São copiosos os informes relacionados à memória histórica retratada também em acervos fotográficos, em registros hospitalares, de frequência ou contabilidade, das primeiras instruções e entendimentos com o Ministério da Instrução Pública. Além disso, destaca-se um mostruário de pesquisa, farto material de produção de luminares nas ciências, nas artes e letras que passaram pela FMB. A propósito, acrescentou o antropólogo Thales de Azevedo (1983):

⁴ A Carta de Lei, da Assembléia Legislativa do Império, sancionada pela Regência em nome do Imperador D. Pedro II, consagrou o título de Faculdade de Medicina. [...] A esse respeito, o artigo 1º do citado documento legal preceituava o seguinte: “Artigo 1º - As Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia serão denominadas escolas ou faculdades de Medicina.” Assim, as primeiras instituições de ensino médico do Brasil foram criadas com o nome de Escolas em 1808, receberam a designação de Academia Médico-Cirúrgicas em 1813 e intitularam-se Faculdades de Medicina a partir de 1832. (COSTA, 1983).

Nessa numerosíssima e bem ordenada documentação, que se preservou cuidadosamente em in-fólios originais de elevado valor, há terreno amplíssimo para o trabalho do historiador da ciência, particularmente da medicina, também das ciências naturais, da física, das ideias, da filosofia, da política, bem como para os levantamentos minudentes dos genealogistas, dos filólogos, dos biógrafos, dos sociólogos, dos homens de letras.

Antes de 1808, as profissões na área da saúde eram exercidas no País de forma improvisada pelos chamados charlatões, que praticavam a arte de curar não legalmente autorizados e sem conhecimento científico. Nessa casa foram iniciadas e tomaram impulso pesquisas da medicina tropical, da psiquiatria e antropologia. Nela realizaram-se descobertas de protozoários e metazoários causadores de doenças, que em outros países eram chamadas de exóticas ou tropicais, e que passaram a ser objeto de estudos e, por isso, proporcionaram a criação de laboratórios e o desenvolvimento de experimentos. Dessa maneira, instituiu-se uma cultura médica genuinamente nacional, voltada às necessidades da população.

A história da medicina tropical na Bahia, no período de 1500 a 1866, ano da fundação da Gazeta Médica da Bahia, é também retratada em seus manuscritos e impressos. Segundo Caldas Coni (1952), essa época era caracterizada como indígena, africana e jesuítica. A medicina era exercida por uma *chusma heteróclita de curandeiros*. Era largamente praticada pelos pajés, que, empiricamente, descobriam os efeitos de plantas medicinais existentes no Brasil.

A Gazeta Médica da Bahia, considerada como veículo de comunicação científica dos tropicalistas baianos, assinala o início da época científica da medicina tropical através da iniciativa pioneira, das buscas de caráter experimental de uma tríade de pesquisadores estrangeiros: Wucherer (alemão), Paterson (inglês) e Silva Lima (português), cujos trabalhos experimentais na área de doenças infecciosas e parasitárias foram publicados nesse periódico. Tais estudos demonstram o espírito de observação com que foram elaborados e sinalizam o início da época científica da medicina na Bahia. Eles e Pirajá da Silva, o descobridor do esquistossomo, são epígonos da Escola Tropicalista Baiana, a quem se deve a descrição clínica e a elucidação microbiológica e parasitológica de afecções, na maioria de origem africana, tais como o ainhum, o maculo, as parasitoses.

Com a colaboração de professores da FMB, Noguchi aprofundou suas decisivas pesquisas sobre a febre amarela. Também na Faculdade teve início uma Escola Antropológica, com as indagações pioneiras e inovadoras de Nina Rodrigues em torno da hanseníase e da medicina interna, que abriram caminho à medicina legal e à antropologia e, nela, aos mitos dos escravos africanos.

Esse arsenal de informações possibilita o resgate de teorias de quatro séculos de cultura médico-humanística no mundo. Muitas das teorias sobre a natureza dos processos vitais e biológicos, por exemplo, testemunham a produção científica e a investigação sobre nossa nosologia por professores baianos, como observou Thales de Azevedo. E acrescentou:

A Faculdade, por sinal, herdou ali o interesse e o gosto pela especulação metafísica, que serviram, em seus tempos iniciais, de fundamentos às doutrinas e teorias que explicavam a vida, a natureza humana, a doença, seu tratamento e sua cura, em direção a uma indagação e ensino de contexto científico e experimental. A Faculdade dedicou uma atenção privilegiada à reflexão filosófica e às doutrinas elucidativas da biologia e foi porta de entrada no país do pensamento de Bichat, de Blainville, de Augusto Comte, de Charles Darwin, de Ernst Haeckel e outros teóricos, como demonstram investigações extensas e profundas de seu professorado, os ilustres Pacífico Pereira e Gonçalo Muniz e Antônio Caldas Coni mais outros que continuam essa meritória indagação em vários departamentos da Universidade. Esses são materiais arquivísticos e bibliográficos sem os quais não se completa a história das ideias no Brasil.

O arquivo da FMB revela nomes de atributos notáveis, catedráticos representantes da profissão, da intelectualidade e cultura de época, tais como: Rita Lobato, Antônio José Alves, os irmãos Pacífico Pereira, Climério de Oliveira, Virgílio Damásio, Egas Moniz de Aragão, Manuel Victorino Pereira, Afrânio Peixoto, Nina Rodrigues, Oscar Freire de Carvalho, Alfredo Brito, Juliano Moreira, Martagão Gesteira, Prado Valadares, Pirajá da Silva, Gonçalo Moniz de Aragão, Antônio Caldas Coni, Adolpho Diniz, Clementino Fraga Júnior, Armando Távares. Inúmeros profissionais dela egressos projetaram, nacional e internacionalmente, o ensino médico e superior da Bahia. Tornou-se uma instituição reconhecida pela excelência no ensino, na pesquisa e extensão, e, sobretudo, pela sua expressiva participação em episódios históricos e transformadores do *statu quo* social, econômico, político e cultural do estado.

Na documentação por ela acumulada ao longo dos duzentos anos, encontram-se ainda registros de conquistas e acontecimentos marcantes da história regional e nacional. Alguns desses episódios representaram momentos de grande relevância no cenário brasileiro e internacional. Podem ser reconhecidos e comprovados com a leitura de documentos do arquivo histórico da Faculdade.

Sob a coordenação do professor anglo-baiano Jonathas Abbott, em 1859 foi organizado o primeiro museu de anatomia comparada do País; em 1887, foi

conferido pela Faculdade o diploma em medicina à primeira médica brasileira e segunda diplomada na América Latina, Rita Lobato Velho Lopes. A partir de 1910, começou a surgir um número maior de mulheres nos cursos de farmácia, obstetrícia e odontologia, sempre em menor proporção no curso de medicina. No ano de 1911, o curso de obstetrícia foi composto por mulheres, em sua maioria; em 1897, o Prof. Alfredo Britto realizou a primeira radiografia no mundo, com o objetivo de investigar ferimentos sofridos por uma vítima da revolta de Canudos; em 1900, o Prof. Nina Rodrigues criou o primeiro museu médico-legal e antropológico do Brasil; em 1965, o Prof. Carvalho Luz realizou a primeira cirurgia mundial para extração de parasitos do sangue humano no Hospital das Clínicas, nosocômio-escola da FMB.

Outro episódio que pode ser comprovado com a leitura dos documentos da Faculdade é a inexpressiva presença de estudantes negros, durante mais de um século. Malgrado essa lamentável realidade, grandes personagens de famílias de origem negro-africana marcaram a área da saúde. Dentre outros nomes de médicos brilhantes, encontra-se o de Juliano Moreira, renomado internacionalmente, que concluiu o curso de medicina em 1891. Vítima de preconceito, partiu para o Rio de Janeiro, a convite do governador daquele estado, para assumir a direção de um sanatório local. Tanto em Salvador, quanto na capital fluminense, o seu nome está perpetuado em hospitais. Durante a campanha abolicionista, o Prof. Luis Anselmo da Fonseca, homem de cor, profligou o escravismo, inclusive clerical.

Em decorrência da formação humanística dos seus mestres, a FMB participou ativamente dos principais momentos históricos da Bahia e do Brasil. Por exemplo, aclamou o Exército Libertador, no dois de julho de 1823, no Terreiro de Jesus. Os documentos registram esse fato. Pode-se comprovar também que docentes dessa instituição trataram e operaram os feridos e fizeram as perícias nos mortos do levante dos Malês e da Sabinada. A bicentenária instituição incorporou muitos de seus estudantes e professores como oficiais do corpo de saúde do exército brasileiro no sangrento campo de honra no Paraguai, acompanhando a guerra e a vitória e vendo-os retornar condecorados. A campanha republicana teve como chefe o Prof. Virgílio Damásio, primeiro governador republicano da Bahia, e também o Prof. Manuel Victorino Pereira, que foi governador e, pouco tempo depois, exerceu a Presidência da República no impedimento de Prudente de Moraes.

Na guerra civil que foi a campanha de Canudos, estudantes e professores da FMB abriram seis enfermarias para tratar os feridos, muitos deles operados pelo Prof. Braz do Amaral. Numerosos acadêmicos prestaram serviços nos campos de Monte Santo.

No século XX, a Faculdade foi protagonista ou cenário de eventos sociopolíticos. Foi palco de episódios memoráveis, como o famoso 22 de agosto de 1932, quando idealistas rebeldes foram detidos por tropas que a sitiavam. Nela a milícia encontrou não só acadêmicos de medicina, como também de direito e engenharia e até os ginasianos de então, visto que a Faculdade era núcleo de atração para a juventude. Durante a segunda guerra mundial, sob a liderança do Prof. Eduardo de Moraes, foi formada a legião dos médicos para a vitória com a participação da comunidade dos anos 40. Grandes movimentos populares foram iniciados nesse local. Comícios realizaram-se no salão nobre e os oradores proeminentes foram os próprios docentes, como Pinto de Carvalho, Estácio de Lima e Magalhães Neto. Nas revoluções de 1930 e 1964, o prédio da Faculdade foi invadido.

O arquivo histórico da FMB é composto de itens documentais de grande importância para a ciência, a história, a política, as letras, as artes e a cultura, e também da maior pinacoteca do estado, cuja relevância ultrapassa o aspecto documental e artístico e evidencia as características históricas da pintura baiana nos séculos XIX e XX. Ao longo dos anos, lamentavelmente, vem sofrendo processo de deterioração e desgaste devido à carência de recursos para a implementação do projeto atual, o Gepas. Por isso, a meta é ver concretizadas a recuperação e a salvaguarda de um dos mais importantes patrimônios documentais do País, sua disseminação, digitalização e transformação em espaço destinado ao alargamento do conhecimento e do saber.

Como se nota, a documentação que compõe a memória dessa instituição não é amontoado nostálgico, muito menos conjunto documental de entidade estagnada no tempo e no espaço. Apresenta-se como organismo vivo destinado a uma ampla difusão cultural, e sem ele não se conclui a história das ideias no Brasil.

Desde sua fundação, a história e a vida da FMB se enlaçam e até se confundem com as da Bahia. Do Terreiro de Jesus, em 1808, radiaram-se para todo o Brasil a religião, a ciência, a cultura e a civilização, disse o Mons. Paiva Marques na Academia de Letras da Bahia, que então funcionava nessa mesma praça. A Faculdade era o fulcro gravitacional de todos os acontecimentos importantes. Cumpre, pois, preservar essa documentação em função de seu inquestionável valor e da sua relevância como patrimônio construído ao longo de dois séculos. Ela é um núcleo arquivístico ilustrativo que comprova a séria formação humanística dos mestres do passado, o que justifica a liderança intelectual que exerceram na comunidade de seu tempo. A memória por ela conservada é uma referência preciosa da medicina, do saber médico e do prestígio social dos escolápios na sociedade brasileira.

Em 2008, com as comemorações do bicentenário de criação da primeira escola médica do Brasil pela Coroa Portuguesa, fazem-se necessárias ações em prol da preservação desse patrimônio e, de forma destacada, do seu arquivo, vítima de fragilidade e de certo abandono por parte das esferas públicas. Pensando assim, a Ufba, através da FMB e do ICI, somando esforços e visando à almejada interligação entre ensino, pesquisa e extensão, transformou esse acervo em ambiente de formação profissional e de pesquisa acadêmica e científica. Destarte, possibilitou-se o surgimento do Gepas, grupo coeso, idealista e cada vez mais identificado com o papel do profissional de arquivologia na sociedade atual e no desenvolvimento da ciência da informação.

Com a retomada da organização desses documentos, objetiva-se a promoção do livre acesso às informações neles contidas através da criação de instrumentos de pesquisas avançados que permitam a disseminação e preservação desse espaço informacional. Portanto, no atual estágio, incluem-se ações para assegurar condições adequadas ao controle ambiental e à conservação preventiva, aliadas a outras medidas controladoras de sinistros e do processo de desgaste. Com a visão percuciente e alargada do atual diretor da FMB, Prof. José Távares-Neto, prosseguem iniciativas operosas baseadas nos projetos anteriores, todos de incontestável relevância e na linha do primeiro, de autoria da Prof^ª Maria José Rabello de Freitas e por ela coordenado nos anos 1980, sempre em busca de resultados concretos para a salvaguarda desse historial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ICI e a FMB, através do Gepas, alinham-se num mesmo ideal: dinamizar esse núcleo de estudo, extensão e pesquisa destinado às áreas da arquivologia e saúde. Além disso, projetam-se outras ações com a participação de investigadores de Portugal, Brasil e doutros países lusófonos, em continuidade ao intercâmbio científico entre a Universidade do Porto e a Universidade Federal da Bahia, e programas de ensino de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado em ciências da informação, comunicação e saúde. Ademais, a realização do pós-doutorado da Prof^ª. Zeny Duarte, em torno do resgate da vida, obra e pensamento de médicos que produziram para além da medicina na Bahia e em Portugal nestes duzentos anos, e a pesquisa da Prof^ª. Celeste Santana, relacionada à história da medicina tropical de 1500 a 1866 ampliam as possibilidades de atuação do Gepas.

Quanto à produção científica e tecnológica, o grupo apresenta os resultados de suas atividades em congressos, seminários, simpósios e colóquios nacionais e internacionais promovidos por instituições relacionadas às áreas da informação e da saúde e em periódicos.

Registramos aqui apelo a órgãos de fomento a projetos de preservação de arquivos históricos para que se aliem ao compromisso de salvaguarda e digitalização do arquivo da primeira instituição brasileira de ensino superior.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Thales de. Memorial da Medicina: monumento – museu - laboratório : In: Universidade Federal da Bahia. *Memorial da medicina*. Salvador: Ufba, 1983. (não paginado).

CONI, A.C. *A Escola tropicalista bahiana: Paterson, Wucherer, Silva Lima*. Bahia: Tipografia Beneditina, 1952.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. *Dicionário brasileiro de terminologia arquivística*. Rio de Janeiro: Conarq.

http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/Media/publicacoes/dicionario_de_terminologia_arquivistica.pdf

COSTA, Luiz Fernando Macedo. Apresentação: In: Universidade Federal da Bahia. *Memorial da medicina*. Salvador: Ufba, 1983. (não paginado).

DIRECTION DES ARCHIVES DE FRANCE. *La pratique archivistique française*. Paris: Archives Nationales, 2008. (Sous la direction de Jean Favier, assisté de Danièle Neirinck).

DUARTE, Zeny; FARIAS, Lúcio; FREITAS, Maria José Rabello de; SANTANA, Celeste Maria de Oliveira. O arquivo da primeira instituição brasileira de ensino superior. In: TAVARES-NETO, José. *Formados de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia*. Feira de Santana: Academia de Medicina de Feira de Santana, 2008. p.309-313.

SILVA, Armando Malheiro da. *A informação: da compreensão do fenômeno e construção do objecto científico*. Porto: Afrontamento, 2006.

SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda. *Das “ciências” documentais à ciência da informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular*. Porto: Afrontamento, 2002.

Joseane Oliveira

Graduada em arquivologia pela UFBA. Arquivista de nível superior pela UFSE. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

Luciene Brito

Graduada em arquivologia pela UFBA. Desenvolve projetos, consultorias e auditorias em organização de arquivos correntes e permanentes. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

Teresa Coelho

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em arquivologia e novas tecnologias documentais pela Uneb. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

Ademir Silva

Graduado em geologia pela Ufba, em química aplicada e em educação pela Uneb. Especialista em administração universitária pela Uece. Professor de pedagogia da Uneb - Campus XIII. Técnico em assuntos educacionais da Ufba. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

Lúcio Farias

Doutorando em ciência da informação da Faculdade de Letras da Universidade do Porto - PT. Especialista em linguística pela UFPE. Graduado em letras pela Unicap. Professor aposentado da Ufba. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

Zeny Duarte

Pós-doutoranda da Universidade do Porto - PT. Doutora em letras e pós-graduada em arquivologia pela Ufba. Especialista em restauração de fotografia pelo Musée Carnavalet e em arquivística internacional pelos Archives Nationales de France. Professora e chefe do departamento de documentação e informação da Ufba.

A RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE E O ACERVO DOCUMENTAL
DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES:
estudo de caso

Josivaldo Soares Ferreira
josivaldoferreira@yahoo.com.br

Marli Batista Fidelis
marli.uepb@gmail.com

Maria José Cordeiro de Lima
mcordeiro16@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Uma das maiores dificuldades no campo arquivístico brasileiro é a falta de reconhecimento por parte das instituições públicas e privadas da importância dos seus acervos documentais, de maneira que os arquivos são vistos como depósitos de documentos velhos, sem muita importância, principalmente na gestão pública em que o descaso é maior. No tocante ao sistema de saúde, os dados informacionais são de suma importância para que se possa planejar e organizar os serviços de saúde e dispensar a devida atenção médica à sociedade. Todavia, para que isso ocorra, é necessário que esses dados sejam atuais e fidedignos para que possam, através de indicadores seguros, subsidiar investigações que trarão grandes contribuições ao sistema de saúde. Os dados informacionais contidos no prontuário médico são de fundamental importância para realização das atividades médicas. Eles precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para tomada de decisão sobre o tipo de tratamento ao qual o paciente deverá ser submetido. Um bom sistema de registro de prontuário médi-

co fornece dados fundamentais para a administração interna e para a boa prestação de atendimento à sociedade, além de informações para o planejamento dos serviços adequados no tocante a tratamentos e estudos epidemiológicos. Na atualidade o mundo vive na era da informação, exigindo das organizações uma gestão estratégica eficiente, que pode ser facilitada pela utilização de informações precisas. Sendo assim, se faz necessária uma gestão informacional e documentária eficiente e eficaz para atender aos anseios da população. É sabido que a saúde pública tem atravessado uma crise dos serviços. Esta tem se manifestado mais agudamente na desorganização dos hospitais e dos ambulatórios, aos quais se misturam ingredientes perversos: filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias, grevismo crônico, dentre outros. São problemas indiscutíveis, mas que não surgiram como consequência do SUS; ao contrário, constituem problemas históricos em nosso país e são de fato reflexos da crise do Estado brasileiro, que se reflete nas crises da educação, segurança, transporte, entre tantas outras. Os problemas na saúde vêm se agravando a olhos vistos. Nos últimos anos há uma progressiva deterioração do atendimento público com a queda de sua qualidade. A maior razão disso é o financiamento insuficiente do setor, fazendo com que o padrão brasileiro fique aquém até do de economias mais pobres que a nossa. São consequências atendimentos cada vez mais precários, equipes médicas cada vez mais reduzidas e um número cada vez menor de hospitais dispostos a prestar serviços por meio do SUS. O desalento de profissionais de saúde com o exercício da medicina é decorrência direta desse descaso. É gritante, apenas para exemplificar, a defasagem dos valores pagos pelo SUS por procedimentos realizados na rede pública de saúde. Levando em conta essa realidade, o objetivo principal deste trabalho foi verificar a real situação do acervo documental do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL) a partir da assistência médica prestada à sociedade, no sentido de saber se os problemas do SUS têm afetado a organização e conservação do seu acervo documental. Procurou-se verificar também as dificuldades encontradas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (Same) na realização do seu trabalho. A metodologia realizada para o trabalho foi a visita *in loco*. A técnica utilizada foi a coleta de dados, feita mediante questionário controlado e entrevista semiestruturada, aplicados aos funcionários do Same do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Já que nos últimos tempos essa “crise da saúde” vem se agravando, analisou-se como são tratados pela gestão médico-hospitalar os documentos produzidos através do atendimento médico aos pacientes, que são os prontuários.

FUNDAMENTAÇÃO

O SUS empreende um conjunto integrado de ações afirmativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 198 da Constituição Federal determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, organizado de acordo com os seguintes princípios e diretrizes do capítulo II da Lei nº.8.080, de 19 de novembro de 1990, dentre os quais estão:

1. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
2. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
3. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
4. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
5. Direito de informação às pessoas assistidas sobre a saúde;
6. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e à utilização pelo usuário;
7. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridade, a alocação de recursos e a orientação programática;
8. Participação da comunidade (prática do controle social).

Os textos legais da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, e as leis federais 8.080/90, 8.142/90 e outras reconhecem que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que depende de diversos fatores tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, ecologia, entre outros, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação.

Entre algumas diretrizes do SUS, existe uma em especial que fala da participação da comunidade e do controle social que a sociedade pode exercer junto ao poder público, quando participa do estabelecimento das políticas de saúde e controla a execução dessas políticas, discutindo as prioridades e fiscalizando a

utilização do dinheiro público destinado à saúde. Portanto, é necessário também que a sociedade exerça a função de fiscal do governo, participando dos conselhos e das conferências de saúde, porquanto são instrumentos legais do controle social no sentido de promover a participação da comunidade. Notícias bombásticas sobre a “crise da saúde” aparecem na mídia local e nacional nos últimos meses como se, só agora, a opinião pública tomasse conhecimento das dificuldades vividas pelo setor. Existe algum exagero da imprensa? Não, a situação da rede pública de hospitais e postos de saúde fornece os relatos e as imagens que mais identificam o Brasil como país subdesenvolvido. Unidades superlotadas, profissionais e procedimentos sub-remunerados, falta de remédios, além de equipamentos e prédios sucateados. Os problemas da saúde assustam pelo volume com que crescem a cada dia. A partir desse cenário, iremos verificar como está sendo a guarda do acervo documental produzido a partir da assistência médica prestada a população. E de que maneira o Conselho Nacional de Arquivos (Conarq) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) colaboram com as instituições hospitalares na preservação dos prontuários médicos dos usuários do SUS. Para entender melhor quanto à guarda dos documentos e sobre a importância dos prontuários, é relevante discorrer sobre o Conselho Nacional de Arquivos e sobre o Conselho Federal de Medicina.

O Conarq, como órgão central do Sistema Nacional de Arquivos, tem por finalidade definir a política nacional de arquivos públicos e privados, bem como exercer orientação normativa visando à gestão documental e à proteção especial aos documentos de arquivo. Esse órgão foi criado pelo art. 26 da Lei nº. 8.159/91 e regulamentado pelo Decreto nº. 4.073, de 3 de janeiro de 2002, e tem como competências:

- Estabelecer diretrizes para o funcionamento do Sistema Nacional de Arquivos - Sinar, visando à gestão, à preservação e ao acesso aos documentos de arquivos;
- Promover o inter-relacionamento de arquivos públicos e privados com vistas ao intercâmbio e à integração sistêmica das atividades arquivísticas;
- Propor ao chefe da Casa Civil da Presidência da República normas legais necessárias ao aperfeiçoamento e à implementação da política nacional de arquivos públicos e privados;
- Zelar pelo cumprimento dos dispositivos constitucionais e legais que norteiam o funcionamento e o acesso aos arquivos públicos;
- Estimular programas de gestão e de preservação de documentos públicos de âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, produzidos ou recebidos em decorrência das funções executiva, legislativa e judiciária;

- Subsidiar a elaboração de planos nacionais de desenvolvimento, sugerindo metas e prioridades da política nacional de arquivos públicos e privados .

É constituído por dezessete membros conselheiros: o diretor-geral do Arquivo Nacional, que o presidirá, representantes dos poderes executivo federal, judiciário federal, legislativo federal, dos arquivos públicos estaduais e do Distrito Federal, dos arquivos públicos municipais, das instituições mantenedoras de curso superior de arquivologia, de associações de arquivistas e de instituições que congreguem profissionais que atuem nas áreas de ensino, pesquisa, preservação ou acesso a fontes documentais. Cada conselheiro tem um suplente. Para melhor funcionamento do Conarq e maior agilidade na operacionalização do Sistema Nacional de Arquivos, foi prevista a criação de câmaras técnicas e câmaras setoriais e comissões especiais, que são: Câmara Setorial sobre Arquivos de Empresas Privatizadas ou em Processos de Privatização; Câmara Setorial sobre Arquivos Médicos; Câmara Setorial sobre Arquivo do Judiciário; Câmara setorial sobre Arquivos Municipais; Câmara Setorial sobre Arquivos de Arquitetura, Engenharia e Urbanismo e Câmara Setorial sobre Arquivos Privados. Elas têm como incumbência elaborar estudos e normas necessárias à implementação da política nacional de arquivos públicos e privados e ao funcionamento do Sinar. Quanto ao CFM, este fiscaliza as instituições hospitalares para fazer cumprir suas resoluções, dentre as quais a resolução nº. 1.638/2002, que considera o prontuário documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de ser instrumento de defesa legal. O conselho preconiza que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guardar o prontuário e disponibilizá-lo nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional. Para proceder ao armazenamento e à eliminação de documentos do prontuário, deve-se levar em conta os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica, observando a legislação arquivística brasileira vigente, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos de arquivo, inclusive dos prontuários médicos.

PRONTUÁRIO MÉDICO

Com esse turbilhão de problemas que a saúde pública vem enfrentando ao longo dos anos, é preciso que as organizações ligadas à saúde atentem a um efetivo sistema de informação, com intuito de viabilizar o atendimento e promover a diminuição dos problemas. Afinal, a qualidade do atendimento à saúde no País

depende de informações precisas e fidedignas. No entanto, o que se percebe é que geralmente essa problemática tem se refletido nos arquivos médicos. A gestão e utilização da informação e do conhecimento constituem o centro das atividades profissionais e do processo decisório na práxis de qualquer instituição, seja ela privada, seja pública. As instituições médico-hospitalares são, por essência, organizações produtoras de uma multiplicidade de informações, que compreendem, desde prontuários, até textos técnico-administrativos. Os registros de saúde, dentre os quais o mais importante é o prontuário médico, são elementos cruciais no atendimento ao indivíduo, devendo reunir a informação necessária para garantir a continuidade dos tratamentos prestados ao cliente/paciente. A CFM define o prontuário médico, conforme o Art. 1º da Resolução nº. 1.638/2002, como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. As informações registradas no prontuário médico vão auxiliar a continuidade e a investigação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, e indicar quais métodos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca do atendimento, novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas a serem utilizadas. Silva e Tavares Neto (2005, p. 114) afirmam que o prontuário médico é.

[...] de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, subseqüentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde [...].

É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados, pois, em princípio, o prontuário bem produzido traz todas as indicações do que é preciso ser feito, o que demonstra seu valor como documento autêntico para desfazer dúvidas quanto aos procedimentos realizados e quanto às respostas do organismo do paciente. Nele está registrado o conjunto de informações geradas a partir da assistência médica prestada ao paciente; portanto, é de caráter legal, sigiloso e científico, e possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada. Os prontuários, como qualquer documento, passam por estágios, fase corrente, intermediária e permanente, conside-

rando-se o uso para os quais os documentos foram produzidos e o valor, primário ou secundário, para fins probatórios, legais ou científicos. Quando produzidos com a finalidade de registrar o acompanhamento da assistência prestada ao paciente, encontram-se na fase corrente, que inclui, além da produção, sua tramitação, sua utilização para consulta e sua destinação, possuindo valor primário, que responde apenas a questões relacionadas às atividades que provocaram a sua produção. Uma vez cumpridas as finalidades para as quais foram produzidos, passam a ser utilizados para fins de estudos e pesquisas médicas, científicas, sociais e históricas, configurando-se, assim, o seu valor secundário. O arquivo médico é um serviço imprescindível ao hospital. Permite estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes. É relevante dizer mais uma vez que o prontuário é de grande importância para o histórico hospitalar, pois é um documento formal, no qual devem estar registradas todas as atividades executadas pela equipe de saúde em benefício de um determinado paciente, durante o período de tratamento. Assim, é importante que seja elaborado pela equipe de saúde, como também pela instituição hospitalar, ficando esta responsável por confeccionar os vários formulários necessários para um prontuário bem organizado. Deve-se levar em consideração a importância dessa ficha e a finalidade do Same, que é de coletar, tabular, analisar e interpretar os dados obtidos dos prontuários médicos, bem como participar de trabalhos de pesquisa que demandem a análise e controle estatístico. É importante que os prontuários médicos sejam devidamente organizados para evitar distorções nas atividades estatísticas. As estatísticas de saúde são constituídas a partir de dados relativos a eventos vitais (nascimentos, óbitos, procedimentos cirúrgicos, entre outros), à estrutura da população, a doenças e serviços e atividades sanitárias. A avaliação da situação de saúde de uma comunidade pode ser feita através de coeficientes e índices provenientes de informações dos arquivos médicos hospitalares. As informações dos arquivos são dados coletados rotineiramente, padronizados e que permitem a comparação dentro e/ou fora do serviço. Devem referir-se às características do problema escolhido para ser monitorado. Essas informações são instrumentos utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo organização, recursos e metodologia de trabalho, sendo fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do SUS. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumento de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, da quantidade de recursos envolvidos, do controle dos custos gerados na produção dos serviços. O Same tem como objetivo geral disponibilizar dados com indicadores de produtividade e desempenho, para análise e gestão hospitalar. Para tanto lançará mão das seguintes atividades:

- Coletar dados informativos do hospital nas diversas áreas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais e os diversos procedimentos realizados durante o dia) para relatório mensal;
- Preparar e elaborar relatório com planilhas estatísticas mensais e anuais.

Os formulários são preenchidos por profissional da área de saúde, constituindo-se também documentos essenciais para elucidação de questões jurídicas e éticas, não só da evolução da enfermidade do paciente. Seus objetivos são, pois, facilitar assistência ao paciente, promover meios de comunicação entre os profissionais de saúde, assegurar a continuidade do atendimento e do suporte para a área administrativa do hospital, nos aspectos financeiros e legais. Portanto, é importante que esses documentos sejam devidamente organizados. Isso incorrerá em facilidades quanto:

- Ao entendimento da história clínica e terapêutica e da evolução dos males dos pacientes;
- Ao fornecimento de atestados;
- À realização de relatórios;
- Ao ganho de tempo;
- Ao desenvolvimento de pesquisa científica.

É necessário verificar de que maneira essa documentação é preservada, além de observar os itens que devem constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realização desse trabalho, foi utilizado como objeto de estudo o HETSHL que, desde 2001 vem atendendo à população do estado da Paraíba e dos estados vizinhos, nos últimos dez meses, num total de 43.098 pacientes. Quando aplicado o instrumento de pesquisa, procurou-se verificar a forma como a documentação é gerada pelo HETSHL e o método de arquivamento; o critério quanto ao recolhimento e ciclo de vida documental; as condições de preservação dos prontuários; o critério para a eliminação da documentação; o treinamento de pessoal; o acesso ao acervo; a existência da gestão documentária na instituição. Atentou-se nesse momento ao que preconiza Goulart (2005, p. 14):

[...] a documentação gerada pelas administrações públicas, em arquivos do mundo inteiro e, sobretudo no Brasil, passa por problemas crônicos: recolhimento inconstante, eliminações indiscriminadas, ausência de condições adequadas de conservação nos depósitos e pouca manutenção dos prédios, que levam a acidentes como inundações e incêndios e permitem a ação de roedores, insetos e microorganismo [...].

Esses problemas crônicos citados por Goulart dificultam muito o trabalho não só daqueles que fazem o Same, mas também de qualquer arquivo que não tenha seu valor reconhecido, seja em instituições públicas, seja em privadas. No tocante à instituição pesquisada, concernente ao conhecimento e utilização do código de classificação do Conarq, verificou-se que o Same não tem nenhum conhecimento do código e não utiliza nenhuma outra forma para classificação dos prontuários médicos. A não-utilização de um instrumento tão importante como um código de classificação pode acarretar uma organização inadequada, haja vista ser esse instrumento de trabalho utilizado para classificar todo e qualquer documento produzido ou recebido por um órgão no exercício de suas funções e atividades; afinal,

[...] A classificação por assuntos é utilizada com o objetivo de agrupar os documentos sob um mesmo tema, como forma de viabilizar sua recuperação e facilitar as tarefas arquivísticas relacionadas com a avaliação, seleção, eliminação, transferência, recolhimento e acesso a esses documentos, uma vez que o trabalho arquivístico é realizado com base no conteúdo do documento, o qual reflete a atividade que o gerou e determina o uso da informação nele contida [...]. (ARQUIVO NACIONAL, 2001, p. 09)

Entre alguns motivos para a não-utilização do código de classificação, além do seu desconhecimento, está a falta de pessoal qualificado. Para a não-existência de profissional da área de arquivos contribui também a falta de recursos, que gera dificuldades na contratação de pessoal e, conseqüentemente, na observação e cumprimento dos procedimentos arquivísticos.

No que se refere ao método utilizado para arquivamento, os dados revelaram que o Same utiliza o método numérico cronológico. Nesse método, os prontuários são arquivados com o número dado ao paciente. Segundo o Same, é mais fácil, pois possibilita a localização do prontuário de maneira mais rápida, segura e eficiente. Um problema encontrado na instituição, já que se adotou o método numérico, referiu-se ao fato de que o paciente que porventura já tenha sido aten-

dido pelo hospital, ao retornar à instituição para um novo atendimento, recebia um novo número de prontuário, causando assim um número excessivo de prontuários para o mesmo paciente. O prontuário não é apenas o registro do paciente, mas configura todo o acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência.

Parece-nos pertinente a implantação de uma gestão documental com intuito de evitar a produção excessiva de documentos. Porquanto, de acordo com a lei 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que em seu capítulo I, art. 3º, considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e recolhimento para a guarda permanente, o que torna a gestão documental de suma importância em instituição que queira melhor organizar e disponibilizar sua documentação.

Procurou-se investigar o ciclo vital dos documentos ou a teoria das três idades, que estabelece que os arquivos (conjuntos de documentos) passam por três estágios distintos de arquivamento, de acordo com o uso que se faz dos documentos: corrente, intermediário e permanente. No que respeita ao arquivo pesquisado, esse ciclo dos documentos não existe. Assim que o paciente recebe alta, o prontuário é recolhido para o arquivo “permanente”, sem passar por nenhuma avaliação ou organização. Só após estar no arquivo, essa documentação é organizada, mas também de forma precária.

Diante desse resultado, é relevante dizer que o prontuário não é apenas peça burocrática para fins de contabilização da cobrança dos procedimentos ou das despesas hospitalares, mas devemos pensar nas possíveis complicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente ocorrer, quando o prontuário será um elemento de valor fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades.

Procurou-se saber quanto ao conhecimento do Same sobre o art. 3 da Resolução CFM nº. 1638/2002, que torna obrigatória a criação das comissões de revisão de prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica. Os dados revelaram que essa comissão inexistia no setor. A avaliação realizada no Same é feita pelos mesmos funcionários que recolhem os prontuários nas enfermarias. Desses funcionários apenas 20% receberam treinamento, que foi realizado em agosto de 2007, na Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba (ESPEP), treinamento que não os tornou capacitados para pôr em prática os procedimentos arquivísticos quanto à organização adequada dos prontuários. Esse despreparo acarreta inestimável prejuízo para essa documentação. Sobre essa questão, vale lembrar o que diz Bellotto (2005, p. 26):

A ignorância dos administradores sobre o fato de que os documentos administrativos contêm como informação histórica, uma dimensão muito mais ampla do que a que envolve a sua criação tem causado graves danos à historiografia. Documentos são diariamente destruídos, nas diferentes instâncias governamentais, por desconhecimento de sua importância para o posterior estudo crítico da sociedade que o produziu.

Essa ignorância dos administradores que Bellotto (2005) nos referencia, reflete-se na forma como os prontuários da instituição pesquisada são arquivados, sem nenhum cuidado mínimo. Aí os prontuários são amontoados uns em cima dos outros, em armários de ferros, sem nenhuma proteção ou aclimatização, nem ao menos em pastas para melhor acondicionar a documentação e em salas com infraestrutura precária.

Outro problema detectado através da análise de dados é em relação à guarda dos exames radiográficos. O Same desconhece sua temporalidade e não sabe como fazer a preservação desses exames. Com isso muitas películas radiográficas já foram “perdidas” e outras seguirão o mesmo destino, se um trabalho de preservação não for realizado em seu acervo. Esse desconhecimento não deveria existir, pois a Resolução do CFM nº 1638/2002 é bem clara no art. 1º, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, **sinais e imagens** registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Sendo assim, a expressão “**sinais e imagens** registradas” evidenciam que os exames radiográficos devem ser preservados pelo mesmo tempo que as informações em suporte de papel, conforme está descrito noutra resolução do CFM nº.1.639/2002 em seu art. 4º, que estabelece o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

No tocante ao treinamento de pessoal, verificou-se que a instituição pesquisada realizou apenas um curso de gestão e organização de arquivos (arquivos médicos), no qual 80% dos funcionários não tiveram oportunidade de participar. Esta falta de treinamento acarreta uma grande dificuldade na organização e preservação dessas informações, pois não existe uma padronização das atividades desempenhadas no arquivo e cada um trabalha da maneira como compreende melhor. A situação observada na preservação dos prontuários médicos, de modo geral, é bastante desalentadora e requer medidas urgentes. Sem mudanças substanciais na preservação dos prontuários certamente haverá a continuidade dos reflexos negativos sobre esses dados informacionais.

É relevante dizer que, quando os funcionários foram questionados sobre a importância do treinamento para a realização do seu trabalho, todos responderam que seria importante porque, com esse treinamento, seria possível trazer inovações para o trabalho. Informaram a não-existência de treinamento regular para um melhor aperfeiçoamento dos profissionais e inovação do trabalho, que é de fundamental importância para o trabalho arquivístico.

Na questão do acesso às informações do arquivo, o Same informou que disponibiliza informações geralmente para estudantes de medicina que procuram a instituição para a pesquisa no sentido de elaboração de suas monografias, mas o problema da infraestrutura prejudica muito os pesquisadores, pois não há espaço para realizar um trabalho, e nem toda a documentação está organizada. É importante a disponibilização dessa documentação para a pesquisa científica, pois ela possibilita o conhecimento de inúmeros casos com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes da enfermidade. Facilita o estudo de diagnóstico e avaliação da terapêutica; é fonte para os mais diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade, além de tornar possível verificar e comparar as diferentes condutas terapêuticas e estabelecer uma análise comparativa da (d) eficiência.

Uma boa estruturação do arquivo médico traz grandes benefícios para a instituição hospitalar. Um dos segmentos mais beneficiados é a equipe de saúde, que é o conjunto de todos os profissionais que mantêm contato com o paciente, visando à sua recuperação. Se todos perseguem o mesmo objetivo, nada mais lógico do que agirem entrosados. O ideal seria que a equipe atuasse em grupo na hora de discussão dos casos. Como nem sempre isso é possível, têm-se os prontuários como instrumentos bastante eficientes de intercomunicação, por meio dos quais os profissionais fornecem informações dentro da própria especialidade. Assim, o prontuário é o grande fator de integração da equipe de saúde do hospital. Na medida em que um hospital progride, a tendência é melhorar também esse serviço de informação. No entanto, isso, em geral, não acontece.

O prontuário deve ser zelado e guardado com todo o cuidado, de acordo com as normas vigentes, pois, caso contrário, essas informações poderão ser perdidas e, até mesmo, o próprio documento não ser encontrado, acarretando deficiências quanto ao atendimento à sociedade. Afinal, suas informações são muito importantes para a instituição hospitalar, para a justiça, mas, principalmente, para o paciente e seus familiares. Portanto, o prontuário é um documentário de grande valor, elaborado por diversos profissionais, porquanto permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os dados coletados, a legislação arquivística, as resoluções do CFM, considerando ainda que a informação é de suma importância num hospital, é imprescindível que o serviço de prontuários de pacientes esteja organizado nos moldes e padrões recomendados. Não é concebível, nos padrões modernos, o funcionamento de uma instituição hospitalar sem prontuário completo do paciente, uma vez que a avaliação qualitativa da assistência prestada só é possível através desse registro.

Um arquivo dinâmico e organizado deverá ser centralizado. Nele o paciente recebe um único número ao ingressar na instituição de saúde, e conserva esse número em todas as visitas subsequentes; todos os formulários devem ser mantidos no mesmo prontuário para serem arquivados no arquivo permanente. Nas instituições de saúde onde os prontuários não são organizados, o atendimento do paciente demanda maior tempo, gerando enorme custo para os hospitais, seguido de perdas de pedidos de exames e das informações do tratamento do paciente.

Sendo assim, o prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade, servindo como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicância, prova de que o paciente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais. As avaliações da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerão, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados.

Pode-se afirmar que o acervo documental da instituição médica pesquisada necessita de tratamento arquivístico, com adição de profissionais capacitados e a implantação de gestão documental, porquanto a pesquisa apontou que a problemática do sistema público de saúde tem se refletido na organização e preservação de seus acervos documentais. O cenário poderia ser melhor, se a legislação arquivística brasileira fosse cumprida mediante a atuação mais ativa do Conarq, CRM e CFM. Vale ressaltar que a pesquisa revelou apenas os problemas superficiais do Same, requerendo posteriormente estudo mais aprofundado de todos os problemas do serviço de arquivo médico da instituição. Esse estudo poderá subsidiar a elaboração de projetos com intuito de melhorar os serviços dos arquivos médicos, o que trará grandes benefícios à sociedade.

REFERÊNCIAS

ARQUIVO NACIONAL Conselho Nacional de Arquivos. **Classificação, temporalidade e destinação de documentos de arquivo relativos às atividade-meio da administração pública**. Rio de Janeiro, 2001.

BELLOTTO, Heloisa Liberalli. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BIS - Boletim do Instituto de Saúde. N 38 - abril de 2006. ISSN 1518-1812 / On line 1809-7529. Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde. BRASIL. **Decreto nº. 4.073**, de 03 de janeiro de 2002, regulamenta a lei nº. 8.189, de 8 de janeiro de 1991.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.159**, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1.638**, de 10 de julho de 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1.639**, de 10 de julho de 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. – Brasília, 2006. 94 p.

GOULART, Silvana. **Patrimônio documental e história institucional**. São Paulo: Associação dos Arquivistas de São Paulo, 2005.

INDOLFO, Celeste Ana et al. **Gestão de documentos: conceitos e procedimentos básicos**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1993. (Série-Publicações Técnicas, nº47)

PAES, Marilena Leite. **Arquivo: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SILVA, Fábila Gama; TAVARES NETO, José. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 31 (2); p. 113 – 126, jan./abr. 2005.

Josivaldo Soares Ferreira

Estudante do curso de arquivologia da UEPB. Membro dos seguintes grupos de pesquisa: Arquivologia e sociedade; História e cultura afro-brasileira; Estudos em arquivística e sociedade (Geas).

Marli Batista Fidelis

Estudante do curso de arquivologia da UEPB. Participa do projeto de extensão Fotografia e memória cultural e do projeto de pesquisa A socialização da informação na perspectiva da teoria da racionalidade de Habermas.

Maria José Cordeiro de Lima

Graduada em comunicação social - jornalismo e mestre em biblioteconomia-ciência da informação pela UFPB. Professora do curso de arquivologia da UEPB. Coordenadora do projeto de extensão e pesquisa Fotografia como memória cultural.

IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS E/OU IMPRESSOS QUE COMPÕEM O PRONTUÁRIO MÉDICO

Jucélia de Oliveira Santos

sjucelia@ufba.br

INTRODUÇÃO

Na prática médica, além das competências profissionais da assistência aos pacientes no tratamento das doenças, são necessárias noções básicas sobre atividades de apoio relacionadas ao exercício da medicina. Uma dessas tarefas é o preenchimento dos formulários e/ou impressos que compõem o prontuário médico.

Este constitui, analogicamente, um dossiê objetivando a análise da evolução psicossocial-clínica, para análise e estudo da evolução científica e também como defesa do profissional, caso ele venha a ser responsabilizado por algum resultado atípico ou indesejado. (PRESTES JR; RANGEL, 2007).

As não-conformidades ou o não-cumprimento das normas quanto ao preenchimento do prontuário médico, podem acarretar sérios prejuízos aos pacientes, ao médico e à medicina. Letras ilegíveis, dados incompletos, falta do preenchimento, rasuras, o uso de siglas, regionalismo, estrangeirismo nas prescrições e evoluções de tratamento, por exemplo, podem dar conotação diferente ao entendimento de outros profissionais que manipulam o prontuário e levar até à troca de medicamentos, a procedimentos impróprios, o que poderá ser danoso para o paciente. É aconselhável o detalhamento de todo e qualquer tratamento terapêutico nas fichas clínicas para evitar complicações quer de ordem técnica, quer de ordem

ética ou jurídica, que trazem transtornos emocionais, psicológicos, profissionais e prejuízos financeiros.

O prontuário médico ou do paciente é um elemento de valor probatório fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades. Já está comprovado, no meio jurídico, que, além dos depoimentos pessoais, um dos deveres de conduta mais cobrados pelos que avaliam um procedimento médico contestado, é o dever de informar, sendo o mais requisitado o do registro nos prontuários.

Diante do exposto, o estudo ora apresentado é uma revisão das resoluções do Conselho Federal de Medicina que normatizam o prontuário médico e do Código de Ética Médica, que descrevem a importância dos registros de dados como processo informacional e documental na relação médico – paciente executados por equipe multidisciplinar nas instituições de saúde.

ASPECTOS GERAIS

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1638/2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. Estabelece o seguinte:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

[...]

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

[...]

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade(indicando o muni-

- cípio e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
 - c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
 - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
 - e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de paciente, deverá constar relato médico completo, história clínica de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
- II.** Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários que cabe ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

O ensino médico no Brasil tem se preocupado pouco com as questões relacionadas à observância do Código de Ética Médica, ao embasamento teórico, aos aspectos jurídicos do preenchimento dos impressos nos atendimentos assistenciais por parte do médico e da equipe multidisciplinar. Urgem, mudanças relevantes nas disciplinas curriculares de formação acadêmica (graduação, residência médica) nesse contexto.

Os registros nos formulários e/ou impressos são pautados por um complexo de leis, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos, regimentos sempre sujeitos a novos dispositivos que trazem mudanças, revogações e novas legislações.

Por outro lado, mesmo que esses profissionais desconheçam as questões legais, há necessidade da elaboração de um prontuário correto em função da própria prática médica.

O profissional competente, comprometido e toda a equipe multidisciplinar que prestam assistência, devem ter a consciência de que a elaboração correta do prontuário médico resguarda as partes contratadas, beneficiando, principalmente, o paciente, cujos interesses, segundo o Código de Defesa do Consumidor, estão sempre acima de qualquer profissional.

Os médicos e a equipe multidisciplinar são os principais responsáveis pelas informações contidas nos formulários e/ou impressos que compõem um prontuário no momento da assistência ao paciente. Portanto, o prontuário médico pertence ao paciente. Sendo assim, destaca-se a seguir o resultado positivo das informações registradas nas respectivas fichas clínicas:

- a) Prática / assistência médica: possibilita a comunicação entre os membros que a prestam, facilita a identificação dos profissionais de saúde que nela interagem em prol da saúde do paciente, assegura a responsabilidade do preenchimento dos formulários e impressos, possibilita a continuidade do tratamento, documenta a atuação de cada profissional, revela os cuidados médicos prestados e o relacionamento do paciente com a equipe de saúde, o que garante a qualidade do serviço prestado, tornando possível a obtenção, em tempo real, de uma visão global e específica da saúde do indivíduo. Outro fator fundamental é a legibilidade dos registros com o uso da linguagem culta e ortografia oficial de acordo com o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (Volp, 5. ed.) da Academia Brasileira de Letras.
- b) Ensino: aspecto utilizado nas discussões de casos clínicos no processo ensino – aprendizagem, que só poderão ocorrer com um prontuário adequadamente preenchido;
- c) Pesquisa científica: os dados registrados têm importância ímpar. Todos os impressos devem estar devidamente preenchidos, a fim de atender às demandas de investigação de natureza científica, a censos epidemiológicos e a outros estudos;
- d) Controle de qualidade: a Resolução do CFM 1638/2002 torna obrigatória a criação de comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde, com a competência de observar os itens que deverão constar impreterivelmente no prontuário confeccionado em suporte eletrônico ou em papel, e de avaliar periodicamente os registros dos atendimentos realizados em ambulatório e na internação, orientando sobre possíveis omissões por parte dos profissionais de saúde que realizaram o atendimento;
- e) Atividade documental resguardada: segundo o Código de Ética Médica, “art. n° 11, “o médico deve manter sigilo das informações de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções...”. Trata-se de documento extremamente confidencial e sigiloso. Sigilo é segredo absoluto, ligado à ética, o qual não deve ser revelado nem veiculado em nenhuma hipótese. Há sigilo confessional, sigilo bancário, sigilo profissional. Pela Lei n° 10.406/02 – art. 229, ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato cujo respeito por estado ou profissão deva guardar segredo;

- f) Auditoria: torna persistentes a confiabilidade, fidelidade, veracidade e detalhamento das informações contidas nos impressos que compõem o prontuário, garantindo o faturamento das contas hospitalares;
- g) Aspectos legais: como elementos de prova, documentos únicos e originais da assistência prestada ao indivíduo, todos os impressos devem estar datados, assinados, e os registros dos procedimentos devem ser escritos de forma clara e completa por se tratar de instrumento de defesa legal junto à autoridade competente;
- h) Perícias médicas: assegura a credibilidade das informações registradas para cruzamento de dados das incidências patológicas em saúde ocupacional ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, os profissionais de saúde têm o dever técnico e legal de registrar nos formulários e/ou impressos todas as circunstâncias que envolvem o atendimento ao paciente, incluindo identificação, sintomas, reações, horários, procedimentos cirúrgicos realizados, revelando com precisão as condutas adotadas, dose de medicação, etc., em obediência à ética médica, à bioética, às resoluções do Conselho Federal de Medicina e aos códigos do consumidor, civil e penal.

À luz dessas reflexões surge o questionamento: falta conhecimento ou esclarecimento aos profissionais da saúde sobre a importância jurídica, quanto aos registros nos formulários e /ou impressos? Preenchimento deficiente, fora dos padrões e orientações das resoluções do CFM, inviabiliza posterior aproveitamento das informações, o que obriga os profissionais de saúde a contornar esse problema através da realização de inquéritos especiais, muito mais demorados e dispendiosos, de abrangência menor e com dados pouco consistentes.

É importante reafirmar que prontuários mal elaborados dificultam todos os processos e eventos que envolvem esse documento de fundamental importância para a saúde do paciente, que merece respeito, cuidado e atenção às informações a ele pertinentes colhidas pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ANGHER, Anne Joyce (Org.). Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. In: ___ *Vade-mécum universitário de direito*. 4. ed. São Paulo: Rideel, 2008. p.224-403.

ANGHER, Anne Joyce (Org.). Código do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. In: ___ *Vade-mécum universitário de direito*. 4. ed. São Paulo: Rideel, 2008. p.715-729.

- ANGHER, Anne Joyce (Org.). Código Penal; Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. In: __ *Vade-mécum universitário de direito*. 4. ed. São Paulo: Rideel, 2008. p.534-615.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa*, promulgada em 5 de outubro de 1988. 14. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1996. p.6.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica*, Resolução nº1246/88. 6. ed. Brasília: CFM, 2001. 64p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n.º 1638/2002*. Brasília: CFM, 2002. 3p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resoluções normativas*: março de 1957 a dezembro de 2004. Brasília: CFM, 2005. p.156.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Pareceres 1998-2003*. Brasília: CFM, 2004. p.241-242.
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. *Legislação arquivista brasileira*. Rio de Janeiro: CONARQ, 2007. 91p.
- FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: __ *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. p.269 – 284.
- PRESTES JR., Luiz Carlos L.; RANGEL, Mary. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do coloproctologista. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 27, n. 2, p.154-157. 2007.
- VERAS, Cláudia Maria T., MARTINS, Mônica S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul-set, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> . Acesso em: 02 out. 2008.

Jucélia de Oliveira Santos

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em produção editorial pela Ucsal - Fundesp e em arquivologia e novas tecnologias documentais pela Uneb. Coordenadora do serviço de biblioteca do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos.

COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: considerações iniciais

Luciene Jesus de Brito

lucytabrito@yahoo.com.br

Joseane Oliveira

joliveufba@yahoo.com.br

Patrícia Fernandes

patricia.fernandes@egba.ba.gov.br

Sany Santana

sanyasantana@yahoo.com.br

Nos próximos 20 anos, companhias, governo e indivíduos enfrentarão crescentes dificuldades em um ambiente igualmente complexo. (...) nós teremos, também, um enorme potencial positivo, incluindo tecnologia, melhorias nas comunicações, disponibilidade de capital e um aumento fenomenal na quantidade e disponibilidade de informação (...)

(OPEN HORIZONS, apud MARCHIORI, 2002)

INTRODUÇÃO

A partir da década de 70, a informação passa a ser vista como um produto comercializável, além de um bem social. Desta forma, a pesquisa em ciência da informação leva ao desenvolvimento de técnicas e tecnologias que permitem organizar a informação de modo a ampliar o poder intelectual do homem.

A facilidade de reprodução mecânica dos documentos, possibilitada a partir da imprensa, permite rapidez na disseminação e amplia a democratização do acesso à informação. Isso traz, como consequência, maior velocidade das mudanças na sociedade como um todo (SILVA; VILLALOBOS, 2003, p. 141)

Atualmente o mundo vem sofrendo mudanças profundas e irreversíveis, muitas delas impulsionadas pelas tecnologias, e mais especificamente, as novas tecnologias da informação e da comunicação – NTICs.

Novos mercados profissionais surgem, e se antes as atividades do profissional da informação podiam ficar restritas aos limites físicos de um centro de informação – bibliotecas e arquivos agora, com o uso difundido das novas tecnologias da informação e da comunicação, transpõem barreiras físicas e institucionais.

O progresso tecnológico atua como facilitador no processo da comunicação. Hoje é possível processar, armazenar, recuperar e comunicar informação em qualquer formato sem a intervenção de fatores tais como a distância, o tempo e o tamanho da informação. No atual ambiente de mudanças, informação é vital. Muito mais importante é a qualidade da informação. Pode-se perceber que não se trata apenas de uma questão de “força bruta”, isto é, do poder de processamento e sofisticação de *software* e *hardware*. Trata-se de uma questão de “inteligência”, ou seja, da habilidade para transformar a imensa massa de dados operacionais em informações consistentes que agreguem valor.

Na perspectiva do trabalho na sociedade do conhecimento, a criatividade e a disposição para capacitação permanente serão requeridas e valorizadas. As tecnologias de informação e comunicação estão modificando as situações de trabalho, e as máquinas passaram a executar tarefas rotineiras em substituição aos seres humanos. Nesse ambiente de mudanças, a construção do conhecimento já não é mais produto unilateral de seres humanos isolados, mas de uma vasta colaboração cognitiva distribuída, da qual participam aprendizes humanos e sistemas cognitivos artificiais.

Constata-se, também, que esse é um processo sem possibilidade de reversão, no qual os seres humanos terão de alterar suas expectativas de emprego e modificar as suas relações com o trabalho.

A essência do trabalho dos profissionais da informação é a produção, organização e difusão do conhecimento e não apenas de dados ou informações. Por isso eles têm de saber como produzir, localizar, captar, selecionar, organizar, transformar e disponibilizar, pelos meios próprios, no tempo certo, a informação desejada. (JAMBEIRO, 2003, p. 179).

Este estudo ora apresentado tem a humilde pretensão de contribuir para o debate a respeito das competências do profissional da informação em saúde.

PROFISSIONAL DA INFORMAÇÃO: BIBLIOTECÁRIOS E ARQUIVISTAS

O campo técnico e pretensamente científico das denominadas ciências documentais está associado a uma tradição de estudo e de valorização de objetos portadores do potencial intelectual e artístico da humanidade. Dentre os diversos campos profissionais contemporâneos que mais têm sido afetados pelos avanços das tecnologias da computação e telecomunicações, se destacam aqueles cuja ênfase incide sobre a criação, processamento e disseminação da informação – biblioteconomia e arquivologia – que estão em grande evidência neste atual paradigma, impulsionando os profissionais a se qualificarem a fim de atender às novas exigências do perfil do profissional da informação.

As mudanças ocasionadas pela sociedade da informação baseada nas tecnologias, em destaque a telemática, exerceram profundos efeitos nos afazeres humanos. No ritmo em que novas profissões estão surgindo, as tradicionais têm se transformado rapidamente.

Segundo Marcondes (2006), a importância do instrumental de tecnologia da informação “forneceu a infra-estrutura para modificações, sem retorno, das relações da informação com seus usuários”.

Dessa forma, o profissional da informação atualmente se encontra numa posição entre o presente, o passado e o futuro, convivendo com práxis específicas de sua profissão e com a missão de se adaptar à realidade dos seus clientes (usuários), de acordo com suas necessidades informacionais não apenas no que se refere aos conteúdos, mas, também, ao suporte.

Assim a atividade produtiva começa a depender do conhecimento, pois este está sempre incorporado por uma pessoa, é transportado por uma pessoa e é criado, ampliado ou aperfeiçoado por pessoas. É aplicado, ensinado, transmitido, usado por elas, de forma positiva ou negativa, uma vez que a sociedade do conhecimento coloca a pessoa no centro. Isso requer a superação de desafios e levanta questões sobre a preparação da pessoa para atuar nesse novo paradigma de sociedade. O profissional da informação em especial deverá ser um sujeito criativo, crítico e pensante, que deve estar preparado para agir e se adaptar rapidamente às mudanças dessa nova sociedade, ou seja, esse profissional deve ser flexível às mudanças e competente para fazê-las quando necessário.

Parte-se do princípio de que a informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e, ao mesmo tempo, subsidiar o processo decisório na área de saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Para que ocorra o processo de análise clínica, é necessária a existência de centros de informação – bibliotecas e arquivos – bem organizados e atualizados, de fácil manuseio, onde rapidamente se encontre a memória das observações clínicas, o que vem facilitar o pensamento do médico quanto à tomada de decisões. Assim, esses centros de informação garantem a possibilidade de “estudo dos fenômenos mais frequentes, da ordem de suas relações mais frequentes, de suas sucessões no tempo e no espaço” (MORAES, 2002), devendo ser analisados de acordo com os princípios que os norteiam, ou seja, levando-se em conta toda a complexidade que os envolve. Constitui-se dessa forma o que Moraes (2002) denomina de rede de olhares, isto é, a participação de profissionais, não apenas os médicos, mas também os especialistas que irão produzir saberes específicos para identificar a melhor forma de tratar a informação coletada, armazená-la, fazendo-a fluir para os centros de agregação e totalização das observações. Nessa perspectiva urge a necessidade de profissionais da informação atuantes e cientes tanto do seu potencial de agregar habilidade à rede de especialistas em saúde, como também da sua responsabilidade social.

Como contribuição informacional, o registro na área da saúde é base para o desenvolvimento e bom desempenho do serviço oferecido ao cliente, como explicita Moraes (2002): “O registro informacional é incorporado como prática da clínica”. Nessa perspectiva podemos perceber que essas informações vão cada vez mais assumindo um importante e estratégico papel na estruturação da atenção à saúde.

O PROFISSIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os bibliotecários e os arquivistas são levados cada vez mais a participar ativamente do fluxo internacional de informações por meio da prestação de serviços a usuários virtuais que podem estar localizados em qualquer local do planeta.

Eles se beneficiam e utilizam serviços provenientes desse fluxo internacional. É essencial que eles sejam formados no sentido de compartilhar serviços, colaborando, dessa forma, com um sistema global de informações. Seu fazer é, portanto, essencialmente um fazer de troca, de pôr à disposição informações a partir de um contexto local – o da instituição e da unidade de informação – para um contexto planetário e deste para o individual.

Nessa sociedade onde a utilização eficaz da informação e do conhecimento tornou-se fundamental, a competência desses profissionais tem sido submetida à pressão de novas formas de demanda, consequência da necessidade de as pessoas e as instituições operarem de forma mais eficaz em termos de tomada de decisão, de inovação e de aquisição de conhecimento.

Além disso, parece fundamental que a formação desses profissionais que lidam basicamente com informação e conhecimento, leve-os a adquirir consciência de sua importância. Assim lancemos o olhar ao novo modelo de educação capaz de atender às exigências do mercado no que tange a uma educação que enfatize:

1 – o aprender a conhecer, destacando o prazer da compreensão, do conhecimento e da descoberta. Com isso, exercita-se a atenção, o pensamento e a memória; 2 – o aprender a fazer, visto que a educação tem a obrigação de associar conhecimentos teóricos à prática; 3 – o aprender a viver convivendo, o que valoriza a interdependência no mundo moderno e a importância das relações; 4 – o aprender a ser, pois atualmente o mundo exige de cada um de nós uma grande capacidade de autonomia e postura ética. É preciso ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo. (MORIN *apud* SILVA, 2003)

Em termos práticos, essas atividades estariam centradas em algumas linhas de ação, tais como:

- *Gerenciar unidades e sistemas de informação*: o profissional em contexto administrativo está diretamente envolvido com o ambiente informativo, dando coesão e coerência. A visão do bibliotecário, que antes era a de um técnico no sentido restrito, hoje se impõe à visão do *manager*, racionalizando procedimentos, indo em busca de recursos, estabelecendo parcerias e integrando sua unidade de informação a sistemas mais amplos;
- *Tratamento da informação*: o que, em linhas gerais, podemos definir como reunir e organizar para encontrar. A descrição física, análise temática, indexação estão aqui presentes.

A multiplicidade de suportes e de uso passou a exigir um profissional com maior amplitude de conhecimentos, pondo em questão os rigorosos limites profissionais na área de informação de outrora. A intelectualidade é um dos valores emergentes, que devem ser levados em consideração na educação e formação desse profissional.

O papel mais importante do bibliotecário no século XXI parece ser ainda o de gerenciador da informação. A importância dessa tarefa pode ser assim colocada: o grande problema deste século é a superabundância de informação.

Os computadores e os sistemas inteligentes de processamento de dados podem até assumir parte dessa tarefa. No entanto, a organização e a manipulação de toda essa informação requer instruções, e aqui é que o bibliotecário poderá contribuir. Tal tarefa influenciará diretamente a vida de todas as pessoas e irá requerer competências de cunho educativo, intelectual, social e tecnológico.

A informação e o conhecimento são recursos intangíveis, não-materiais e, portanto, não-esgotáveis. Seu consumo não os destrói, assim como seu descarte geralmente não deixa vestígios físicos. Cedê-los (mediante venda, por exemplo) não faz com que sejam perdidos.

As novas formas de pagamento desses serviços, por não envolverem trocas físicas diretas, são em muitos casos imperceptíveis, até mesmo para grande parte dos indivíduos que os consomem. Alguns serviços disponibilizados pela Internet (muitos dos quais anunciados como grátis) já vêm utilizando forma semelhante de cobrança, podendo-se prever o possível alargamento e maior sofisticação deste meio de pagamento paralelamente à difusão do novo paradigma das tecnologias da informação e comunicação.

Informação e conhecimento, ao assumir papel ainda mais importante e estratégico na nova ordem econômica estabelecida, transformam-se em fontes de maior produtividade e de crescimento econômico, uma vez que o conhecimento atualmente é um dos principais fatores de superação de desigualdades, de agregação de valor, criação de empregos qualificados e de propagação do bem – estar.

É indispensável ao profissional da área de informação a atualização constante. Outro fator é a disseminação do conhecimento de forma eficiente e eficaz. Para tanto, há especificidades, a exemplo do profissional que atua em saúde. Este, por sua vez, deve estar apto a atender às necessidades dos clientes, ou seja, avaliar, organizar, proteger, validar e dar acesso às informações, como explicita Terra (2001): “As habilidades do trabalhador atual, conhecido como operário do conhecimento, são exatamente as mesmas exigidas pelo profissional da informação: acesso efetivo à informação, avaliação e validação da informação”.

As exigências para atuação do profissional da informação no âmbito da saúde perpassam, dentre outras, pelas seguintes habilidades/competências:

- educação continuada;
- dominar a terminologia inerente à área;
- identificar redes de informação e comunicação;
- dominar outros idiomas;
- interdisciplinaridade;
- utilizar novas ferramentas tecnológicas.

Além de desenvolver a consciência dos estudantes e profissionais da informação quanto às exigências do novo paradigma da sociedade da informação e do conhecimento é, sobretudo, necessário que “tais profissionais devam atender às necessidades já existentes e, sobretudo, criar novas, a partir do exercício pleno de sua criatividade, espírito inovador e vocação para identificar, formular e solucionar problemas”. (JAMBEIRO, 2003, p.178).

Deve-se atentar para o conceito de informação, pois é interdisciplinar e amplo. Além de se constituir objeto de estudos de cientistas da informação e especialistas de áreas diversas, a informação é também utilizada para tomada de decisões, como diz Silva e outros. (1999, p. 24):

Várias têm sido as definições propostas para o termo *informação*. Delas ressaltam diversas ideias como, por exemplo, a de que a informação é quase sinônimo de facto; é algo que se pode utilizar e de que, muitas vezes, se necessita; é a matéria-prima de que deriva o conhecimento; pode ser trocada com o mundo exterior e não simplesmente recebida; exerce efeito sobre o receptor; é utilizada em momentos de tomada de decisões, como um recurso importante; pode ser registrada sobre diferentes suportes; etc.

Cabe ao profissional da informação classificá-la, ordená-la, preservando-a. Assim será facilitado o seu acesso e disponibilização. Isso é também função dos sistemas e serviços relacionados ao tratamento da informação. Silva e outros (1999, p. 25) observa ainda: “Adquirir, armazenar e recuperar informação são, em *stricto sensu*, as três funções fundamentais dos sistemas e serviços relacionados com o tratamento da informação, designadamente as bibliotecas, centros de documentação ou serviços de informação e os arquivos”.

Nessa perspectiva, podemos visualizar a demanda do novo formato de sociedade, em que a “preparação e participação de profissionais com perfis diferenciados são exigidas com o objetivo de obter a preservação, coleta, tratamento, recuperação e disseminação de informações. Há um leque de profissões convergentes nessa área e uma associação entre elas seria vantajosa para toda a sociedade”. (BORGES, 2004, p. 63)

Assim, destacamos alguns campos de atuação do profissional da informação na área da saúde:

- Centros de saúde;
- Centros de pesquisa;
- Clínicas médicas;
- Clínicas especializadas;
- Hospitais;
- Laboratórios de análises clínicas;
- Laboratórios farmacêuticos e universidades, dentre outras possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação ao profissional da informação, é indispensável priorizar sua atualização contínua, advinda das próprias entidades ou instituições formadoras. Ele precisa aprender a lidar mais com processos que com técnicas, pois a questão enfatizada é mais o trabalho com o fluxo e consumo de informação do que o trabalho de estocá-la. Deve destacar o desenvolvimento das funções específicas identificadas, voltadas para a prática da gestão da informação e do conhecimento, para atuar em mercado emergente, no qual as tendências e aspectos gerenciais (negócios, finanças, *marketing* e relações públicas) possam ser combinados com o desenvolvimento e ampliação dos conhecimentos técnicos da área.

Os arquivistas e bibliotecários, profissionais que privilegiam a informação no seu fazer cotidiano, têm um papel importante a cumprir na sociedade do conhecimento. Inculcar a consciência da importância desse papel, juntamente com princípios de ética, solidariedade, capacidade crítica e de questionamento, pode fazer o diferencial necessário na construção de uma sociedade mais justa e equilibrada. A área de informação em saúde é uma das que mais crescem. Consequentemente, ela exige novas necessidades de competências profissionais. É, portanto, um campo que emprega muitos profissionais com formação superior

e avançada, determinando assim uma melhoria quantitativa e qualitativa do emprego em nível global nessa especialidade.

De acordo com o exposto, são inevitáveis algumas indagações quanto ao perfil do profissional da informação que trabalha na área de saúde:

Urge a criação de uma disciplina que contemple o desenvolvimento dessas competências?

Será pertinente a criação de um curso *lato sensu* que alavanque de forma sistemática um roteiro de procedimentos para a execução de atividades na área de saúde?

Será mais uma característica no perfil do profissional da informação assumir as novas tecnologias da informação e comunicação?

É este o momento de as instituições formadoras do profissional da informação reverem suas matrizes curriculares?

REFERÊNCIAS

BERAQUET, Vera S.M. *et al.* Desenvolvimento do profissional da informação para atuar em saúde: identificação de competências. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, v. 3, n. 2, p. 1-16, jan./jun. 2006.

BORGES, Maria Alice Guimarães. O profissional da informação: somatório de formações, competências e habilidades. In: BAPTISTA, Sofia Galvão; MUELLER, Suzana Pinheiro Machado. (Org.). **Profissional da informação: espaço de trabalho**. Brasília: Thesaurus, 2004. (Estudos avançados em ciência da informação, v. 3)

FERREIRA, Danielle Thiago. Profissional da informação: perfil de habilidades demandadas pelo mercado de trabalho. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n.1, p. 42-49. abr/2003.

JAMBEIRO, Othon. Informatas ou infogestores: nova ordem mundial, novas tecnologias e novos profissionais de informação. In: JAMBEIRO, Othon; GOMES, Henriette Ferreira; LUBISCO, Nídia M.L. (Org.). **Informação: contextos e desafios**. Instituto de Ciência da Informação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Salvador: EDUFBA, 2003.

MARCHIORI, Patrícia Zeni. A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31 n. 2. maio/ago. 2002.

MORAES, Ilara Hämmerli S. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

SILVA, Armando Malheiros da et al. **Arquivística: teoria e prática de uma ciência da informação**. Porto: Afrontamento, 1999.

SILVA, Helena Pereira da; VILLALOBOS, Ana Paula de Oliveira. Abordagem panorâmica da sociedade pós-industrial: uma proposta de conscientização necessária para alunos de ciência

da informação. In: JAMBEIRO, Othon; GOMES, Henriette Ferreira; LUBISCO, Nídia M.L. (Org.). **Informação: contexto e desafios**. Salvador: Instituto de Ciência da Informação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Salvador: EDUFBA, 2003.

Sany Santana Sena

Graduanda do curso de arquivologia do ICI - Ufba. Bolsista do Programa Permanecer, Ufba.

Patrícia Fernandes

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em metodologia do trabalho científico e formação do profissional-pesquisador. Chefe da seção de documentação e arquivo da Empresa Gráfica da Bahia.

Joseane Oliveira

Graduada em arquivologia pela UFBA. Arquivista de nível superior UFSE. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

Luciene Brito

Graduada em arquivologia pela UFBA. Desenvolve projetos, consultorias e auditorias em organização de arquivos correntes e permanentes. Atendimento a Auditoria e Consultoria. Integrante do Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas), da Ufba.

POSSIBILIDADES E CONTRIBUIÇÕES DO
LÚDICO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO
SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE:
Escola Municipal Elza Rogério, Muriaé-MG

Maria Aparecida Alves de Oliveira

bvservicos2@gmail.com

Leiva Nunes

lnunes@ufv.br

INTRODUÇÃO

A educação fundamental tem um forte componente a seu favor: o lúdico. Jogos e brincadeiras, desde que utilizados adequadamente, podem contribuir efetivamente para o processo de aprendizagem das crianças.

A Lei Federal 9.795, de 27 de abril de 1999, tornou obrigatória a educação ambiental (EA) no ensino fundamental e definiu os princípios básicos que deverão nortear o processo pedagógico: o enfoque humanista, holístico, democrático e participativo, a abordagem articulada das questões ambientais, o pluralismo de idéias, a permanente avaliação crítica do processo, a vinculação entre ética, educação, trabalho e práticas sociais.

A superação do modelo tradicional de ensino-aprendizagem por uma modalidade de caráter ativo de construção de conhecimentos foi definida pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), que definem o meio ambiente e a saúde como temas transversais. Os temas transversais saúde e meio ambiente

devem oferecer instrumentos para que os alunos possam tomar posição diante da questão ambiental, desenvolver valores, atitudes e posturas éticas (BRASIL, 1997).

Jogos e brincadeiras podem ser utilizados, auxiliando e oferecendo às crianças situações de aprendizagem e construção de seu conhecimento, preparando-os para a vida adulta por intermédio de uma proposta lúdica de trabalho.

Nesse contexto, o presente estudo analisou a importância de atividades lúdicas na aprendizagem de alunos do ensino fundamental da Escola Pública Municipal Elza Rogério, no município de Muriaé, Zona da Mata Mineira, e avaliou jogos e brincadeiras, direcionados principalmente para as questões do meio ambiente e sua relação com a saúde. Para isso, foi elaborado e aplicado pelas pesquisadoras o projeto Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente: o Lúdico na Educação Ambiental, em turmas de 4ª série do ensino fundamental, utilizando dois filmes, oficina de desenho livre e jogo educativo, além de jogo de memória (jogo de cartas).

A opção pela 4ª série ocorreu pela intenção de dar oportunidade aos alunos de vivenciarem a prática pedagógica proposta antes de eles concluírem o primeiro ciclo do ensino fundamental. Analisando o projeto pedagógico da Escola Municipal Elza Rogério, observou-se que ele não contemplava uma proposta de utilização de recursos pedagógicos lúdicos para o trato dos temas transversais saúde e meio ambiente no ensino-aprendizagem de crianças matriculadas na 4ª série do ensino fundamental.

Justifica-se a presente pesquisa pela necessidade da transversalidade do tema saúde e meio ambiente durante todo o processo ensino-aprendizagem, independentemente do conteúdo da disciplina a ser ministrada e, principalmente, pela necessidade de identificar como é socialmente percebida a educação ambiental e a sua relação com a saúde.

Saúde e meio ambiente são considerados temas que devem ser trabalhados nos conteúdos curriculares. Na escola, a abordagem percorre o método tradicional de aprendizagem: professores explanando conceitos e os alunos escrevendo e “decorando”, como depositários desse conhecimento, muitas vezes alienado de sua vida social, que acontece do lado de fora.

Essas considerações apontam para uma escola conservadora, que fragmenta o conhecimento e verticaliza as relações educacionais. Os alunos estão naquele local para aprender e os professores para ensinar.

À escola cabe também desenvolver e estimular a consciência crítica em detrimento da consciência ingênua. Orgulhar-se do local em que habitam e onde a natureza exprime a sua exuberância, é uma forma de promover atitude de acolhimento, de cuidado com o local onde os alunos estão vinculados. Como, por

exemplo, o rio Muriaé, que corta a cidade e que dá nome ao município. Esse rio não pode ser considerado apenas um elemento que passa na cidade, serpenteando-a com suas águas, mas um elemento essencial à vida dessa cidade.

As consequências decorrentes das enchentes do rio Muriaé, para o meio ambiente e para a saúde da população, já fazem parte da história do município. Em 2006 e 2007 elas foram reincidentes e com maiores repercussões sociais e econômicas, também para as demais cidades vizinhas que recebem as águas desse rio.

Movidas por esse estímulo, as pesquisadoras se propuseram a este desafio: a inclusão de temas ambientais e de saúde nas salas de aula do ensino fundamental, visando à abordagem de temas que permeiam a realidade dessa população e afetam diretamente a todos os moradores do município, a exemplo da dengue. A dengue, doença infecciosa causada por um vírus, é um dos problemas de saúde com acentuados índices de ocorrência nos períodos de chuva e agravados em 2007 pelas enchentes do rio Muriaé.

Trata-se de proposta com ênfase nos dois temas transversais, pautada em abordagem reflexiva sobre a relação meio ambiente-saúde e que favorece a formação de valores e atitudes, colocando a questão relativa à prevenção dos problemas em primeiro plano, em detrimento da centralização de estudos isolados dos problemas ambientais e de saúde.

Acredita-se, também, que a escola deve estar comprometida com os problemas ambientais e de saúde, com temas que contemplem e trabalhem para uma mudança do futuro de nosso meio ambiente através da ação do presente. Ela deve adotar um processo de mudança sem “abrir mão” de vivências prazerosas e com estratégias educativas lúdicas que possibilitem a educação ambiental para a qualidade de vida atual e de gerações futuras.

As questões discutidas foram: A utilização de recursos lúdicos na prática pedagógica é capaz de influenciar na percepção do meio ambiente? De fato, é possível uma educação a partir do lúdico na construção do conhecimento de crianças sobre questões referentes ao meio ambiente e sua relação com a saúde? Que jogos podem ajudar na formação das crianças relacionando meio ambiente e saúde?

De acordo com os pressupostos supracitados, este trabalho está assim estruturado: inicialmente discute-se o jogo no contexto escolar, a partir de uma revisão sistemática do tema, com o objetivo de conceituá-lo; o lúdico na aprendizagem; a educação transdisciplinar e os PCNs e, ainda, exemplos de experiências de educadores no ensino fundamental. Em seguida veem-se os conceitos de EA e os temas transversais saúde e meio ambiente. Os resultados sintetizam as práticas e percepções dos professores e as percepções dos alunos sobre a relação entre saúde e

meio ambiente antes da aplicação de atividades utilizando a proposta lúdica e a proposta tradicional de ensino; descrição das propostas lúdica e tradicional; e análise da percepção dos temas por parte dos alunos, após aplicação de cada método.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Caracterizar a relevância da utilização de recursos lúdicos na percepção do meio ambiente e sua relação com a saúde no processo ensino-aprendizagem de alunos de 4ª série do Ensino Fundamental da Escola Municipal Elza Rogério.

Objetivos Específicos

- Descrever a percepção dos professores dos temas de saúde e ambientais e a maneira como são abordados em sala de aula;
- Descrever a percepção dos alunos dos temas ambientais e de saúde antes e após a aplicação dos métodos de ensino tradicional e lúdico;
- Avaliar a aplicabilidade do projeto de educação ambiental denominado Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente: o Lúdico na Educação Ambiental (proposta lúdica), no desenvolvimento dos temas transversais meio ambiente e saúde;
- Analisar os resultados da proposta lúdica, projeto Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente: o Lúdico na Educação Ambiental, e da proposta tradicional, aplicada em sala de aula pela professora de ciências da Escola Municipal Elza Rogério;
- Comparar a proposta lúdica com a proposta tradicional no desenvolvimento dos temas propostos.

CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Caracterização do município de Muriaé - MG

A informação é necessária para a conscientização da população quanto aos direitos e deveres que tem. Orienta para a identificação de problemas e sua solução com possíveis adequações. Na área da saúde não é diferente. Todo o estoque de informação que o indivíduo possui, todo o acesso aos conteúdos e toda a assi-

milação de informação sobre problemas tornam as pessoas capazes de entender as condições em que vivem e como fazer para modificá-las.

A informação sobre saúde, quando bem assimilada, torna-se bem-estar não somente para um indivíduo, mas também para toda uma população. Promove um desenvolvimento sustentável, oriundo das necessidades pessoais de cada um, e contribui para a compreensão de vários elementos humanos, sociais e naturais.

Espera-se, então, com esta pesquisa identificar nas crianças a participação efetiva nas informações sobre a saúde, favorecendo e contribuindo para a atuação delas na sociedade. Pretende-se, ainda, verificar a participação e o entendimento da escola na prática dessa gestão e favorecer a formação de elementos humanos.

O município de Muriaé limita-se ao norte com Ervália, Miradouro e Vieiras; ao sul, com Cataguases, Laranjal e Palmas; a oeste, com Miraiá; e a leste, com Eugenópolis, Patrocínio do Muriaé e Barão de Monte Alto. A sede do município fica situada num vale estreito entre o rio e os morros que a circundam. A cidade está localizada à margem direita do rio Muriaé.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) e estimativa da Secretaria Municipal de Administração de Muriaé (2006), o município abriga hoje uma população de 100.063 habitantes. A base econômica predominante é a agricultura e lavoura cafeeira, o comércio e revenda de automóveis, transportes de cargas, confecções de vestuários e lojas de varejos diversos.

No que se refere à educação, o município conta com a rede estadual, municipal e particular, com creches e pré-escolas, escolas de ensino fundamental, médio e três instituições particulares de ensino superior. Segundo a Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais - Diretoria de Produção e Difusão de Informações Educacionais, dados de 2003, o município dispõe de um total de 86 escolas. A rede escolar pública municipal totaliza 48 escolas, enquanto a rede pública estadual possui 27 escolas. Totalizam-se 25.771 crianças, jovens e adultos matriculados nas escolas das redes, municipal, estadual e privada.

Local de coleta de dados: a Escola Municipal Elza Rogério

A presente pesquisa foi realizada na Escola Municipal Elza Rogério. A escolha se baseou no perfil da escola, sediada em bairro periférico (Gaspar), com uma comunidade de baixa renda, e na acolhida da direção escolar, sempre aberta para projetos educacionais e sociais, a exemplo dos já desenvolvidos em parceria com a Faculdade de Minas (Faminas). É local de atuação profissional de uma das autoras.

No ano de 2006 foram matriculados 240 alunos de 1ª a 4ª série, contando com 14 professores, e 205 alunos de 5ª a 8ª série, com 11 professores, totalizando 445 alunos e 24 professores.

Gaspar é um bairro da zona urbana de Muriaé, localizado às margens da Rodovia BR 116 – Rio-Bahia, com acesso pavimentado. A escola, segundo informações da orientadora pedagógica e a diretora, atende a um público de baixa renda, com média de quatro a cinco filhos por família. É oferecida às famílias uma creche anexa à escola.

De acordo com o Consolidado das Famílias Cadastradas do ano de 2007 do Modelo Programa de Saúde da Família - PSF (Sistema de Informação de Atenção Básica, Siab/Datasus, 2007), o bairro Gaspar possui coleta diária de lixo na parte baixa e em dias alternados na parte alta. Conta com rede de esgoto (99,22%) e possui água encanada em 85%.

A dengue e as condições de saúde no Brasil e em Muriaé

Os relatórios do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC), da ONU, alertam para a possibilidade do aumento de doenças em todo o mundo. Segundo o coordenador do grupo de saúde do IPCC, Ulisses Confalonieri, o aumento das temperaturas pode causar ondas de calor, tempestades e redistribuição de doenças como dengue, malária e febre amarela. E afirma: “As altas temperaturas podem agilizar o ciclo de reprodução desses vetores. Eles podem migrar de uma região para outra e aumentar os casos das doenças se houver condições ambientais para isso”. De acordo com o Instituto de Pesquisas da Amazônia, o aumento da temperatura pode diminuir o tempo de desenvolvimento dos mosquitos, o que torna maiores as chances de aumento da população de insetos (MIRANDA, 2007).

As notificações de dengue registradas pela vigilância sanitária a partir de novembro de 2006, situação agravada pelas enchentes do rio Muriaé no período de chuvas, foi o motivo da ênfase dada à doença pelo programa de Educação Ambiental elaborado pela pesquisadora em 2006.

Em 2007 as doenças com maior incidência notificadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé foram a dengue, o sarampo e a rubéola. No caso da dengue, de janeiro a maio de 2007 foram notificados 676 casos, com 235 confirmados. Nesse mesmo período, 18 casos foram registrados e confirmados, oriundos do bairro Gaspar.

Um dos problemas no Município de Muriaé são as enchentes, fator que agrava as condições de saúde da população. Nos últimos anos o volume de água

do rio Muriaé subiu e inundou vários bairros da cidade, resultado das chuvas de janeiro. Em 2007, com o rompimento de duas barragens da mineradora Rio Pomba Cataguases, a água ficou com resíduos de bauxita e muita lama, trazendo graves consequências ambientais, econômicas e de saúde para a população.

A saúde e o meio ambiente fazem parte dos temas transversais e devem ser contemplados e abordados na escola de ensino fundamental, segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais. Saúde considerada como consequência das condições de vida dos cidadãos inclui a educação, o acesso a serviços sanitários, meio ambiente, alimentação, habitação, emprego, e outros.

O investimento no pequeno cidadão poderá minorar e promover uma mudança significativa para a qualidade de vida atual e de gerações futuras. É na escola onde temos a perfeita parceria para a educação do povo.

Cabe ao educador promover a transversalidade dos temas saúde e meio ambiente em sala de aula, numa construção do conhecimento que solucione as questões de saúde.

O JOGO NO CONTEXTO ESCOLAR

Desde a antiguidade, já se percebia a importância do brincar no desenvolvimento do ser humano. Esse fato pode ser verificado em Aristóteles, ao classificar o homem em vários aspectos e dividi-lo em: *Homo sapiens* (o que conhece e aprende), *homo faber* (o que faz, produz) e o *homo ludens* (o que brinca, o que cria).

Huizinga (2004, p. 11-15), em seu livro *Homo ludens*, descreve o jogo como uma categoria absolutamente primária da vida, tão essencial quanto o raciocínio (*homo sapiens*) e a fabricação dos objetos (*homo faber*). Segundo ele, “a criança joga e brinca dentro da mais perfeita seriedade, que a justo título podemos considerar sagrado; o jogo faz parte do crescimento e do desenvolvimento humano tornando-se inerente ao indivíduo”.

Kishimoto (1996) afirma que “os jogos e os brinquedos fazem parte da vida da criança visto que elas vivem em um mundo de fantasias, de sonhos e de sedução, confundindo a realidade com o faz-de-conta, independente da época, cultura e classe social”.

O lúdico, “referente a, ou que tem o caráter de jogos, brinquedos e divertimentos” (FERREIRA, 2001, p. 402), tem sido uma constante no desenvolvimento do ser humano, pois é através de brincadeiras de imitação e jogos cada vez mais complexos que a criança assimila a realidade ao seu redor e desenvolve-se física, social e mentalmente.

Trazendo a realidade da utilização do jogo no contexto escolar, tem-se hoje, diante das mudanças impingidas na sociedade global, as mesmas contradições existentes em todas as áreas da ciência, da tecnologia, da informação e assim por diante. A escola está inserida no contexto global da sociedade moderna e, por isso, busca, com os mecanismos disponíveis, vencer todos os desafios que aparecem diariamente.

A escola em estudo, Escola Municipal Elza Rogério, não dispõe de espaço físico adequado. As salas estão contíguas ao pátio destinado ao intervalo de aulas e ao momento do lanche. Inexiste biblioteca escolar. O material didático é fornecido pela prefeitura para ser trabalhado e utilizado com fins de avaliação no final de cada semestre. A equipe docente tem mais de cinco anos de magistério e todos os seus componentes trabalham em outras instituições educacionais nos demais turnos. A possibilidade de cursos de qualificação fica restrita a períodos de férias dos docentes.

As atividades extraclasse são viabilizadas por contribuições espontâneas em palestras e parcerias concretizadas, atualmente, com faculdades que utilizam esse espaço para o desenvolvimento de atividades práticas educativas destinadas aos alunos de cursos de terapia ocupacional, pedagogia e educação física.

Sendo assim, entende-se que, apesar das dificuldades ou da falta de materiais, a aplicação e utilização do lúdico nas escolas públicas pode ser um instrumento de ensino-aprendizagem bastante eficiente como forma de resgatar o prazer de ensinar, pelos professores, e o prazer de aprender, pelos alunos. Isso porque o lúdico possibilita ampliar o universo dinâmico e reflexivo capaz de atingir as necessidades do educando, uma vez que, historicamente, no contexto da educação é imposta a busca de novas técnicas e práticas pedagógicas eficientes como forma facilitadora no processo da aprendizagem.

Segundo Pires (*apud* SANTOS, 2000, p. 45), os jogos tornam a aula bem mais atraente, devolve ao professor seu papel como agente construtor do crescimento do aluno, elimina o desinteresse e, portanto, a indisciplina, devolvendo à escola a sua função de agência responsável por pessoas mais completas.

Alguns estudiosos como Brenelli (1996, p. 39), ao considerar as práticas educativas através do uso de recursos lúdicos, entendem que os jogos são novos meios de alcançar novos resultados através da interação com o mundo da ficção, das brincadeiras.

Aspectos cognitivos do jogo, segundo Vygotski

O pensamento de Vygotski (2001) nos será útil para entender como se dá o processo de aprendizagem das crianças num ambiente escolar em que a utilização

de jogos seja estimulada. Sobre jogos na infância, ele traz contribuições ao estabelecer uma estreita relação entre jogo e aprendizagem, a exemplo do que afirma:

[...] o ensino sistemático não é o único fator responsável por alargar horizontes na zona de desenvolvimento proximal. Ele considera o brincar uma importante fonte de promoção de desenvolvimento e que, apesar do brincar não ser o aspecto predominante da infância, ele exerce uma enorme influência no desenvolvimento infantil (VYGOTSKI *apud* REGO, 2000, p.80).

Acredita-se que para trabalhar com os jogos em todas as suas dimensões, tanto cognitivas quanto afetivas, é preciso traçar e definir os objetivos a serem alcançados para a atividade não ficar sem significado dentro da sala de aula.

Dessa forma, a educação escolar passa a ser interligada com a apropriação de conhecimentos, o quê, seguramente, resulta em processos de aprendizagem e desenvolvimento da criança. Assim, ao se trabalhar com os aspectos afetivos que norteiam o processo de aprendizagem, pode-se buscar o sucesso escolar através de atividades que têm significado.

Comparada com a situação escolar, a situação do jogo parece pouco estruturada e sem uma função explícita na promoção de processos de desenvolvimento, mas, segundo Vygotski, o jogo é essencial como recurso pedagógico, pois, no brincar, a criança articula teoria e prática, formula hipóteses e experiências, tornando a aprendizagem atrativa e interessante.

A aprendizagem é “um aspecto necessário e universal do processo de desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas e especificamente humanas” (VYGOTSKI, 2001, p.65). Em outras palavras, pode-se dizer que existe um processo para o desenvolvimento intelectual dos alunos. Em linhas gerais, nele a aprendizagem que possibilita o desenvolvimento desperta o aluno para novas descobertas. A escola desempenha papel de fundamental importância nesse processo de aprendizagem. Para tanto, o aluno deve ser levado, impulsionado, motivado, pois sozinho jamais conseguirá se desenvolver. Assim, a principal implicação dos princípios teóricos de Vygotski é a de que o conhecimento é construído de forma coletiva. Para Vygotski, o aluno não é somente ativo, mas também interativo.

O lúdico na aprendizagem

De acordo com Kishimoto (1996), aliar as atividades lúdicas ao processo de ensino e aprendizagem pode ser de grande importância para o desenvolvimen-

to do aluno. Um exemplo de atividade que desperta o interesse do aluno é o jogo, ponderando que:

O jogo, como promotor de aprendizagem e do desenvolvimento, passa a ser considerado nas práticas escolares como importante aliado para o ensino, já que colocar o aluno diante de situações lúdicas como o jogo pode ser uma boa estratégia para aproximá-lo dos conteúdos culturais a serem vinculados na escola (KISHIMOTO, 1996, p.13).

Tal afirmação nos leva a crer que o jogo para criança é, antes de tudo, uma brincadeira, mas é, também, uma atividade séria, na qual o faz-de-conta, as estruturas ilusórias e a alegria têm uma importância considerável. Durante os jogos, a criança experimenta um sentimento de grande prazer ante o descobrimento do novo e de suas possibilidades de invenção. Os jogos passam a ter significados positivos e de grande utilidade quando o professor proporciona um trabalho coletivo, de cooperação, de comunicação e socialização.

As brincadeiras são importantes nas atividades infantis, podendo ser vistas não apenas como prazer, mas também como meio através do qual a criança se desenvolve social, emocional e intelectualmente.

Segundo Almeida (1990, p. 11), o jogo contribui para a melhoria do ensino, para a qualificação e também para a formação crítica do educando. Além disso, essa perspectiva cria possibilidades de diminuir a evasão escolar, haja vista que as práticas lúdicas geram situações de harmonia no ambiente escolar. E ressalta, ainda, que “ninguém é mais livre nesse mundo do que aquele que consegue viver a alegria na liberdade, a liberdade na alegria e a liberdade e alegria no viver”.

Vygotski (1988, p. 45) afirma que, “se ignorarmos as necessidades das crianças, aquilo que efetivamente as incentive a agir, nunca seremos capazes de entender seus avanços de um estágio evolutivo para outro, porque cada avanço está ligado a uma mudança de motivos, inclinações e incentivos”.

Enfim, por meio da brincadeira e do jogo, a criança aprende a lidar com o mundo, formando sua personalidade, vivenciando sentimentos como amor e medo. No jogo, a criança se coloca em movimento num universo simbólico, projetando-se no mundo ao seu redor. Os jogos favorecem a alta expressão, desenvolvem a capacidade física, favorecem a aprendizagem, através do prazer.

Brincar na escola não é igual a brincar em casa ou em outros lugares. A brincadeira infantil é parte integrante da atividade educativa, explora os limites e

sua importância. E a ação do educador nas práticas pedagógicas torna-se rica e interativa. A vida da criança é feita de brincadeiras e aprendizado, fonte de conhecimento do mundo em que vive, de interação entre ela e o que a rodeia.

A educação transdisciplinar e os parâmetros curriculares nacionais

A palavra transdisciplinaridade surgiu na década de 1970, em trabalhos de pesquisadores como Jean Piaget, Edgar Morin, entre outros, que escreveram sobre a necessidade do diálogo entre os diferentes campos do saber. Atualmente, a transdisciplinaridade tem sido usada para representar a necessidade de transgredir fronteiras *entre* as disciplinas, indo além da pluri e da interdisciplinaridade. (BASARAB, 1999).

Os PCNs de 1ª a 4ª série (meio ambiente e saúde) indicam que o ensino da saúde tem sido um constante desafio quanto à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos da vida. Portanto, ao educar para a saúde, de forma contextualizada e sistemática, o professor e a comunidade estão contribuindo de maneira mais efetiva na formação de cidadãos aptos para atuar em favor de melhores níveis de saúde, pessoais e da coletividade (BRASIL, 1997).

Com o jogo, a criança se situa no mundo, aprende e conhece. Assim se estabelece uma união entre o lúdico e o pedagógico, o afetivo e o cognitivo. Para uma prática transversal engendrada no cotidiano do professor que leve os alunos a uma reflexão mais crítica e construtiva, pode ser a utilização de jogos, de atividades criativas e não usuais em sala de aula, desde que motivem e desenvolvam a criatividade dos alunos.

O MEC publicou o volume IX dos PCNs, sob o título Meio Ambiente e Saúde - Temas Transversais. A colocação dos temas como conteúdo a ser trabalhado pela educação formal desde as séries iniciais indica a importância que essa temática vem ganhando no Brasil. (BRASIL, 1997)

Meio ambiente e saúde - temas transversais

Os temas transversais dizem respeito à possibilidade de se estabelecerem novos paradigmas na prática educativa, uma relação entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados e as questões sociais da vida, importantes para o desenvolvimento individual e coletivo, bem como a forma de sistematizar esse trabalho. (BRASIL, 1997).

A principal função do trabalho com os temas meio ambiente e saúde é contribuir para a formação de cidadãos conscientes, aptos a decidir e atuar na realidade social de um modo comprometido com a vida, com o bem-estar de cada um e da sociedade, local e global.

Quando da elaboração dos PCNs, as áreas específicas apontaram a relação de seus conteúdos com o tema meio ambiente e saúde e algumas destacaram um bloco de conteúdos ou eixo temático que trata diretamente da relação sociedade-natureza, saúde ou vida e ambiente. (BRASIL, 1997, p. 17-38)

A escola pode optar por outros conteúdos, considerando os problemas ambientais mais próximos, como os da própria escola e os da comunidade. Fica a cargo das escolas e dos professores estabelecerem as dinâmicas na discussão dos conteúdos. É nesse sentido que o programa “Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente”, proposto pelas pesquisadoras, surge como um instrumento e aliado na formação do aluno.

De acordo com os PCNs (1997), espera-se que, com a conclusão do ensino fundamental, os alunos sejam capazes de:

- conhecer e compreender as noções básicas relacionadas à saúde e ao meio ambiente de forma integrada e sistêmica;
- adotar posturas construtivas, justas e ambientalmente sustentáveis;
- ter uma visão crítica dos fatos e situações, reconhecendo a necessidade e as oportunidades para garantir boa qualidade de vida e um meio ambiente saudável;
- perceber, nos fenômenos naturais, as relações que condicionam a vida no tempo e espaço e posicionar-se criticamente diante das condições de saúde e ambientais do seu meio;
- perceber, respeitar e valorizar a diversidade natural e sociocultural, em relação aos diferentes aspectos e formas do patrimônio natural, étnico e cultural;
- sentir-se como parte integrante da natureza, atuando criativa e responsabilmente em relação à saúde e ao meio ambiente.

No entanto, para se incluir o tema transversal nas atividades escolares é necessária a tomada de posição diante de um problema urgente da vida social, o que requer uma reflexão sobre o ensino e a aprendizagem de seus conteúdos: valores, procedimentos e concepções a eles relacionados.

METODOLOGIA

A presente pesquisa baseia-se numa estratégia metodológica com abordagem quali-quantitativa para a construção dos instrumentos de coleta e análise de dados. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), na abordagem qualitativa os atores a serem pesquisados são selecionados de forma proposital em função de algum atributo especial de interesse para a pesquisa, que busca investigar diferenças internas e comportamentos particulares.

As fontes primárias para esta pesquisa compreenderam visitas a campo, entrevistas e observações acerca da situação estudada, e as fontes secundárias, revisão de literatura em fontes acadêmicas e de divulgação, materiais bibliográficos diversos, estatísticas e mapas.

Na análise estatística utilizou-se o teste qui-quadrado, que objetiva verificar se a frequência absoluta observada de uma variável é significativamente diferente da distribuição da frequência absoluta esperada. Nessa análise estatística foi utilizado um nível de significância de 95%.

Em um universo de 92 alunos da 4^a. série do Ensino Fundamental, com faixa etária entre 10 e 12 anos, foi selecionada ao acaso uma amostra de 72 indivíduos. Essa população foi dividida em turmas A e B, de 36 alunos cada. A turma A participou das práticas convencionais de aprendizagem oferecidas na escola, e a turma B participou das dinâmicas propostas pelo projeto Escola Consciente: Saúde e Meio Ambiente. A escolha dessas turmas visou avaliar a percepção dos alunos sobre ambiente e saúde antes de completarem esse ciclo, pois nessa fase escolar eles já possuem as habilidades compatíveis com as atividades propostas.

Os instrumentos para coleta de dados da pesquisa foram a aplicação de questionários estruturados aos alunos e professores e a observação durante a realização das atividades, seguindo roteiro para avaliação individual.

Etapas de execução da pesquisa

A metodologia de levantamento de dados seguiu quatro etapas, conforme descrição a seguir.

Etapa 1 - Revisão bibliográfica

Nessa etapa realizou-se uma revisão bibliográfica para embasamento teórico dos temas transversais saúde e meio ambiente, o jogo na educação ambiental e saúde, o jogo no contexto escola-educação e o lúdico no processo ensino-aprendizagem.

Etapa 2 - Visita à Escola Municipal Elza Rogério e entrevista com os professores para a identificação de recursos pedagógicos e estratégias para o desenvolvimento do tema desenvolvimento e saúde. No primeiro momento, foi realizada uma visita de campo à escola Municipal Elza Rogério e, em comunicação oral à diretora e orientadora pedagógica, foram apresentados os objetivos da pesquisa, solicitada e obtida a aprovação e definição de como a escola poderia participar e contribuir na pesquisa.

No segundo momento, foi feita a aplicação de questionário estruturado aos professores, a fim de confrontar a teoria com a prática, para a identificação dos recursos lúdicos educativos já utilizados com os alunos como, por exemplo, desenhos, jogos e gincanas. Participaram desse momento oito professores da 4ª série do ensino fundamental da escola.

Etapa 3 - Elaboração e aplicação de questionário fechado para alunos de turmas de 4ª série (A e B), sobre os temas saúde e meio ambiente.

O questionário foi elaborado com seis questões fechadas, sendo duas referentes ao meio ambiente, duas sobre a doença da dengue, uma sobre o jogo da memória e uma sobre o nível de satisfação em relação à participação nas atividades. O questionário foi aplicado aos alunos antes e depois de participarem da metodologia utilizada em sala de aula, tanto para a turma de alunos participantes da proposta tradicional, como para a turma dos que participaram da proposta lúdica.

Após a execução das atividades, foram aplicados novamente os mesmos questionários para as duas turmas, A e B. As perguntas foram elaboradas com a definição de resposta completa em apenas uma opção, sendo as demais respostas também corretas, mas incompletas. O objetivo do estudo foi verificar a percepção das inter-relações meio ambiente e homem, questões ambientais e saúde.

Para a aplicação da proposta do projeto Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente e observação da relevância do lúdico como fator motivacional no processo ensino-aprendizagem, foi criado um processo para o desenvolvimento das atividades em sala de aula, para alunos das 4ªs séries.

Fazem parte desse projeto a exibição de dois filmes curtas-metragens, uma oficina de desenho livre e a aplicação do jogo de carta da dengue *Jogo da Saúde + Memória*.

A escolha dos recursos pedagógicos foi definida levando-se em conta a contribuição dos recursos filmicos, da oficina de desenho e do jogo educativo para a aprendizagem. Todos os recursos favorecem o aprendizado pela maneira como a informação é disponibilizada aos alunos, respeitando a forma de aprendizagem individual.

Os recursos propostos na metodologia lúdica visaram atender a essas diferenças individuais, oferecendo o desenvolvimento dos temas propostos de forma prazerosa, valorizando e respeitando as diferenças individuais no ensino-aprendizagem.

Sem a preocupação com padrão único, o programa em análise quebrou a monotonia e a formalidade de estilos, ampliando o vocabulário do leitor, apresentando diferentes formas de linguagem (filmes, artes manuais expressas na oficina de desenho e jogo educativo, com imagens e texto informativo). O projeto foi realizado pelas pesquisadoras em seis aulas de 50 minutos.

Foram apresentados os seguintes recursos pedagógicos: o curta-metragem *Ilha das Flores*, um filme que retrata a mecânica da sociedade de consumo. Acompanhando a trajetória de um simples tomate desde a plantação até ser jogado fora, esse curta-metragem, com duração de 13 minutos, escancara o processo de geração de riqueza, as desigualdades que surgem no meio do caminho e a relação homem-natureza. O segundo filme, editado pela Fundação Oswaldo Cruz, *O mundo macro e micro do mosquito Aedes aegypti: para combatê-lo é preciso conhecê-lo*, apresenta informações sobre o transmissor da doença e sua prevenção.

Após a exibição dos dois filmes, foi aberto espaço para a participação dos alunos na discussão sobre os temas abordados com ênfase dada à relação do homem com a natureza e suas consequências para a qualidade de vida dos seres vivos.

Outra dinâmica proposta foi a *oficina de desenho livre* sobre os problemas ambientais que afetam diretamente o bairro onde residem e as doenças advindas do meio ambiente (como dengue, por exemplo). Para a realização dessa oficina de desenho foi entregue aos alunos uma folha de cartolina, para que exercitassem a criatividade e, com a utilização de giz de cera, desenhassem o *meio ambiente saudável e o meio ambiente não-saudável*.

Seguindo um roteiro preestabelecido, alguns aspectos foram observados pelas pesquisadoras, que registraram, no tempo de 50 minutos de todas as atividades, a motivação, socialização, os limites e a interação entre os alunos. Ao final, eles foram orientados para organizar a exposição de suas produções em sala de aula.

Após essas atividades, foi utilizado o jogo de carta da dengue *Jogo da Saúde + Memória* para a participação de quatro crianças em cada jogada. O jogo contém 27 cartas e pode ser jogado na maneira tradicional do Jogo da Memória.

Os participantes do jogo encontram as seguintes regras:

- 1- As cartas são misturadas e em seguida o baralho é colocado na frente dos participantes. O participante que estiver à esquerda de quem misturou o baralho tirará uma carta do monte (ao centro da mesa), sendo imitado pelo próximo e assim por diante, até terminarem as cartas.
- 2- Feita a distribuição das cartas, todos deverão formar os pares das diferentes cartas, colocando-as sobre a mesa. A criança que tirou a última carta do monte mostrará ao participante da esquerda as cartas que sobraram cobertas, para que este escolha uma. A criança ficará com a figura se não puder formar par com as existentes em mãos. Ela, por sua vez, apresentará ao próximo participante as suas figuras, para que este também escolha uma. E assim a brincadeira deve continuar até que todos os pares estejam completos. O participante do jogo que ficar com o *coringa da saúde*, sai do jogo. Essa dinâmica visa à familiarização das crianças com o jogo, o que permite o conhecimento de suas regras e a integração com os colegas participantes.
- 3- No segundo momento de atividade com o jogo, foi entregue uma cartela similar à cartela de bingo.

Qual o tratamento para a dengue?	Qual é o mosquito transmissor da dengue?	Onde é o grande berçário das larvas do <i>Aedes aegypti</i> ?
Como é feito o combate às larvas?	O que devemos fazer para prevenir a doença causada pelo <i>Aedes aegypti</i> ?	Onde a fêmea do <i>Aedes aegypti</i> gosta de colocar seus ovos?
Como prevenção da doença causada pelo <i>Aedes aegypti</i> o que devemos fazer com os vasos de plantas da nossa casa?	Que medicamentos a pessoa portadora da dengue nunca deve usar?	O que é dengue?

Cartela do Jogo da saúde + memória dengue.

Nessa cartela constam as perguntas, que têm nas cartas as respostas correspondentes. Todos recebem uma cartela, que deve ser completada com respostas que serão baseadas nas informações apresentadas no texto de cada carta nas mãos dos participantes.

O jogo da saúde dengue apresenta os seguintes objetivos e regras:

Objetivos do jogo:

- informar-se sobre a dengue de maneira prazerosa;
- conhecer o mosquito transmissor da dengue;
- conhecer os meios usados para combater as larvas do mosquito *Aedes aegypti*, causador da doença;
- reconhecer os lugares onde a fêmea *Aedes aegypti* gosta de colocar seus ovos;
- conhecer os medicamentos que uma pessoa portadora de dengue nunca deve usar;
- reconhecer os sintomas da dengue;
- conhecer as formas de tratamento da dengue;
- eliminar em casa os objetos que possam servir de criadouros para o mosquito da dengue;
- completar a cartela com a carta correspondente a cada quadro; carta que se encontra virada de cabeça para baixo no centro da roda.

Regras do jogo:

- Reúna-se em grupos de quatro pessoas;
- Dê uma cartela de bingo para cada participante;
- Embaralhe as cartas e coloque-as no meio da roda, espalhadas, com as informações (respostas) para baixo;
- Um dos participantes inicia o jogo. O grupo decide qual é o critério para escolher quem vai ser o primeiro a jogar;
- O primeiro jogador escolhe uma carta e vê se ela responde a alguma de suas perguntas. Se não responder, ele volta com a carta para o mesmo local, no meio da roda;
- O jogador à esquerda do primeiro prossegue da mesma maneira. Passará depois a vez para o seguinte, que também procederá da mesma maneira;
- O jogo acaba quando um dos participantes consegue completar sua cartela.

Para acompanhar a aplicação da Proposta Tradicional, utilizou-se o livro didático *Redescobrir: Ciências*, de Wolff e Martins (2001), após análise e estudo de conteúdo. A proposta tradicional foi realizada em sala de aula pela professora de ciências e consistiu no uso de exposição oral sobre o tema meio ambiente, com ênfase na relação com a saúde e na dengue, em atividade pautada no uso do livro

didático adotado para a turma de alunos matriculados na 4ª série (turma A). Foi trabalhado o conteúdo do capítulo *Ecossistemas*, por apresentar o conteúdo que atendia aos objetivos da pesquisadora em seis aulas de 50 minutos cada, com o desenvolvimento dos mesmos conteúdos trabalhados na proposta lúdica.

As atividades da proposta tradicional foram acompanhadas seguindo um roteiro preestabelecido sobre aspectos observáveis com relação à motivação, socialização, limite e à interação entre os participantes.

Os exercícios de fixação propõem a realização de pesquisas sobre os temas abordados no texto informativo; duas questões com figuras ilustrativas para serem analisadas e respondidas pelos alunos mediante leitura do texto e com a realização de pesquisa individual; uma questão com a afirmativa “uma pessoa que joga um pneu velho num rio está cometendo uma agressão ao meio ambiente”. Solicita-se aos alunos a elaboração de texto que exemplifique as agressões ao meio ambiente, praticadas por pessoas ou indústrias sem o devido respeito ao ecossistema e, ainda, como as pessoas e indústrias podem demonstrar respeito ao ecossistema.

Etapa 4 - Reaplicação de questionário fechado às quatro turmas de 4ª série para, a partir das dinâmicas em sala de aula, avaliar o conhecimento apreendido sobre o tema saúde e meio ambiente.

Após aplicação do projeto denominado pelas pesquisadoras *Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente* e a aula com os recursos pedagógicos utilizados pelos professores da Escola Elza Rogério (proposta tradicional de ensino), elaborada pela professora de ciências, os alunos responderam às mesmas perguntas do questionário anteriormente aplicado. Com a análise dos questionários verificou-se o conhecimento adquirido sobre os temas propostos.

Com os dados dos questionários aplicados antes e após a realização das atividades, foi realizada a comparação do conhecimento dos alunos que participaram das atividades com a utilização dos dois métodos, tradicional e lúdico, e a análise comparativa que buscou verificar a percepção, apreensão e ampliação do conhecimento dos alunos da turma A e turma B, respectivamente. Priorizou-se a mensuração do conteúdo apreendido pelos alunos através da utilização de afirmativas corretas nas respostas do questionário.

A utilização do método de ensino tradicional, no qual a verificação do conhecimento solicita ao aluno a marcação de uma alternativa correta entre outras incorretas, somente indica qual estratégia é mais eficaz, não permitindo uma análise aprofundada de apreensão de conhecimento. Justifica-se dessa forma o uso de respostas incompletas, mas corretas, nas opções assinaladas no questionário, favorecendo e possibilitando assim analisar a percepção do aluno de maneira pertinente ao objetivo da pesquisa.

Análise de dados

As respostas ao questionário, após essas duas atividades, foram analisadas confrontando-se os resultados obtidos pela turma A e turma B.

Caso seja confirmada a hipótese da relevância da proposta lúdica, por questões éticas, os alunos da turma A (proposta tradicional) participarão do projeto criado pelas pesquisadoras.

Os professores da Escola Elza Rogério aceitaram participar desta pesquisa, respondendo ao questionário estruturado. As questões respondidas pelos oito professores foram direcionadas aos conteúdos explorados em sala de aula referentes aos temas saúde e meio ambiente. Constatou-se que todos os professores têm formação superior com mais de cinco anos no exercício do magistério.

Foi disponibilizado às pesquisadoras o Projeto Político-Pedagógico da Escola. Dentro dele, foi observada a ausência de uma proposta que contemplasse o desenvolvimento de atividades lúdicas sobre as temáticas propostas: saúde e meio ambiente. Esses temas estão incluídos no livro didático de ciências e podem não estar contextualizados de forma a provocar uma reflexão sobre a realidade desses alunos.

Na questão sobre o conceito formal de meio ambiente percebeu-se que 30% dos professores responderam com respostas corretas.

Constatou-se que a frequência de utilização do método lúdico em sala de aula, na discussão do tema saúde e meio ambiente ocorre de forma bastante tímida.

Foram elaboradas algumas perguntas aos professores a respeito da metodologia utilizada na sala de aula em relação ao tema saúde e meio ambiente (Tabelas 1 e 2).

TABELA 1 - Frequência das atividades lúdicas em sala de aula

Com que frequência você utiliza atividades lúdicas em sala de aula?	%
Uma vez por semestre?	49
Duas vezes por mês?	13
Uma vez por mês?	13
Uma vez por semana?	25

TABELA 2 - Forma de trabalho da questão ambiental em sala de aula

De que forma você trabalha a questão ambiental em sala de aula?	%
Com desenhos?	29
Com conteúdo formal?	32
Com teatro (enquetes)?	20
Com jogos?	14
Com gincanas periódicas?	5

Conforme as informações acima descritas referentes às atividades lúdicas (jogos, brincadeiras, oficinas, gincanas, teatro), verificou-se a pouca utilização desses recursos pedagógicos. A forma de sua utilização está restrita, basicamente, ao conteúdo formal e a desenhos. E, num percentual bem baixo, 14%, aparecem os jogos como aliados ao processo ensino-aprendizagem.

Quando perguntados sobre os problemas ambientais de Muriaé, os professores afirmam conhecê-los, mas, conforme resultados apresentados na Tabela 3, atribuem ao poder público a responsabilidade pelos problemas de saúde, eximindo-se de qualquer responsabilidade. Na verdade, todos são co-responsáveis, pois fazem parte desse meio enquanto cidadãos.

TABELA 3 - Percepção dos professores referente a que ou a quem atribuir os problemas de saúde em Muriaé em decorrência do meio ambiente não saudável

A que ou a quem você atribui os problemas de saúde provocados em decorrência do meio ambiente não-saudável	%
Ao poder público?	62
Ao próprio homem?	25
Às empresas/indústrias?	13

O professorado se eximiu e se colocou fora do problema, indicando o poder público como o maior responsável pelos problemas de saúde provocados em

decorrência do meio ambiente não-saudável. No artigo 225 da Constituição brasileira, essa responsabilidade é atribuída ao poder público e à coletividade.

Os professores atribuíram aos RSU e à falta de saneamento do rio Muriaé a causa principal dos problemas ambientais que afetam a saúde da população de Muriaé (Tabela 4).

TABELA 4 - Percepção dos professores referente aos problemas ambientais que afetam a saúde da população de Muriaé

Quais os problemas ambientais que afetam a saúde da população em Muriaé ?	%
Lixo urbano é a maior causa da existência de problemas ambientais, e também é prejudicial à população do município ?	42
Falta de saneamento do rio Muriaé ?	42
Poluição do ar ?	11
Destruição das florestas - desmatamento ?	5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentar os resultados da pesquisa, faz-se necessário mostrar alguns desenhos dos alunos, bem como as respostas ao questionário.

Quanto aos aspectos observados durante a realização das atividades do projeto *Escola Consciente: Saúde e Meio Ambiente*, informações extraídas de ficha individual dos participantes indicaram que 85% dos alunos se mostraram motivados e 15%, apesar de não demonstrar motivação, participaram de todas as atividades propostas.

Quanto aos aspectos observados durante a realização das atividades em sala de aula pela professora de ciências (proposta tradicional), informações extraídas de ficha individual dos participantes, indicavam que 55% dos alunos se mostraram motivados, 20% não responderam às solicitações da atividade e 25%, apesar de não demonstrarem motivação, participaram de todas as atividades propostas.

Um momento de discussão propiciada pelas pesquisadoras foi a atividade realizada com os alunos após a exibição dos dois filmes, possibilitando analisar as consequências provocadas pelo consumismo.

Nessa etapa, depois de recolhidos todos os desenhos, estes foram expostos em sala de aula como produções dos alunos participantes da *oficina de desenho livre*.

Esse entusiasmo foi também demonstrado pelos alunos na atividade envolvendo a aplicação do jogo da *Saúde + Memória Dengue*. Foi observado que os participantes ficaram atentos às respostas do jogo, demonstrando interesse e motivação, ansiedade em cada jogada positiva, e também interesse na leitura das informações contidas nas cartas para a obtenção de acertos nas respostas propostas pelo jogo. Ao jogar, a necessidade de vencer significa a necessidade de aprender.

Ao final da atividade, foi unânime a solicitação de oportunidade de *brincar* novamente com o jogo.

Os alunos que participaram das atividades da proposta tradicional (turma A) e os alunos que participaram da proposta lúdica (turma B) apresentaram mudanças na percepção relacionada aos temas propostos, conforme pode ser observado na comparação entre frequência de acertos e utilização dos dois métodos de ensino (Tabela 5).

TABELA 5 - Comparação entre frequência de acertos e utilização dos dois métodos de ensino

Questão	Método de ensino		Valor de qui-quadrado	Proposta lúdica (%)
		Proposta tradicional (%)		
1	56	85	2,4 ^{ns}	
2	50	81	3,0 ^{ns}	
3	42	86	5,6*	
4	41	85	5,6*	
5	67	97	2,1 ^{ns}	

Valor de qui-quadrado significativo ao nível de 0,05 de probabilidade com um grau de liberdade; ^{ns} valor não-significativo.

As questões que fizeram parte do questionário estão enumeradas na primeira coluna da Tabela 5 e a porcentagem de acerto obtida em cada método de ensino, da proposta tradicional e da proposta lúdica, foi analisada para definição do valor de qui-quadrado.

Para a questão 1, *o que é meio ambiente?*, os alunos que participaram da proposta tradicional obtiveram 56% de acerto e na proposta lúdica 85%. Na análise estatística, utilizando-se como método qui-quadrado, esses valores não foram estatisticamente significativos (2,4^{ns}), ao nível de 5% de probabilidade. Com esse resultado observa-se que não houve mudança de apreensão e ampliação de conhecimento na utilização nas duas propostas.

Para a questão 2, *o que acontece quando não cuidamos bem do meio ambiente?*, obteve-se 50% de acerto com a proposta tradicional e 81% na proposta lúdica. Na análise estatística obteve-se o valor não significativo (3,0^{ns}), com resultado similar à pergunta anterior, na qual também não se observa mudança na apreensão de conhecimento na utilização nas duas propostas.

Para a questão 3, *você sabe o que é dengue?*, obteve-se 42% de acerto com a proposta tradicional e 86% de acerto na proposta lúdica. O acerto observado foi significativo, revelando que os alunos apreenderam sobre dengue e entenderam o conteúdo apresentado através da atividade lúdica.

Para a questão 4, *sintomas da dengue*, obteve-se 41% de acerto na proposta tradicional e 85% de acerto na proposta lúdica. O acerto observado foi significativo, revelando mudança positiva na apreensão do conhecimento no que se refere aos sintomas da dengue, através da atividade lúdica.

A questão 5, *você gostou de aprender sobre a dengue?*, revelou 67% de satisfação na proposta tradicional e 97% de satisfação na participação na proposta lúdica.

Os resultados obtidos na proposta lúdica, antes e após sua aplicação, e na proposta tradicional, antes e após sua aplicação, merecem uma análise a partir dos recursos utilizados na realização dessas atividades em resposta às questões 1 a 4 do questionário.

Para responder às questões 1 e 2, referentes ao tema meio ambiente, na proposta lúdica foi exibido o filme *Ilha das Flores* como recurso audiovisual e em seguida desenvolvida a atividade *oficina de desenho livre*, visando retratar, através dos desenhos, o *ambiente saudável* e o *ambiente não-saudável*. O resultado revela que não houve mudança significativa na apreensão e na ampliação de conhecimento na proposta lúdica, como também na proposta tradicional.

Para responder às questões 3 e 4, referentes ao tema dengue na proposta lúdica, foi exibido o filme *O mundo macro e micro do mosquito Aedes aegypti: para combatê-lo é preciso conhecê-lo* como recurso audiovisual. Também foi utilizado como recurso pedagógico um jogo com imagens e texto informativo sobre a dengue, o jogo de cartas *jogo da memória + saúde dengue*. Foi observada na proposta lúdica uma mudança significativa na aprendizagem, comparando com a proposta tradicional. Percebeu-se um maior índice de acerto nas respostas às questões 3 e 4 sobre a temática dengue.

A proposta lúdica foi elaborada com a utilização de recursos filmicos e de oficina de desenho livre, que contribuiu para o desenvolvimento de habilidades manuais e de criatividade. Nele se demonstrou o que foi assimilado nas atividades, complementado pela oportunidade de *aprender brincando* com o jogo.

Esta é a principal implicação dos princípios teóricos de Vygotski, “o conhecimento construído de forma coletiva, no qual o aluno não é somente ativo, mas sim interativo”.

Completa-se com o pensamento de Kishimoto (1993), “colocar o aluno diante de situações lúdicas como o jogo pode ser uma boa estratégia para aproximá-lo dos conteúdos culturais a serem vinculados na escola”, reafirmando assim o importante papel do jogo nas práticas escolares como aliado para o ensino.

Tudo isso nos leva a concluir que houve um maior entendimento e assimilação da turma B em relação à turma A. Analisando a evolução do número de acertos na utilização do método tradicional e do método lúdico antes e após a realização das duas propostas, foram obtidos resultados diferenciados.

Os conceitos sobre o tema meio ambiente e sobre dengue foram assimilados, indicando mudança significativa em relação ao conhecimento anterior, demonstrado pelos alunos em resposta ao questionário. O resultado referente às consequências geradas pelo descuido com o meio ambiente e os sintomas da dengue não foi significativo, revelando que o conteúdo apresentado em sala de aula seguindo o método tradicional de ensino, com o livro didático, não efetivou mudanças na aprendizagem sobre o tema.

TABELA 6 - Evolução em frequência de número de acertos pelo método tradicional.

Questão	Método de ensino		Qui-quadrado calculado	Após (%)
		Antes (%)		
1	11	56	10,7 ^{ns}	
2	25	50	3,0 ^{ns}	
3	11	42	6,4 [*]	
4	18	41	2,9 ^{ns}	

Valor de qui-quadrado significativo ao nível de 5% de probabilidade com um grau de liberdade; ^{ns} valor não-significativo.

Verificou-se com esse resultado que as consequências do descuido com a relação homem-natureza não foi percebida. Os alunos definiram corretamente o que é dengue, mas desconhecem os sintomas da doença. Ou seja, apreenderam somente os conceitos dos temas apresentados na aula ministrada pela professora de ciências com o apoio do livro didático.

Como demonstra a Tabela 7, a evolução de acertos pelo método lúdico apresentou resultados positivos nas respostas a todas as questões do questionário após a aplicação da proposta. Obteve-se ainda maior índice de significância nas questões 1 e 3, percepção sobre a dimensão que envolve o *meio ambiente* e *o que é dengue* e, ainda, uma significativa mudança no entendimento das consequências do desrespeito ao meio ambiente e sobre os sintomas da doença dengue.

TABELA 7 - Evolução em frequência de número de acertos pelo método lúdico.

Questão	Método de ensino		Qui-quadrado calculado	Após (%)
		Antes (%)		
1	14	85	18,8*	
2	24	81	11,3*	
3	14	86	18,8*	
4	23	85	13,6*	

Valor de qui-quadrado significativo ao nível de 5% de probabilidade com um grau de liberdade; ^{ns} valor não-significativo.

Esses resultados refletem em acertos que sinalizam apreensão de conhecimento, percepção da relação do homem com o ambiente e sugerem que foram assimiladas as informações sobre as consequências geradas pelo descuido com o planeta onde se vive.

Qualidade de vida e a relação saúde e meio ambiente são condições interdependentes. E, sendo parte das condições de vida dos indivíduos, o meio ambiente foi incluído num conjunto de fatores associados à saúde. Transformar a maneira de pensar é a condição primeira para uma relação saudável com a Terra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parafraseando Lencastre (1988, p.5), “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Segundo o historiador Eric Hobsbawm (1995, p. 623), “não sabemos para onde estamos indo. [...] A seguir a lógica do sistema de produção e destruição mundiais, nós vamos conhecer o caminho já percorrido pelos dinossauros”.

E, ainda, para justificar a ênfase deste trabalho sobre o meio ambiente e saúde e a utilização de recursos pedagógicos aliando o lúdico em ações não somente pontuais, é importante citar Chalita (2007), secretário de educação de São Paulo, que entende a escola como o local que desempenha importante papel na formação da cultura da saúde, espaço privilegiado das vivências da infância e adolescência - período decisivo no desenvolvimento de atitudes, hábitos, comportamentos e valores.

Seria simplista pensar que as crianças antes diziam ter tal hábito e após a aprendizagem realmente mudaram de atitude. Pode-se imaginar que a continuidade do processo educativo e a consolidação de tal conscientização poderão até conduzir a uma mudança de hábitos, o quê, entretanto, não está ao alcance desta etapa do trabalho.

A aprendizagem visual favorecida pelos recursos explorados neste programa, como filmes, desenho e jogo, exerce uma memorização muito marcante, e quanto mais se aproximar da realidade, tanto melhor. É mais sólida uma aprendizagem favorecida pela interação entre alunos e professores.

Em face dos posicionamentos, estudos e conclusões aqui apresentados por diversos intelectuais, pensadores, educadores e políticos da atualidade, é importante reforçar a adoção de modelo de saúde que inclua a interação dos aspectos físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais.

A proposta do programa *Escola Consciente, Saúde e Meio Ambiente: o Lúdico na Educação Ambiental* proporcionou aos alunos um aprendizado dinâmico e participativo em oposição à visão tradicional e aos métodos discursivos no processo ensino-aprendizagem. As estratégias educacionais para o desenvolvimento sustentável implicam a necessidade de constante atualização e reavaliação de programas de educação ambiental.

Verificou-se, em sala de aula, através dos instrumentos utilizados na pesquisa, mudanças no entendimento da relação e interdependência entre meio ambiente e saúde para a qualidade de vida no planeta.

Nesse sentido, o projeto Escola Consciente, Saúde Meio Ambiente foi sugerido com fins pedagógicos para aumentar as possibilidades de construção do conhecimento no processo ensino-aprendizagem, visando proporcionar aos alunos, através de atividades lúdicas, um aprendizado dinâmico, reflexivo e participativo. A mescla de atividades teóricas e práticas resultou em ganhos cognitivos e afetivos, segundo resultados de questionários respondidos pelos alunos e observações no início e no final do projeto.

Não foi pretensão uma proposta inovadora na escola sobre o desenvolvimento de projeto de educação ambiental, mas sugerem-se estratégias, tendo como aliado o lúdico, e também a utilização do *Jogo da Saúde + Memória Dengue* para o desenvolvimento de temas referentes a doenças, aqui especificamente sobre a dengue, favorecendo, assim, a percepção de integração temática da questão ambiental e a saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.N. Educação lúdica: técnicas e jogos pedagógicos. São Paulo: Loyola, 1990. 203p.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1999. 204p.
- BASARAB, N. **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo, Triom, 1999. 156p.
- BIZERRIL, M.X.A.; FARIA, D.S. Percepção de professores sobre educação ambiental no ensino fundamental. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 82, n. 200/2001/2002, p. 57-69, dez, 2001.
- BOVO, M. C. Interdisciplinaridade e transversalidade como dimensões da ação pedagógica. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 7, p. 3-11, ago/nov. 2005. Quadrimestral.
- BRENELLI, R.P. **O jogo como espaço para pensar**. Campinas: Papirus, 1996. 208p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Rideel, 2004. 400p.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Coordenação de Educação Ambiental. **Educação ambiental**. Brasília, 1997.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: temas transversais. Brasília, 1998.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: meio ambiente e saúde. v. 9. Brasília, 1997.
- _____. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Coleção de educação ambiental**. Cartilhas dos Jogos Ambientais da EMA. São Paulo: EMBRAPA, 2004.
- CHALITA, G. **Saúde começa na educação**. Disponível em: site:<<http://www.educacao.sp.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2006.

- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 2120p.
- GARDNER, H. **Inteligências múltiplas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 257p.
- HUIZINGA, J. **Homo ludens: o jogo como elemento da cultura**. São Paulo: Perspectiva, 2004. 244p.
- HOBSBAWM, E.J. **Era dos extremos: o breve século XX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 632p.
- JORNAL DO SENADO, Brasília, 2 a 8 jul. 2007, p.13.
- KISHIMOTO, T.M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo: Cortez. 1996. 183p.
- KISHIMOTO, T.M. (Org.). **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Pioneira. 1993. 172p.
- LENCASTRE, E.F. **Educação em saúde: campos de atuação na área escolar**. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP. 1988. (Mimeografado).
- MARCELLINO, N.C. **Lazer e educação**. Campinas: Papirus, 1987. 164p.
- MIRANDA, F. O Brasil sentindo na pele. **Manuelzão**, Belo Horizonte, v. 10, n. 40, p. 15. jun. 2007.
- PIRES, T.S.L. **Educação ambiental na escola: realidade, entaves, inovação e mudança**. 1998. 93 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental) – Departamento de Engenharia, UFSC, Florianópolis, 1998.
- SANTOS, S.M.P. (Org.). **Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico**. Petrópolis: Vozes, 2000. 182p.
- REGO, T.C. **Vygotski: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 10ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 138p.
- ROMERO, L.C. Mais de 246 mil casos da doença em 2007. **Jornal do Senado**, Brasília, 2 a 8 jul. 2007, p. 13.
- VYGOTSKI, L.S. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone: EDUSP, 1988.
- WEIL, P. **Nova linguagem holística: pontes sobre as fronteiras das ciências físicas, biológicas, humanas e as tradições espirituais**. Rio de Janeiro: CEPA/Espaço Tempo, 1987.
- ZANINI, D.M. **Meio ambiente na educação: uma temática em transversalidade no ensino fundamental**. 2001. 187 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) Departamento de Engenharia da Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

ANEXOS

Anexo 1: Tabela de resultados das respostas do questionário aplicado antes e depois de aplicada a atividade da proposta tradicional.

Turma A (36 alunos)	Antes		Após		
		aluno	%	aluno	%
1. Você sabe o que é meio ambiente? (Marque uma resposta)					
() seres vivos ?	19	53	10	28	
() fauna e flora ?	8	22	3	8	
() natureza (todos os seres que constituem o universo)?	4	11	20	56	
() não sei	5	14	3	8	

2. O que acontece quando não cuidamos bem do meio ambiente? (Marque uma resposta)					
() causa a poluição ?	3	8	4	11	
() destrói fauna e flora ?	19	52	5	14	
() destrói a natureza ?	9	25	18	50	
() destrói os seres vivos ?	2	6	3	8	
() aparecem as doenças ?	2	6	2	6	
() não sei	1	3	4	11	

3. Você sabe o que é dengue? (Marque uma resposta)					
() mosquito que transmite doenças?	23	64	13	36	
() mosquito que mata pessoas ?	6	17	5	14	
() doença infecciosa causada por um vírus ?	4	11	15	42	
() não sei	3	8	3	8	

4. (Marque a opção que apresenta os sintomas da dengue).					
<input type="checkbox"/> fraqueza, febre, dor no corpo, manchas no corpo	7	18	15	41	
<input type="checkbox"/> manchas no corpo e queda de cabelo	4	10	5	14	
<input type="checkbox"/> dor na nuca e coceira no corpo	6	15	5	14	
<input type="checkbox"/> coceira no corpo e febre	18	47	5	14	
<input type="checkbox"/> não sei	4	10	6	17	

5. Você já brincou com o jogo da memória (jogo de cartas)?					
<input type="checkbox"/> sim	25	69	25	69	
<input type="checkbox"/> não	11	31	11	31	

6. Você gostou de aprender sobre a dengue?					
<input type="checkbox"/> sim	-	-	24	67	
<input type="checkbox"/> não	-	-	12	33	

Anexo 2: Tabela de resultados das respostas do questionário aplicado antes e depois de aplicada a atividade da proposta lúdica

Turma B (36 alunos)	Antes		Após		
		aluno	%	aluno	
1. Você sabe o que é meio ambiente? (Marque uma resposta)					
() seres vivos ?	22	61	2	65	
() fauna e flora ?	8	22	1	3	
() natureza (todos os seres que constituem o universo) ?	5	14	31		85
() não sei	1	3	2	6	

2. O que acontece quando não cuidamos bem do meio ambiente? (Marque uma resposta)					
() causa a poluição ?	1	3	1	3	
() destrói fauna e flora ?	20	55	1	3	
() destrói a natureza ?	9	24	30	81	
() destrói os seres vivos ?	2	6	2	5	
() aparecem as doenças ?	2	6	1	3	
() não sei	2	6	2	5	

3. Você sabe o que é dengue? (Marque uma resposta)					
() mosquito que transmite doenças?	23	64	3	8	
() mosquito que mata pessoas ?	5	14	2	6	
() doença infecciosa causada por um vírus ?	5	14	31	86	
() não sei	3	8	0	0	

4. (Marque a opção que apresenta os sintomas da dengue).					
() fraqueza, febre, dor no corpo, manchas no corpo	8	23	31		85
() manchas no corpo e queda de cabelo	1	3	1	3	
() dor na nuca e coceira no corpo	5	14	1	3	
() coceira no corpo e febre	20	57	1	3	
() não sei					

5. Você já brincou com o jogo da memória (jogo de cartas)?					
() sim	23	64	35	97	
() não	13	36	1	3	

6. Você gostou de aprender sobre a dengue?					
() sim	-	-	35	97	
() não	-	-	1	3	

Maria Aparecida Alves de Oliveira

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em marketing. Mestre em meio ambiente e educação ambiental. Atua em marketing cultural e em projetos de dinamização de espaços culturais. Docente da Universidade Federal de Viçosa-MG.

Leiva Nunes

Graduada em biblioteconomia pela Fundação de Ensino Superior do Oeste de Minas / Escola de Biblioteconomia, Formiga-MG. Especialista em organização e administração de bibliotecas pela Abesa, Brasília. Mestre em ciência da informação pela PUC Campinas. Bibliotecária da Universidade Federal de Viçosa-MG.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE DOCENTES
E TÉCNICOS DO INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA INDEXADA NAS BASES DE DADOS
LILACS E MEDLINE - 1982-2002

Maria Creuza Ferreira da Silva
mcreuza@ufba.br

Nanci Oddone
neoddone@gmail.com

INTRODUÇÃO

Avaliar a produção dos cientistas não é uma tarefa fácil e sim um desafio, pois o crescimento da atividade científica e o avanço da tecnologia impulsionam o universo do conhecimento a se renovar continuamente, lançando no mercado publicações de alta relevância para a ciência. Infelizmente, nem sempre tais publicações encontram-se disseminadas nos veículos formais de comunicação ou indexadas em bases de dados, o que dificulta a disseminação e o acesso a essa literatura. Literatura cinzenta ou literatura não-convencional é a expressão utilizada para representar tudo aquilo que não é publicado em caráter formal e nem sempre foi submetido à chamada *peer review*, definida como processo de aferição da qualidade dos resultados científicos.

A produção científica de um determinado grupo de docentes, técnicos e pesquisadores de uma unidade de ensino tem sido objeto de muitos estudos na área. Através de diversos parâmetros, avaliam-se o grau de relevância do conhecimento produzido pelas instituições envolvidas, o desempenho de cursos e programas de pós-graduação, bem como a capacidade de captar recursos e financiamentos para o desenvolvimento de estudos e pesquisas.

De acordo com Araújo et al. (2002), a avaliação quantitativa da produção científica é realizada através da mensuração do número de artigos publicados em periódicos, número de comunicações apresentadas em congressos e encontros, entre outras variáveis. Andrade (1992) destaca que avaliar a produção científica “resulta da necessidade de se conhecer os fatores, negativos ou positivos, que podem interferir no desenvolvimento das pesquisas...”.

Apesar das crises enfrentadas pelas universidades brasileiras nos últimos anos, relacionadas à escassez de recursos para o financiamento de pesquisas, a produção científica brasileira, de acordo com Perez (1998), teve um crescimento significativo nos últimos 15 anos. Vale ressaltar, porém, que nem toda produção encontra-se indexada em bases de dados que permitam à comunidade científica e aos demais interessados acessar os resultados obtidos através dos estudos realizados em vários ramos do conhecimento.

Adotando a pesquisa documental como a principal estratégia para levantamento de dados, este estudo foi desenvolvido com base na análise da produção científica dos docentes e técnicos do quadro permanente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (Ufba) que se encontra indexada nas bases de dados bibliográficos Lilacs e Medline. Essas bases são os mecanismos mais utilizados para indexação, busca e recuperação das informações em saúde e áreas afins.

Sintetizando, esta pesquisa está baseada nos princípios da comunicação do conhecimento científico, em seus três momentos fundadores: geração, circulação e uso. O tema escolhido permitiu identificar o conhecimento gerado por um grupo interdisciplinar de pesquisadores - docentes e técnicos - do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. O procedimento optou pela coleta de dados diretamente nas mencionadas bases de dados bibliográficos, por serem as mesmas consideradas hoje fontes de informação fidedignas e representativas da atividade técnico-científica em diversas áreas do conhecimento humano, sobretudo as áreas da saúde.

OBJETIVO GERAL

- Identificar e descrever a produção científica de docentes e técnicos do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba indexada nas bases de dados Lilacs e Medline no período de 1982 a 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a produção científica de cada docente e técnico;
- Identificar e quantificar o tipo de literatura produzida;

- Quantificar os títulos de periódicos nacionais e internacionais de acordo com o número de artigos;
- Analisar a evolução temporal da produção científica;
- Identificar o tipo de autoria de cada trabalho, se única ou múltipla.

MATERIAL E MÉTODO

Foi empreendida uma avaliação quantitativa da produção científica dos docentes e técnicos do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba indexada nas bases Lilacs e Medline. O estudo, de caráter descritivo, foi realizado através de levantamentos bibliográficos nessas bases de dados referentes ao período de 1982 a 2002. A população estudada era composta por vinte professores do quadro permanente do ISC, todos com titulação de doutor em suas respectivas áreas de atuação e por cinco técnicos, também do quadro permanente, todos com titulação de mestre e atualmente já cursando o doutorado.

A coleta *online* foi realizada na *homepage* da Bireme - disponível no endereço www.bireme.br - utilizando a opção de literatura científica, pesquisa em bases de dados. As seguintes variáveis foram destacadas: a) autor principal e o número de co-autorias; b) tipo de literatura; c) título da fonte; d) título da obra; e) ano de publicação. A coleta dos dados se deu através do formulário básico de pesquisa disponível no endereço citado acima, e como estratégia de busca principal foi utilizado o campo de autoria, tendo como palavra-chave o último sobrenome do autor. A partir da identificação da autoria principal, teremos ainda a identificação do número de artigos em co-autoria, título da publicação, o ano e o tipo de literatura existente em cada base a ser pesquisada.

Ao fim desse levantamento a produção científica individual de cada pesquisador envolvido foi identificada quantitativamente. Além disso, identificaram-se também os principais títulos de periódicos internacionais e nacionais, livros, capítulos de livros, teses e dissertações de cada docente e técnico, bem como o crescimento da produção científica do ISC indexada nas bases Lilacs e Medline no período estudado.

Após a extração da produção científica de cada autor indexada nessas bases de dados, procedeu-se ao fichamento dos dados utilizando fichas de tamanho padrão para cada autor. Foram identificados o título da publicação, o tipo de publicação e o ano. A partir desses dados foram construídas tabelas para visualização dos resultados obtidos, utilizando o programa Excel para gerenciar as informações coletadas. Seguiram-se o processamento e a análise dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da realização do levantamento bibliográfico foram identificados vários títulos de publicações duplicadas nas bases pesquisadas. Eliminaram-se os títulos em duplicidade encontrados nas bases, com o intuito de tornar o levantamento o mais claro possível. A maior incidência de duplicidade encontrada foi na base Lilacs, com a repetição de títulos de capítulos de livros, enquanto que na base Medline a maior incidência foi com a repetição de artigos de periódicos da Revista de Saúde Pública, dos Cadernos de Saúde Pública e da Revista Panamericana de Salud Publica, que se encontram indexados tanto na Lilacs como na Medline. O Quadro 1 apresenta a produção indexada nas bases Lilacs e Medline no período de 1982 a 2002.

Quadro 1 - Levantamento da produção científica por pesquisador
Bases Lilacs e Medline - 1982 a 2002

Grupo Pesquisadores	Total / Publicações / Pesquisador / Período 1982-2002	Autor (%)
1. Ademário Spinola	8	1,69%
2. Carmen Teixeira	53	11,23%
3. Ceci Noronha	10	2,12%
4. Conceição Costa	29	6,14%
5. Ediná Alves Costa	3	0,64%
6. Eduardo Mota	25	5,30%
7. Eliane Cardoso	9	1,91%
8. Estela Aquino	11	2,33%
9. Gloria Teixeira	16	3,39%
10. Greice Menezes	9	1,91%
11. Inês Dourado	17	3,60%
12. Jairnilson Paim	93	19,70%
13. Jorge Solla	7	1,48%
14. Leny Trad	2	0,42%
15. Lígia Rangel	4	0,85%
16. Lígia Vieira	29	6,14%
17. Maria Guadalupe	6	1,27%
18. Maurício Barreto	48	10,17%
19. Maurício Cardeal	1	0,21%
20. Mônica Nunes	4	0,85%
21. Naomar A. Filho	56	11,86%
22. Pedro R. Prata	2	0,42%
23. Rosana Aquino	4	0,85%
24. Susan Pereira	5	1,06%
25. Vilma Santana	21	4,45%
Total Geral	472	100%

De acordo com as informações coletadas e analisadas, identificou-se que no período de 1982 a 2002 o ISC teve 472 títulos da sua produção científica indexados nas bases Lilacs e Medline, 319 dos quais são artigos de periódicos. Os demais títulos estão distribuídos entre livros, capítulos de livros e literatura não-convencional. Entre os 25 pesquisadores analisados, destacam-se os de número 12, 21, 2 e 18 como os mais produtivos, com percentuais de 19,70%, 11,86%, 11,23% e 10,17%, respectivamente, representando 53,50% da literatura produzida no período. Observou-se, porém, que tal contribuição à produção científica institucional não significa necessariamente maior produtividade individual, uma vez que há diferentes tempos de ingresso na instituição, como se explicita adiante.

Diante dos resultados obtidos decidiu-se realizar um cruzamento com a produção bibliográfica dos pesquisadores estudados registrada na plataforma Lattes. Utilizando os indicadores de produção mencionados no currículo Lattes de cada pesquisador identificou-se um total de 1672 publicações. A finalidade principal desse cruzamento foi conhecer o número de publicações indexadas na plataforma Lattes e confrontá-lo com o total obtido na coleta feita através das bases Lilacs e Medline.

Dos 25 pesquisadores analisados, quatro não tinham seu currículo catalogado na plataforma Lattes. Através desse cruzamento foi possível observar também o ano de ingresso dos pesquisadores analisados, o que permitiu destacar o seguinte: dois pesquisadores ingressaram no final da década de 70, 11 ingressaram na década de 1980, cinco na década de 1990 e três ingressaram recentemente: um em 2001 e dois em 2002.

TIPO DE LITERATURA

A necessidade de identificar, quantificar e analisar o tipo de literatura indexada nas bases de dados selecionadas tornou-se clara ao longo do estudo. Além de saber qual foi a fonte mais utilizada pelo grupo de pesquisadores analisados, foi possível identificar também o número de títulos publicados segundo cada tipo de literatura, uma vez que a base Lilacs se diferencia da Medline justamente porque, além de indexar artigos de periódicos, indexa ainda livros, capítulos de livros, documentos de eventos e parte da literatura não-convencional produzida na área de saúde, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2 - Indexação da produção científica por tipo de literatura
Bases Lilacs e Medline - 1982 a 2002
TIPO DE LITERATURA

Ano Publ.	Ap.	Livros Cap.	Livros	Tese	Dissert.	Anais	Lit. N-Conv.	Total
1982	3	0	0	0	4	0	0	7
1983	4	0	2	0	2	0	0	8
1984	8	0	1	0	0	0	0	9
1985	21	1	0	0	0	0	2	24
1986	18	1	9	0	0	0	0	28
1987	17	2	0	1	0	1	0	21
1988	10	1	0	1	1	0	3	16
1989	11	0	1	0	0	0	3	15
1990	9	0	1	0	0	0	15	25
1991	11	0	0	0	0	0	4	15
1992	10	3	1	0	4	0	5	23
1993	21	1	7	1	1	4	3	38
1994	9	1	17	0	0	0	1	28
1995	12	2	4	0	0	0	2	20
1996	17	0	0	1	1	0	1	20
1997	18	3	0	1	0	0	4	26
1998	19	6	0	0	0	0	1	26
1999	20	5	0	0	0	0	4	29
2000	20	1	1	1	0	0	1	24
2001	37	0	0	1	0	0	0	38
2002	24	1	1	0	0	0	0	26
S.d	0	1	0	1	0	0	4	6
TOTAL	319	29	45	8	13	5	53	72
%	67,58%	6,14%	9,53%	1,69%	2,75%	1,06%	11,23%	100,0%

Como demonstra o Quadro 2, o veículo mais utilizado para divulgação do conhecimento produzido pelo ISC no período do estudo foram os artigos de periódicos, que totalizaram 319 dos 472 itens indexados e disseminados nas bases de dados Lilacs e Medline. Os artigos publicados em periódicos representaram, portanto, 67,58% dos veículos utilizados para divulgação da produção científica, confirmando a literatura, que descreve os periódicos científicos como os canais de preferência para divulgação dos resultados da ciência entre os pesquisadores das várias áreas do conhecimento. Em segundo lugar ficou a literatura não-convencional, com 11,23%, seguida dos capítulos de livros, com 9,53%, e dos livros, com 6,14% dos veículos utilizados para disseminação do conhecimento científico.

TÍTULOS DE PERIÓDICOS

A partir das informações coletadas e analisadas, obteve-se um total de 246 artigos publicados em periódicos nacionais e 73 publicados em periódicos inter-

nacionais. Listamos a seguir os títulos dos periódicos nacionais e internacionais, respectivamente no Quadro 3 e no Quadro 4, acompanhados do número de artigos publicados no período de 1982 a 2002.

PERIÓDICOS NACIONAIS

Quadro 3 - Periódicos nacionais com maior número de publicações

Período de 1982 a 2002

Título do Periódico	Número de Artigos Indexados
Caderno de Saúde Pública	55
Revista Baiana de Saúde Pública	32
Revista Saúde Pública	29
Revista Soc. Bras. de Medicina Tropical	15
Saúde em Debate	15
Informe Epidemiológico do SUS	11
Revista Brasileira de Educ. Medica.	10
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	07
Revista do Instituto de Med. Tropical-SP	06
Divulgação em Saúde	06
Revista ABP-APAL	06
Saúde e Sociedade	04
Ciência e Cultura	04
Revista de Administração Pública	04

Conforme se observa no Quadro 3, os títulos dos periódicos nacionais com maior incidência de artigos publicados e indexados nas bases Lilacs e Medline pelo grupo de pesquisadores do ISC foram o *Caderno de Saúde Pública*, a *Revista Baiana de Saúde Pública* e a *Revista de Saúde Pública*. Os demais títulos possuem menos de quatro artigos indexados. Os artigos localizados na base de dados Medline mais publicados em periódicos brasileiros foram considerados na tabulação como de divulgação nacional.

PERIÓDICOS INTERNACIONAIS

Quadro 4 - Periódicos internacionais com maior número de publicações

Período de 1982 a 2002

Título do Periódico	Número de Artigos Indexados
Rev Panam Salud Pública	16
Bol Of Sanit Panam	7
Bull Pan-Am Health Organ	6
Int J Tuberc Lung Dis	5

Lancet	4
Trans R Soc Trop Med Hyg	3
Trop Med Int Health	3
Am J Epidemiol	3
Am J Trop Med Hyg	3
Int J Addict	3
Control Clin Trials	2
Int J Epidemiol	2
Int J Occup Environ Health	2
Int J Lepr Other Mycobact Dis	2
J Acquir Immun Defic Syndr	2
J Epidemiol Community Health	2

Para os periódicos internacionais, conforme demonstrado no Quadro 4, os títulos que mais se destacaram entre o grupo de pesquisadores do ISC foram a *Revista Panamericana de Salud Pública*, o *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* e o *Bulletin Pan-American Health Organization*. Os demais títulos possuem menos de dois artigos indexados.

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UFBA

Através da análise cientométrica da produção científica dos pesquisadores estudados, foi possível conhecer a evolução da produção anual do ISC indexada nas bases de dados Lilacs e Medline no período proposto pelo estudo, como pode ser observado no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5 - Distribuição da evolução da produção científica por percentual de ano Bases Lilacs e Medline

Período	Total de Publicações por Ano	% ISC / Ano
1982	07	1,48%
1983	08	1,69%
1984	09	1,91%
1985	24	5,08%
1986	28	5,93%
1987	21	4,45%
1988	16	3,39%
1989	15	3,18%
1990	25	5,30%
1991	15	3,18%
1992	23	4,87%
1993	38	8,05%
1994	28	5,93%
1995	20	4,24%
1996	20	4,24%

1997	26	5,51%
1998	26	5,51%
1999	29	6,14%
2000	24	5,08%
2001	38	8,05%
2002	26	5,51%
S.d	06	1,27%
Total Geral	472	100%

PUBLICAÇÕES COM AUTORIA ÚNICA E MÚLTIPLA

Com o objetivo de conhecer como os pesquisadores deste estudo se organizaram para publicar seus trabalhos, procurou-se identificar o tipo de autoria por pesquisador, conforme analisado no Quadro 6. Os trabalhos com autoria múltipla, representando 71,3% das 472 publicações indexadas nas bases de dados Lilacs e Medline no período estudado, destacaram-se em relação aos trabalhos com autoria única, que somaram apenas 28,7% do total.

Quadro 6 - Publicações por pesquisador com autoria única e múltipla
Bases Lilacs e Medline - 1982 a 2002

Pesquisadores	Autoria Única	Autoria Múltipla	Total
1. Ademário Spinola	3	5	8
2. Carmen FontesTeixeira	15	38	53
3. Ceci Vilar Noronha	1	9	10
4. Conceição N. Costa	2	27	29
5. Ediná Alves Costa	3	0	3
6. Eduardo Mota	2	23	25
7. Eliane Cardoso	2	7	9
8. Estela Aquino	2	9	11
9. Gloria Teixeira	2	14	16
10. Greice Menezes	1	8	9
11. Inês Dourado	0	17	17
12. Jairnilson Paim	54	39	93
13. Jorge Solla	2	5	7
14. Leny Trad	0	2	2
15. Ligia Rangel	2	2	4
16. Ligia Vieira	11	18	29
17. Maria Guadalupe	1	5	6
18. Maurício Barreto	10	38	48
19. Maurício Cardeal	0	1	1
20. Mônica Nunes	1	3	4
21. Naomar A. Filho	16	40	56
22. Pedro R. Prata	2	0	2
23. Rosana Aquino	1	3	4
24. Susan Pereira	1	4	5
25. Vilma Santana	1	20	21
Total Geral	135	337	472

O Programa de Pós-Graduação do ISC, considerado pela Capes como centro de excelência no desenvolvimento do ensino e da pesquisa em saúde coletiva, busca integrar e compartilhar o conhecimento produzido, como foi possível observar a partir dos resultados encontrados na análise de autoria dos trabalhos indexados na Lilacs e Medline.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi identificar a produção científica dos docentes e técnicos do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia indexada nas bases Lilacs e Medline no período de 1982 a 2002. Buscou-se identificar as publicações e agrupá-las por autor/pesquisador, tipo de literatura e ano de publicação. A produção gerada pelo pesquisadores do ISC e indexada nas duas bases de dados durante o período definido totalizou 472 itens. Esse montante, porém, não é representativo da produção do órgão, já que o número total de publicações do ISC no período, como se verificou em levantamento paralelo realizado na plataforma Lattes do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) - www.cnpq.br - ultrapassa largamente esse número.

Os pesquisadores que serviram de base a este estudo possuem todos titulação de mestre ou doutor. No entanto, através da análise realizada na base Lilacs, apenas oito teses e treze dissertações foram identificadas, de um universo de 25 pesquisadores. Isso confirma que, apesar dos esforços nacionais no que se referente à cooperação técnica para alimentação da base, publicações como teses, dissertações e comunicações apresentadas em eventos continuam sub-representadas. Em relação ao grupo de pesquisadores analisados neste estudo, recomenda-se aos centros responsáveis o processamento e o envio dos registros dessas publicações para a Bireme, facilitando a circulação e a visibilidade do conhecimento produzido no âmbito do ISC.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, M.T.D. de et al. O papel da biblioteca na manutenção de base de dados da produção bibliográfico-científica na universidade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE BIBLIOTECAS UNIVERSITARIAS, 1990, Belém. *Anais...* Belém: [s.n.], 1990. p.112-118. v.1.
2. _____. *Pesquisa científica em saúde pública: produtividade da comunidade acadêmica brasileira, 1983-1989*. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo. Departamento de Biblioteconomia e Documentação, 1992. 258p.

3. RAÚJO, W. T. de et al. Meta-análise das dissertações do curso de mestrado em ciência da informação da UFPB: 1990-1999. João Pessoa, *Informação & Sociedade: Estudos*, v. 10, n. 1, 11 p.. Disponível em: <<http://www.informacaosociedade.ufpb.br>>. Acesso em: 10 dez. 2002.
4. BRICKMAN, R. A pesquisa universitária e o sistema científico. In: SCHWARTZMAM, S.; CASTRO, C. de M. *Pesquisa universitária em questão*. Campinas: UNICAMP, 1986. p. 37.
5. BUNGE, M. *Ciência e desenvolvimento*. São Paulo: Itatiaia, 1980. 135p.
6. CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*: para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 249 p.
7. COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Produção científica em saúde pública e as bases bibliográficas internacionais. *Cad. Saúde Pública*, v.15, n.4, p. 883-888, out.-dez. 1999.
8. LE COADIC, Yves-François. *A ciência da informação*. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 117p.
9. LOPES, I.L. Uso das linguagens controlada e natural em bases de dados: uma revisão de literatura. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 1-19, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 jul. 2002.
10. MEADOWS, A.J. *A comunicação científica*. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 268p.
11. MINAYO, M.C. de et al. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis, Vozes, 2001. 80p.
12. NASSRI, M.P.G.; GARGANTINI, M.B.M.; NASSRI, R.C.B. de M. Educação brasileira: análise temática, 1991-1994. *Transinformação*, v.12, n.1, p.49-57, jan.-jun. 2000.
13. PEREZ, J.F. Seminário sobre avaliação da produção científica: sessão de abertura. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 217-218, maio - ago. 1998.
14. ROSSEAU, R. Indicadores bibliométricos e econométricos para a avaliação de instituições científicas. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 149-158, maio-ago. 1989.
15. SCHWARTZMAM, S.; CASTRO, C. de M. *Pesquisa universitária em questão*. Campinas: UNICAMP, 1986. 232 p.
16. VANTI, N.A.P. *Da bibliometria à webometria*: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 1-19, maio-ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 jan. 2003.

Maria Creuza Ferreira da Silva

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em gestão da informação pelo PPGCI, Ufba. Bibliotecária do mestrado e doutorado do ISC, Ufba e da Escola Estadual de Saúde Pública – Sesab, Bahia.

Nanci Elizabeth Oddone

Graduada em letras vernáculas e em biblioteconomia e documentação. Especialista em produção editorial. Mestre e doutora em ciência da informação. No ano acadêmico de 2008-2009, professora visitante na escola de direito da Universidade de Kent, Canterbury, UK. Professora do ICI - Ufba.

INOVAÇÃO METODOLÓGICA NO ENSINO DAS DISCIPLINAS BÁSICAS NA ÁREA DE SAÚDE USANDO FILMES CIENTÍFICOS EM ANIMAÇÃO ELETRÔNICA

Marcondes Queiroz Oliveira
marconde@ufba.br

Danilo Rogel Oliveira
daniilorogel@gmail.com.br

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a transmissão do conhecimento universitário na área de saúde é feita por um conjunto de ações informativas tradicionais ou baseadas em novas tecnologias, objetivando permitir o aprofundamento do tema e a consolidação do aprendizado, independentemente de o sistema de ensino escolhido ser tradicional ou tutorial. As diversas ações nas matérias que usam os tecidos normais ou patológicos compreendem as aulas teóricas expositivas, seminários, apresentação de pôsteres, questionários, aulas práticas laboratoriais com lâminas previamente preparadas, uso de animais de laboratório, discussão de casos clínicos, etc, quando o sistema tradicional é o escolhido. Nas aulas práticas de laboratório histológico ou patológico os alunos são posicionados em bancadas, formando pares, ou individualizados. Assim realizam a visualização de estruturas teciduais em lâminas previamente processadas e coradas, usando o microscópio de luz. Nesse ato eles identificam as estruturas teciduais, exploram os diversos campos dos espécimes, utilizam aumentos microscópicos variados e executam a reprodução dos campos esco-

lhidos com o auxílio de lápis colorido. A apresentação de seminários, as discussões de artigos científicos, sessões clínicas e respostas de questionários são utilizadas também como ferramentas para a fomentação do aprendizado. Nas disciplinas clínicas em medicina, nas quais o relacionamento com paciente exige forte interação, são utilizados atores no papel de pacientes.(HARDOFF; SCHONMANN, 2001). Em medicina e odontologia clínicas equipamentos tecnológicos de realidade virtual fazem parte das ações educativas, (LEBLANC et al.; 2004). Nas disciplinas básicas, como histologia, alguns livros são acompanhados de CDs com fotomicrografias(JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2002) e em imunologia e bioquímica são usados filmes em animação eletrônica na temática molecular (JANEWAY et al., 2002; VOET et al., 2000), respectivamente.

Apesar do esforço criativo e do desempenho dos professores, o resultado não tem sido tão amplo quanto desejado, contribuindo para isso o grande volume de conhecimento incluído nas disciplinas nas últimas décadas, a insistência no uso de metodologias pouco produtivas, as novas tecnologias subutilizadas ou inadequadamente usadas, além de fatores diversos da cultura educacional. Dessa maneira, tem sido um desafio para o professor o cumprimento das metas previamente estabelecidas nos planos de curso e nos programas. Essa dificuldade para alcançar os objetivos planejados, não obstante a intensidade de esforços aplicados, resulta na imperativa necessidade do uso de novas ferramentas metodológicas adequadas, partindo das novas tecnologias disponíveis. As dificuldades são geradas também pelo tempo disponibilizado e inalterado para o professor e o aluno, enquanto o volume de conhecimento é continuamente crescente.

Assim para que as novas metodologias funcionem adequadamente, pelo menos nas áreas que utilizam os tecidos como fonte de informação e conhecimento, é necessário que a sua aplicação resulte na aceleração do aprendizado com qualidade, facilite a incorporação do conhecimento novo disponível e permita a adesão dos conhecimentos das áreas correlatas. Novas metodologias, pelo menos para o estudo da imunologia e bioquímica, têm sido apresentadas, aliadas aos tradicionais e indispensáveis livros-textos, como os filmes científicos de moléculas em animação eletrônica disponibilizados por Janeway et al., (2002) e Voet et al., (2000).

O objetivo deste trabalho é apresentar filmes científicos em animação eletrônica criados pelos autores, como nova ferramenta metodológica para a transmissão do conhecimento científico básico nos cursos de ciências da saúde.

METODOLOGIA

Para o trabalho foram realizados dois filmes científicos em animação eletrônica usando os conhecimentos básicos da disciplina histologia humana e da ciência da computação para animação. Os temas escolhidos foram a amelogênese e o funcionamento dos rins. Para a realização dos filmes foram escritos inicialmente dois roteiros detalhados, um sobre o funcionamento e as estruturas morfológicas do sistema renal na condução da urina e outro sobre a formação do esmalte dentário. Os roteiros foram escritos à semelhança de um plano de aula completo e detalhado. Na etapa seguinte os roteiros foram submetidos a um *designer* para avaliação. Depois do estudo e afastamento das principais dúvidas, realizou as duas pré-produções. As pré-produções foram realizadas em conformidade com os roteiros e contou com a supervisão do histologista, o que facilitou a execução, as correções e a aprovação final para início da produção.

A produção dos filmes foi executada nos programas profissionais Adobe Illustrator CS, Adobe Photoshop 7.0 e Macromedia Flash Mx Professional, em computador PC- AIKO NT-15101, com acompanhamento integral pelo histologista até que o resultado fosse considerado satisfatório. Depois das páginas das animações concluídas e os filmes considerados prontos, foram adicionadas outras páginas mostrando fotomicrografias dos tecidos com indicações das suas células, demais estruturas, componentes e textos elucidativos dos temas escolhidos. Para a avaliação preliminar do novo método de aprendizado, vinte e sete estudantes de odontologia responderam a um questionário contendo quinze questões. Os estudantes haviam estudado o tema em aula expositiva quinze dias antes de terem sido submetidos ao questionário. Num segundo momento, os estudantes foram acomodados em torno de uma mesa, formando grupos menores ou maiores (mínimo de quatro e máximo de dezoito). Aí foi exibido um filme em animação eletrônica através de um computador portátil, as páginas com as estruturas teciduais e o texto. O filme foi projetado e simultaneamente o professor procedeu à descrição dos componentes estruturais e seu funcionamento por cinco vezes, respeitando o conteúdo programático do tema.

O mesmo questionário usado no primeiro momento foi entregue aos estudantes para elaboração das respostas, com a recomendação de que o tema fosse revisado em livro texto. Passados quinze dias, os alunos foram submetidos ao mesmo questionário em sala de aula, que, depois de recolhidos, foram corrigidos e avaliados. Os dados dos questionários foram colhidos do trabalho que os autores apresentaram no VIII Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Informação, realizado em junho de 2008 no Instituto de Ciências da Informação da Universidade Federal da Bahia.

RESULTADO

O trabalho desenvolvido resultou em dois filmes em animação eletrônica. O primeiro trata da amelogênese e mostra um desenho esquemático da fase de coroa da odontogênese, em que podem ser identificados o epitélio interno do órgão do esmalte, o epitélio externo do órgão do esmalte, o retículo estrelado, o estrato intermediário e a papila dentária, mostrando as suas respectivas células. Partindo do epitélio interno do órgão do esmalte, a animação mostra a célula ameloblasto indiferenciada de forma mais ou menos cúbica, que se transforma em pré-ameloblasto, assumindo assim uma forma cilíndrica curta, ao tempo em que o seu núcleo se inverte, correspondendo ao acontecimento chamado de inversão da polaridade. Nesse ponto na papila dentária uma pequena formação de dentina se processa, acontecimento indispensável para a formação do esmalte. Na sequência da etapa, o pré-ameloblasto se alonga um pouco mais e adquire a característica do ameloblasto com ausência do processo de Tomes, momento em que produz e libera a matriz de esmalte para formar a primeira camada de esmalte livre de prismas, chamado de esmalte prismático. Sequenciado, o ameloblasto desenvolve o seu processo de Tomes, produz a matriz de esmalte e a exporta para o meio extracelular, onde forma a primeira porção de esmalte com prisma, ao tempo em que se desloca na direção do retículo estrelado. Nos momentos anteriores, pôde ser observado o deslocamento de glóbulos protéicos do interior do citoplasma da célula para o exterior, formando os prismas. No passo seguinte da animação, observa-se a involução do ameloblasto e do seu processo de Tomes, momento em que o núcleo da célula volta para a sua porção central e uma nova camada de esmalte prismático é produzida. O encurtamento do seu tamanho se processa até tornar-se novamente uma célula mais ou menos cúbica incapaz de produzir esmalte, passando para a inatividade funcional. Ao filme foram acrescentadas páginas com fotomicrografias, textos curtos explicativos e exercícios de treinamento para identificação das estruturas estudadas.

O filme da função renal mostra a sequência do filtrado que chega ao tubo contorcido, distal sob a forma de urina. Assim, nessa fase o líquido urinário já está definido. O filtrado transformado em urina passa do túbulo contorcido distal para o túbulo coletor, seguindo para o túbulo de Bellini, formando uma estrutura tubular mais larga que as anteriores. Depois do túbulo de Bellini, a urina segue para o cálice menor, componente mais amplo semelhante a um pequeno saco, que continua para o cálice maior, bolsa mais ampla que a anterior. Desse ponto, a urina então passa do cálice maior e se desloca na direção da pelve renal, uma bolsa ampla que se estreita no seu final para formar o ureter, região em que a urina tem

a sua sequência. Aos filmes foram adicionadas outras páginas, com textos, fotomicrografias e exercícios explicativos.

DISCUSSÃO

As aulas tradicionais usadas no ensino dos temas que envolvem os tecidos humanos compreendem muitos recursos que continuam sendo aplicados na atualidade. Entretanto, não parece que estejam cumprindo completa e adequadamente as suas finalidades na atualidade. As dificuldades principais são fundadas no grande volume de conhecimento disponível na atualidade e no tempo fixo disponível para professores e alunos desenvolverem suas atividades, requerendo um elevado número de horas dedicadas ao ensino e ao aprendizado. De qualquer modo, o tempo disponível e estabelecido para o professor transmitir o conhecimento é fixo, enquanto o volume de produção é crescente. Assim, as novas tecnologias devem fornecer novas metodologias para satisfazer às necessidades de aprendizado da atualidade para alunos e professores, considerando que, além do grande volume de conhecimento produzido, existe a forte participação de novas matérias e conteúdos e a forte interação interdisciplinar. Dessa maneira, as novas metodologias para o ensino atual devem ser capazes de permitir a compreensão dos temas no menor tempo possível, de contribuir para o completo domínio do tema em estudo, de conduzir para o aprofundamento da matéria estudada e devem ser suficientemente atraentes para estimular o estudante.

Na busca de facilitar o aprendizado, Newbrey e Baltezare (2006), utilizaram e recomendaram o uso de pôsteres no ensino das matérias de ciências biológicas, considerando que, além da melhora do conhecimento do tema, o benefício na escrita foi outro resultado positivo. Chase e Geldenhuys (2001) usaram questionários com os mais variados graus de exigência cognitiva, para o ensino da disciplina de histologia, formando pequenos grupos de estudantes, com acompanhamento. Esses autores colheram resultados positivos no aprendizado da disciplina de histologia, a despeito de terem lidado com turmas grandes e heterogêneas de estudantes. Apesar dos bons resultados colhidos, o esforço exigiu, adicionalmente ao trabalho do professor, o apoio de outros profissionais e monitores extras. O uso de animais de laboratório tem sido um recurso de aula prática que se considera importante no ensino e aprendizado em histologia. Entretanto, esse método não foi melhor que a aplicação dos outros métodos tradicionais, conforme o estudo de Diniz et al., (2006), enquanto LeBLANC et al., (2004) usaram aparatos tecnológicos avançados para atividades clínicas.

Considerando a positividade através do uso de pôsteres (NEWBREY; BALTEZORE, 2006) e o uso de questionários (CHASE; GELDENHUYS, 2001), os nossos resultados indicam que a utilização de filme científico em animação eletrônica pode se tornar um recurso inigualavelmente importante no processo de ensino e aprendizado. A exibição do filme que versou sobre a histofisiologia do tecido muscular acompanhado de explicações detalhadas e do estudo em livro-texto permitiu a solidificação do conhecimento em grande parte dos estudantes que entenderam as questões requeridas e a elas responderam acertadamente (OLIVEIRA; O ROGEL, 2008).

Embora o uso de filmes de temas histológicos em animação eletrônica seja uma iniciativa pioneira dos autores deste trabalho, pelo menos no estado da Bahia, Janeway et al., (2002) têm usado esse recurso em CD-ROM, que acompanha o seu livro de imunologia, e Voet et al., (2000) em seu livro de bioquímica, mas eles tratam de temas moleculares, enquanto Junqueira e Carneiro (2002) disponibilizaram em seu livro de histologia CDs com imagens de tecidos. As animações eletrônicas dos autores citados têm contribuído positivamente no ensino da pós-graduação, mas são pouco usados na graduação. Possivelmente isso acontece, em parte, devido ao comportamento cultural estudantil de usar cópias de capítulos de livros, restringindo o uso pleno de uma publicação textual. É fato também a escassa disponibilidade de filmes em animação eletrônica, o mínimo incentivo a essas metodologias avançadas e o custo consideravelmente alto desse tipo de produção.

O uso de filme em animação eletrônica como prática metodológica para o ensino das disciplinas que usam os tecidos normais e patológicos a estudantes de graduação, em nossa experiência prática, gerou uma resposta poderosa no aprendizado, sugerindo que a sua prática deve ser ampliada e expandida a outras disciplinas das áreas de saúde e de ciências biológicas.

CONCLUSÃO

Considerando as avaliações da aplicação dessa nova metodologia em sala de aula e os resultados anteriores apresentados em evento nacional, as conclusões são as que seguem:

- 1 - O novo método determina e facilita a compreensão do funcionamento das estruturas teciduais componentes dos órgãos e tecidos.
- 2 -O tempo que o professor usa para ministrar o tema é menor, quando comparado à exposição tradicional.

- 3 - O filme pode ser repetido indefinidamente e aplicado a grupos maiores ou menores de estudantes, além de permitir ao professor avançar no aprofundamento do tema.
- 4 - O tempo gasto para a formação do aprendizado é reduzido enormemente, o que facilita o avanço no tema e a busca das partes para formar o todo da temática estudada.
- 5 - A produção de filmes em animação eletrônica tem custos elevados, mas, considerando os resultados que propicia, é compensatório o investimento.
- 6 - A nova metodologia estimula o estudo dos temas e os estudantes se identificam facilmente com as novas metodologias originadas de máquinas e computadores.
- 7 - É necessário que pesquisas sejam realizadas com essa nova metodologia, pois os dados deste trabalho são preliminares e limitados.

REFERÊNCIAS

- CHASE, C C; GELDENHUYS, K M. Student-centred teaching in a large heterogeneous class. **Medical Education**, v. 35, p. 1066-1090, 2001.
- DINIZ, R et al. Animais em aulas práticas: podemos substituí-los com a mesma qualidade de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 31-41, 2006.
- HARDOFF, D; SCHONMANN, S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. **Medical Education**, v. 35, n. 3, p. 206-210, 2001.
- JANEWAY, C A et al., **Imunobiologia: o sistema imune na saúde e na doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 767.
- JUNQUEIRA, L C; CARNEIRO, J et al. **Histologia básica** Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2002. p. 488.
- LEBLANC et al. A preliminary study in use virtual reality to train dental students. **J Dent Educ**, v. 68, n. 3, p. 378-83, 2004.
- NEWBREY, M G; BALTEZORE, J M. Poster presentations: conceptualizing, constructing & critiquing. **The American Biology Teacher**, v. 68, n. 9, p. 550-554, 2006.
- OLIVEIRA, M Q; O ROGEL, D. Filme em animação eletrônica como nova ferramenta para o ensino da graduação na área de saúde. **CINFORM**. Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa em Informação, 8, 2008, Salvador.
- VOET, D et al., **Fundamentos de bioquímica**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 931.

Marcondes Queiroz Oliveira

Doutor em imunologia. Especialista em anatomia patológica bucomaxilar. Professor da Faculdade de Odontologia da Ufba.

Danilo Rogel Oliveira

Graduando do curso de desenho industrial da Ufba.

GESTÃO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Margarete Farias de Moraes

margarete@mmpconsultoria.com.br

Luciene Salies

lucienesalies@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O acesso a qualquer tipo de documento é parte integrante da gestão documental de qualquer organização, e as informações contidas nos documentos devem ser franqueadas aos produtores e a quem eles autorizarem. Entretanto, a gestão documental em instituições de saúde precisa de um planejamento de processos específicos para acesso a essas informações em nível de excelência, devido à sua complexidade e centralidade no contexto dessas instituições. O prontuário do paciente, pelas suas características e importância, é uma fonte ilimitada de informações. As demandas de acesso a essas informações apresentam uma grande variedade de necessidades e origens.

Primeiramente, o acesso ao prontuário, durante sua fase corrente¹, é de total necessidade da equipe assistencial. Nesse momento o prontuário ainda não está completo, destina-se à continuidade do cuidado e comunicação entre as equipes.

¹ Para este trabalho considera-se que o prontuário apresenta três fases ou idades. A corrente se refere ao período em que o paciente é atendido, seja para uma internação, seja para um atendimento de emergência ou ambulatorial. A fase intermediária está entre a alta do paciente e o ressarcimento das despesas pela fonte pagadora, seja ela qual for, ou mesmo até o momento de descarte dos formulários (caso suporte em papel) previstos como não-importantes passados os 20 anos, conforme Resolução CFM 1821/2008. E, por último, a fase permanente, que seria após os 20 anos, na qual somente os formulários mais importantes são preservados permanentemente.

A subtração de qualquer informação nessa fase coloca o paciente em risco, pois a informação é a base para tomada de decisão assistencial. Sem o prontuário, não é possível iniciar qualquer procedimento para o paciente. E é nessa fase que o prontuário precisa ser acessado por um grande e variado público, claro, todo ele relacionado à prestação da assistência ao paciente. E no retorno do paciente a um novo atendimento, principalmente para uma emergência, o prontuário é fundamental para imprimir rapidez, visto que dispensa parte das entrevistas, realização de exames básicos, entre outros procedimentos.

Do ponto de vista do custo e da otimização dos processos, a possibilidade de consultar informações anteriores e que ainda são relevantes e atuais para o tratamento e atendimento do paciente, ou ainda informações atuais importantes para tomada de decisão, evita a realização de procedimentos em duplicidade e retrabalho da equipe. Assim o acesso às informações no momento oportuno contribui para a racionalização dos custos assistenciais.

Para a equipe multidisciplinar, o prontuário é a defesa legal de seus atos profissionais, prova documental irrefutável diante de tribunais de justiça, das comissões de ética dos estabelecimentos de saúde e dos conselhos de categoria profissional. Para esses casos, ainda é certo dizer “vale o que está escrito”. Como a assistência médico-hospitalar é uma atividade extremamente rica de informações e dados, é impossível a qualquer profissional fazer uso de sua memória para retroceder e afirmar categoricamente que determinado ato aconteceu ou não. Assim a prova testemunhal em processos judiciais na área da saúde é muito rara. Dessa forma, a prova documental é a única que pode condenar ou absolver profissionais e instituições.

As informações contidas no prontuário do paciente são um grande banco de dados à espera de processamento, pronto para gerar pesquisas científicas sobre as doenças e seus tratamentos, assim como pesquisas para melhoria de procedimentos de cuidado, de eficácia de medicamentos e materiais, etc. As pesquisas requerem considerável quantidade de amostras que legitimem seus resultados e conclusões. Assim a possibilidade de processar dados de uma grande quantidade de casos é fundamental para conferir um caráter científico a uma pesquisa.

O prontuário permite o conhecimento de um bom número de casos com todas as variáveis, sejam antecedentes, concomitantes ou consequentes da enfermidade. A partir dos registros contidos nos prontuários, é possível identificar prevalência, incidência, morbidade e mortalidade de determinada doença, assim como é possível também verificar a eficácia de terapêuticas clínicas, intervencionistas e medicamentosas.

O prontuário do paciente é fundamental para o ensino e aprendizagem de profissionais na área de saúde. É a teoria aprendida nos bancos das universidades aplicada em situações reais. As informações dos relatos dos pacientes, das observações dos profissionais, dos exames clínicos e complementares fornecem o conteúdo necessário para que os aprendizes constatem a dimensão prática de conceitos e postulados assimilados nas aulas teóricas. O prontuário é o registro do fazer, da experiência vivida por profissionais, cujas condutas adequadas e eficazes ensinam e educam novos profissionais.

Cada vez mais, os serviços de saúde são remunerados pela contrapartida de apresentação de fatura auditada. Isso significa que, a cada item cobrado, o estabelecimento de saúde deve garantir o devido registro no prontuário do paciente. As auditorias de contas são realizadas através da verificação da efetiva utilização dos materiais e realização de procedimentos, a partir da análise do prontuário. O que não está registrado devidamente, não é pago. Como a prestação de serviço em saúde, do ponto de vista administrativo-financeiro, caracteriza-se pelo alto nível de variedade, volume e custo dos recursos materiais utilizados, o perfeito registro de todos os procedimentos é vital para sustentabilidade financeira dos estabelecimentos de saúde.

Diante de tudo que foi exposto, concluímos que o prontuário ou parte de suas informações, em qualquer fase, pode ser requerido para ensino, pesquisa, estudos estatísticos, investigação epidemiológica, processos legais e éticos, bem como para toda ordem de necessidades sociais e pessoais do paciente, como seguros de vida, isenção de imposto de renda, comprovação de doença por invalidez, etc.

Segundo o Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (2003)²:

O cuidado ao paciente é um empreendimento complexo, altamente dependente de informação. Para coordenar, integrar e prestar serviços, as instituições de saúde necessitam de informação sobre os pacientes, os cuidados prestados, os resultados do cuidado, o seu próprio desempenho e de informação científica. A informação é um recurso que deve ser gerenciado de maneira efetiva pelos líderes da instituição, assim como os recursos humanos, materiais

² Esse manual é base para o processo de acreditação hospitalar internacional coordenado pela JCI – Joint Commission International, subsidiária da americana Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization – JCAHO. No Brasil a JCI tem parceria com o CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação, nome fantasia da Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA. O CBA é o representante exclusivo da Joint Commission International no Brasil (www.cbacred.org.br – acessado em 28/08/2008).

e financeiros. Toda instituição procura obter, gerenciar e utilizar a informação para melhorar os resultados dos cuidados para os pacientes e seu desempenho global. Embora a informatização e outras tecnologias melhorem a eficiência, os princípios do bom gerenciamento da informação aplicam-se a todos os métodos, sejam eles baseados em papel ou eletrônicos.

A gestão de arquivo médico necessita planejar processos que garantam o perfeito acesso às informações do prontuário às pessoas autorizadas, salvaguardando a privacidade do paciente, a integridade do documento, a segurança da informação e a imagem da instituição mantenedora desses acervos. Por acesso podemos entender que é a possibilidade de consulta de documentos e informações. Podemos complementar essa definição como sendo “função arquivística destinada a tornar acessíveis os documentos e a promover sua utilização” (DICIONÁRIO DE TERMINOLOGIA ARQUIVÍSTICA, CONARQ, 2005). Dessa forma o processo de acesso às informações do prontuário do paciente deve ser dividido em dois subprocessos: consulta/empréstimo do prontuário no espaço físico da instituição e atendimento às solicitações de informação extraídas do prontuário em forma de certidões, cópias, relatórios, etc.

PROCESSO DE CONSULTA/EMPRÉSTIMO DO PRONTUÁRIO

O Manual Brasileiro de Acreditação (2006)³ estabelece que as instituições hospitalares devem criar “sistemática de controle de entrada e de saída, de circulação e mecanismos de segurança e rastreabilidade dos prontuários, documentos e registros do cliente/paciente”. Esse item de orientação parte do pressuposto de que, para o gerenciamento da informação, é necessário controle. Não seria possível garantir às pessoas autorizadas o acesso à informação do prontuário, se ele não estivesse localizável e conseqüentemente disponível.

O Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (2003) preconiza que “os profissionais de saúde têm acesso às informações do prontuário a cada vez que o paciente é avaliado para um novo atendimento ou continuidade do cuidado” (GI 2.3) e que “a política da instituição define o formato e o conteú-

³ O manual brasileiro é a base do processo de acreditação nacional coordenado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, que é uma organização não-governamental caracterizada como “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”, com abrangência de atuação nacional. A ONA tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País (<www.ona.org.br>. Acesso em: 28 ago. 2008).

do do prontuário do paciente e identifica as pessoas autorizadas a fazer anotações neste documento” (GI 1.5.1). Esses requisitos garantem o pleno acesso das informações do prontuário à equipe assistencial durante o atendimento de internação ou em atendimentos futuros. Contribuem para estabelecer um critério de segurança importante e a definição de quem pode registrar no prontuário.

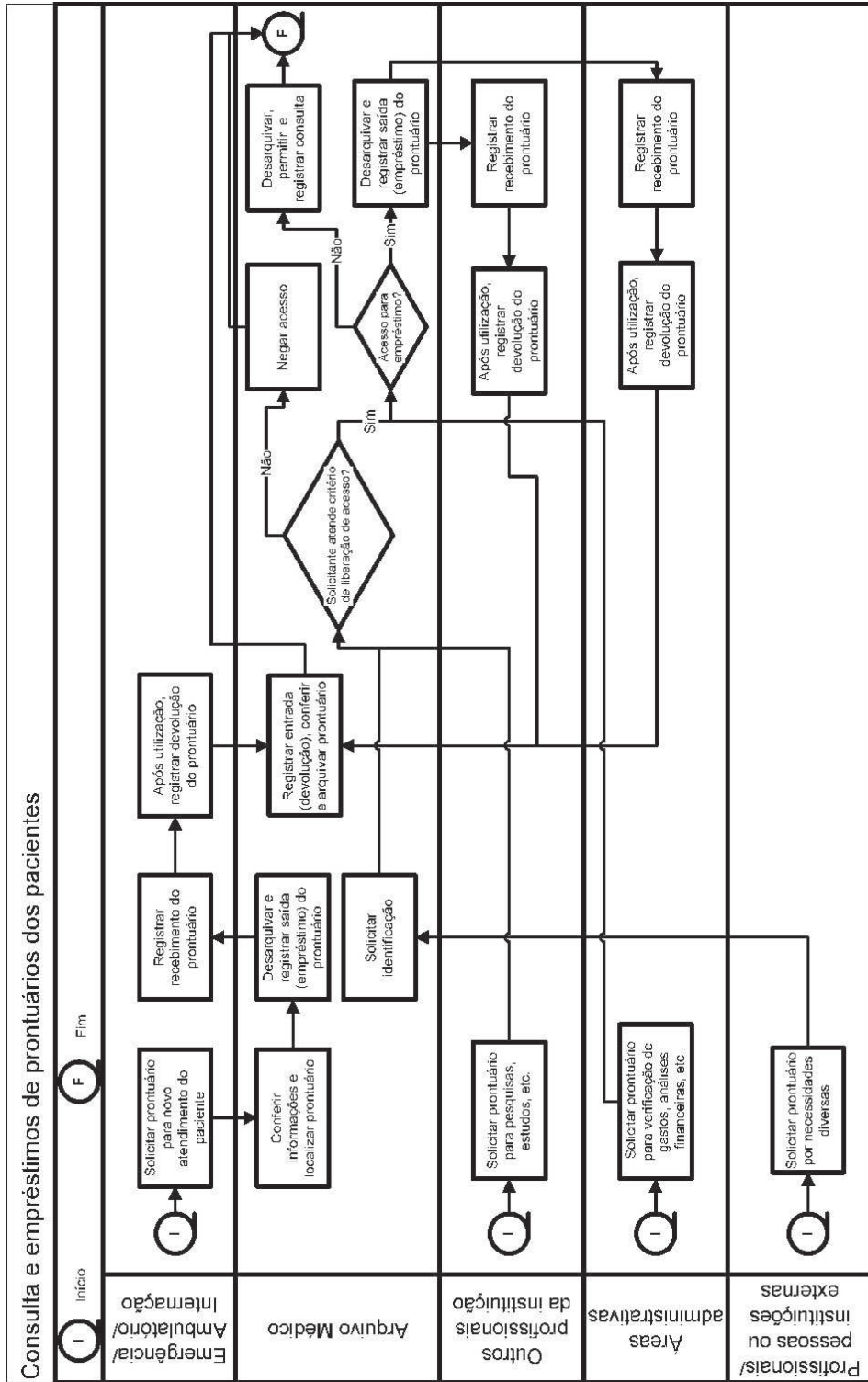
Durante o atendimento ao paciente, o prontuário é, ao mesmo tempo, a base informacional para os profissionais executarem suas tarefas e o suporte de registro depois da tarefa realizada. A instituição deve definir quem pode consultar as informações, bem como quem pode registrar suas observações e procedimentos no prontuário. Essa definição não se restringe às pessoas, mas abrange também o que elas vão escrever; por exemplo: ao médico cabe registrar a prescrição, anamnese, evolução diária, procedimentos invasivos, entre outros; à enfermagem cabe registrar a administração dos medicamentos, evolução diária, balanço hídrico e assim por diante.

O planejamento do processo de consulta/empréstimo do prontuário deve levar em consideração as condições de uso e necessidade de acesso às informações em cada fase do prontuário. Não se deve restringir, por exemplo, a saída de prontuário do espaço físico do arquivo médico para casos de novos atendimentos do paciente, seja para internação, seja para ambulatório ou emergência. Entretanto, deve haver alguma restrição de empréstimos em caso de necessidade de acesso para pesquisa ou estudo por parte de profissionais e estudantes. (Ver modelo básico para esse processo na página seguinte).

Como pode ser visto no fluxo do modelo básico, o processo se inicia com a necessidade de informação por parte de grande número de pessoas. É necessário planejar as etapas seguintes do processo baseadas em critérios pré-estabelecidos de autorização de acesso.

Antecede a esse processo, assim como aos processos de solicitação de informação extraída do prontuário, uma política de autorização de acesso baseada na legislação vigente e na realidade da instituição. Essa política deve ser legitimada pela autoridade máxima da instituição e disseminada para todos os profissionais assistenciais e administrativos.

O gestor do arquivo médico deve seguir rigorosamente os critérios de autorização de acesso e as orientações sobre liberação para empréstimos, pois é um risco jurídico agravado para a instituição o fato de um prontuário concedido indevidamente para empréstimo sofrer alguma avaria ou extraviar-se. Agravado porque a avaria ou extravio do prontuário constitui-se um risco jurídico sempre. A ausência de critérios de segurança, ou o não-respeito rigoroso a eles agravam a situação da instituição na defesa frente a algum processo judicial.



Mesmo que a solicitação atenda aos critérios de empréstimo, o controle deve ser rigoroso, assim como rigorosas também devem ser as cobranças quanto aos prazos de retorno. Esses prazos devem também ser pré-estabelecidos e, se necessário, escalonados. Por exemplo: empréstimos para 48 horas, 72 horas, 1 semana, etc. Falhas no controle de empréstimos inviabilizam a localização rápida do prontuário para atendimento de novas demandas de informação.

A instituição também deve estabelecer o fluxo permitido do prontuário dentro da instituição, durante e após a conclusão do atendimento do paciente, para garantia da rastreabilidade⁴.

O fluxo do prontuário do paciente é uma questão específica do sistema de prontuário em suporte papel. O estabelecimento desse fluxo é vital para o total controle sobre o prontuário.

A pessoa que tem autorização para empréstimo não tem necessariamente autorização para encaminhar esse prontuário para outro setor ou pessoa. Essa definição é importante, principalmente se a instituição não se utiliza de sistemas informatizados de movimentação de prontuário, que possibilitam a descentralização do controle dos empréstimos. Com esses sistemas é possível que, em qualquer ponto da rede de computadores da instituição, seja possível registrar onde e com quem o prontuário está. Caso contrário, por segurança, é melhor que esse controle fique centralizado no arquivo médico, pois manter um controle manual descentralizado rigoroso do movimento do prontuário pela instituição é tarefa difícil e, por isso, normalmente as falhas de controle são comuns.

Importante também é o controle sobre as consultas, não só para identificar o volume de acesso às informações indicadas como consulta, mas também para identificar o perfil da clientela que usufrui da estrutura física do arquivo médico. Conhecendo-se o perfil dos consulentes, é possível planejar os espaços destinados para esse público específico, não só em número de mesas e cadeiras, mas em variedade de recursos, como computadores, projetores, periódicos, enfim, aquilo que for necessário para o consulente realizar sua tarefa da forma mais completa possível e, conseqüentemente, sentir-se satisfeito com os serviços oferecidos a ele.

⁴ Para esse trabalho a rastreabilidade está sendo colocada no sentido da capacidade de um processo de retroceder ao passado e evidenciar as tarefas que foram executadas, bem como sua seqüência lógica.

ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES DE INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DO PRONTUÁRIO

Empréstimos e consultas são apenas algumas das formas de acesso às informações do prontuário. Essas modalidades se caracterizam pelo acesso direto às informações, visto que se lê diretamente no prontuário aquilo que se necessita. Outra característica das consultas e empréstimos é a questão geográfica, ou seja, os empréstimos e consultas só podem acontecer no espaço físico da instituição, restritos ao espaço do arquivamento definitivo do prontuário e com possibilidades de acesso à informação fora do arquivo médico. Dessa forma, quando o acesso às informações do prontuário não podem ser atendidas pelas modalidades empréstimo e consulta, ou seja, quando as informações se destinam ao meio externo à instituição, é necessário responder a essas demandas de outras formas, mas sempre, é claro, se elas atenderem às exigências dos critérios de autorização de acesso às informações. (Ver na página seguinte um modelo básico para esse processo).

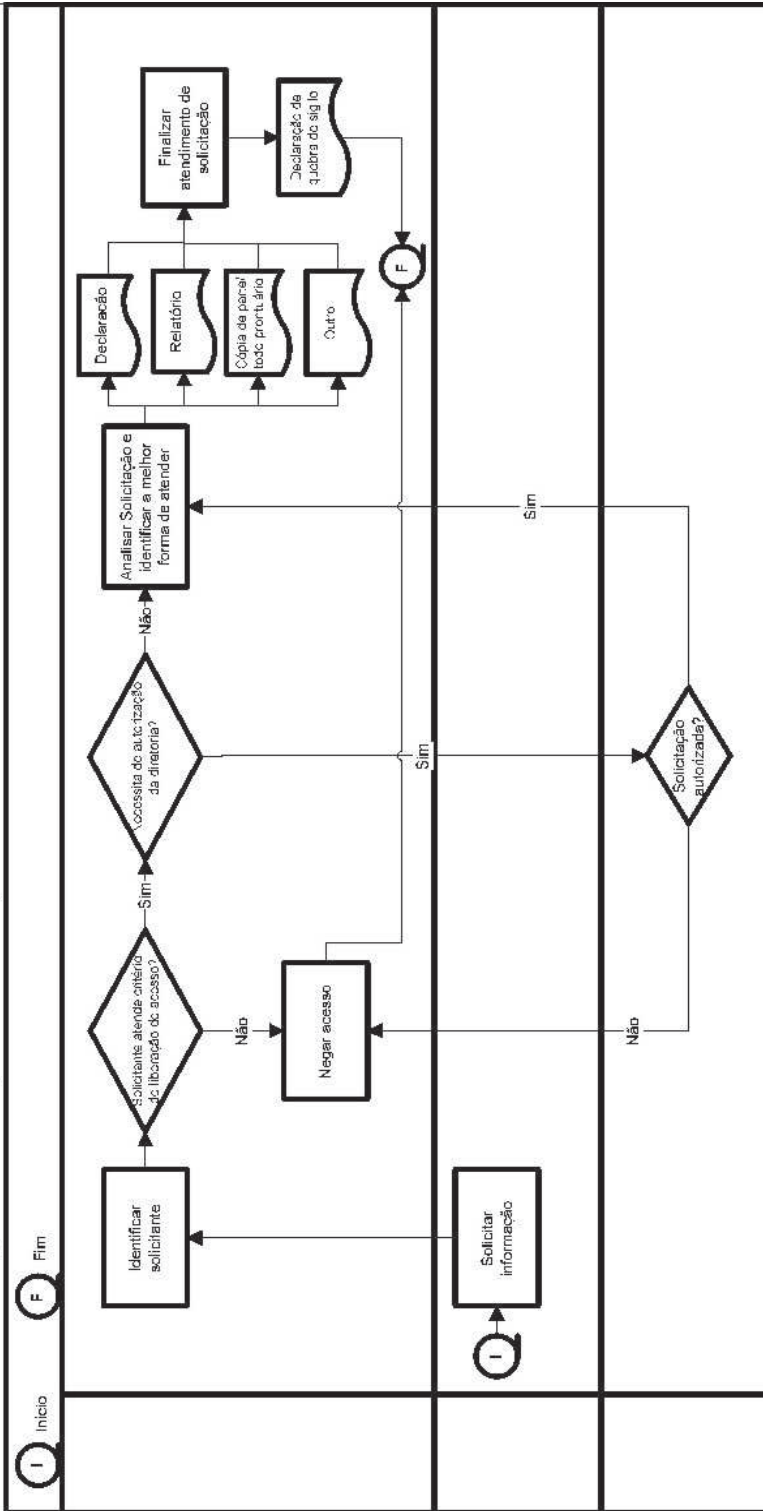
As demandas de informações que se destinam ao ambiente externo à instituição podem ser atendidas por meio de cópias ou impressões de parte ou do todo do prontuário, declarações, relatórios, certidões, exames, etc. Basicamente são formas de transcrição ou veículo de movimentação dessas informações para o mundo externo.

As necessidades externas das informações contidas nos prontuários são inúmeras, assim como são variadas as pessoas que as solicitam. As necessidades variam desde a continuidade do cuidado do paciente em outros estabelecimentos e com outros profissionais de saúde, até a isenção de imposto de renda do paciente, pagamento de seguros, prova documental em processos judiciais, emissão de vistos para estrangeiros, etc.

A cada solicitação de informação nessa modalidade deve-se, com extremo rigor, identificar o solicitante e em seguida verificar se ele atende aos critérios de acesso às informações do prontuário. Os solicitantes variam entre o próprio paciente ou alguém que o represente, entre membros da equipe que assistiram ao paciente durante o atendimento, peritos médicos designados por juízes, representantes de seguro de vida, órgãos oficiais do governo, etc. Os solicitantes não fazem necessariamente seus pedidos de corpo presente; muitos o fazem por correspondências tradicionais (cartas), telefone e correspondências eletrônicas (e-mail).

Muitas vezes esses solicitantes já fazem seus pedidos especificando o que querem, entretanto cabe ao atendente designado para essa função analisar a solicita-

Atendimento às solicitações de informação extraídas do prontuário



ção e verificar a melhor forma de atender às necessidades apresentadas. Para isso a instituição deve ser conhecedora dos protocolos burocráticos de alguns expedientes de órgãos oficiais, locais e nacionais, de fontes pagadoras de seguros, etc, não só para agilizar os atendimentos a essas demandas, mas também para racionalizar internamente o processo, economizando tempo, recursos e esforços da instituição.

Situações constrangedoras surgem quando aos solicitantes se nega o acesso às informações. Situações extremas, como agressões verbais e até físicas, não são raras.

Por isso é importante a escolha correta do profissional que exercerá essa função. Habilidades como autocontrole e empatia são fundamentais para amenizar conflitos gerados a partir da impossibilidade de acesso às informações do prontuário. Planejar o espaço para esses atendimentos em local visível e de fácil acesso ao pessoal de apoio da instituição é salutar e confere segurança a esse processo.

Todas as informações que se destinam ao meio externo à instituição devem ser legitimadas por aqueles que têm autoridade técnica sobre elas. Assim, qualquer documento que contenha informações dos prontuários, deve ser assinado pelo profissional médico responsável pelo atendimento, por sua chefia imediata, ou ainda pelo responsável técnico da instituição ou por alguém delegado para essa função. Outros profissionais de saúde e profissionais administrativos não devem legitimar documentos com informações sobre o atendimento do paciente. Os únicos documentos que podem ser legitimados por funcionário administrativo são as declarações que transcrevem informações administrativas, como data e hora da admissão e alta do paciente, nome de equipes, fonte pagadora, etc.

Declarações, relatórios, certidões não são necessariamente gêneros documentais⁵ específicos. Podemos dizer que eles se enquadram no tipo chamado textual, que segundo o mesmo dicionário, é um “gênero documental integrado por documentos manuscritos, datilografados ou impressos, como atas de reunião, cartas, decretos, livros de registro, panfletos e relatórios”.

Entretanto, todos os documentos utilizados para transmitir ao ambiente externo as informações do prontuário são textuais e têm por finalidade certificar ou afirmar um fato em razão de um ofício ou função.

Quando documentos, como os relatados acima, não são suficientes para atender à necessidade apresentada pelo solicitante, não sobra alternativa senão a

⁵ Entende-se por gênero documental “reunião de espécies documentais que se assemelham por seus caracteres essenciais, particularmente o suporte e o formato, e que exigem processamento técnico específico e, por vezes, mediação técnica para acesso, como documentos audiovisuais, documentos bibliográficos, documentos cartográficos, documentos eletrônicos, documentos filmográficos, documentos iconográficos, documentos micrográficos, documentos textuais”. (DICIONÁRIO DE TERMINOLOGIA ARQUIVÍSTICA, CONARQ, 2005)

cópia de todo o prontuário ou parte dele. Situações como essa se apresentam normalmente quando o paciente precisa continuar os cuidados em outro estabelecimento ou com outro profissional, quando grandes volumes de informação são necessários para que o mais recente profissional do paciente entenda o caso e prossiga com o tratamento. Dessa forma relatórios ou outros documentos são insuficientes para essa finalidade.

As cópias do todo ou de parte do prontuário do paciente podem ser requeridas como autenticadas, principalmente quando a demanda vier de órgãos oficiais. Uma cópia autenticada é aquela que, por fé pública, tem valor de documento original. Entretanto, é importante definir procedimento específico para essa tarefa, pois, para autenticar um documento em cartório, é preciso levá-lo até o estabelecimento para esse fim, e isso não pode ser delegado a qualquer pessoa, muito menos essa tarefa pode ficar a cargo do próprio solicitante. Toda e qualquer saída do prontuário da instituição é risco para sua integridade e preservação.

Toda informação do prontuário que se destine ao ambiente externo, seja através dos documentos citados, seja por cópia do prontuário, caracteriza-se como quebra de sigilo, caso o solicitante permita que essas informações sejam acessadas por pessoas não autorizadas. Uma vez que tais informações são divulgadas ao ambiente externo, é remota a segurança de que elas não serão acessadas indevidamente. Assim, a instituição deve garantir que o solicitante saiba do sigilo que incide sobre as informações e que se responsabilize formalmente, junto à instituição, de que por qualquer quebra de sigilo ele responderá pelo fato. O recomendado é que o solicitante assine um documento específico no momento da retirada do documento solicitado. Normalmente é denominado “declaração de quebra de sigilo”. Segue modelo abaixo:

DECLARAÇÃO DE QUEBRA DE SIGILO

Em cumprimento ao inciso X do Artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil e ao Artigo 70º do Capítulo V do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, o Hospital _____, faz entrega, juntamente com esta declaração, de cópia xerográfica ou impressa, relatório ou certidão do Prontuário Médico do(a) paciente

_____ ao Sr.(a) _____, documento de identidade nº _____, emitida pelo(a) _____, que se torna totalmente responsável pelo uso que dela for

feito, tendo ainda conhecimento de que o conjunto ou parte dessa documentação tem caráter **SIGILOSO**. Assim, exime-se esta instituição de qualquer responsabilidade sobre o uso da referida documentação.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Hospital

Paciente ou responsável

CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

Sobre o processo de acesso às informações do prontuário do paciente incide uma gama enorme de prescrições legislativas e normativas quanto ao caráter sigiloso dessas informações. O trabalho dos profissionais de saúde está submetido à questão do sigilo profissional e, conseqüentemente, todos os registros relacionados às suas atividades estão igualmente sujeitos a esse sigilo.

As atividades assistenciais se processam na manipulação do corpo de um ser humano e no processamento de informações relacionadas à dimensão privada de suas vidas. A saúde de uma pessoa é de foro íntimo. Segundo a nossa Constituição, “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas...” (ART. 5, INCISO X). Dessa forma, todas as informações geradas a partir desses processos de saúde são igualmente sigilosas e só podem ser acessadas por pessoas autorizadas para tal. Nesse sentido, “é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente” (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 1988 - ART. 102).

O prontuário pertence, em primeiro lugar, ao paciente. A informação contida nesse documento foi fornecida por ele aos profissionais para procederem à solução de um problema de saúde apresentado. Sem as informações fornecidas pelo paciente, o processo assistencial não se realiza. No momento em que o paciente solicita consultar as informações contidas em seu prontuário, apenas está requerendo de volta aquilo que já fornecera antes do atendimento. Assim, o paci-

ente tem acesso irrestrito ao seu prontuário, bem como a pessoa a quem ele delegar esse direito, pois “é vedado ao médico...negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar...” (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 1988 - ART. 70), e inclusive “o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica” (RESOLUÇÃO CFM 1605/2000 - ART. 1º).

Após o atendimento, quando o paciente já está recuperado e em companhia de sua família e amigos, a questão do acesso irrestrito às informações contidas em seu prontuário não é polêmica. Entretanto, muitas são as dúvidas sobre a continuidade do acesso irrestrito durante o atendimento. Em muitos casos o paciente está em estado grave e às vezes sem condições de decidir sobre o que fazer diante de informações reveladoras, como informações sobre doenças terminais, entre outras. Apesar da suscetibilidade da situação, não há nenhuma prescrição que contemple esse contexto, ou seja, o acesso irrestrito do paciente às suas informações é um direito dele em qualquer circunstância. Mas o procedimento que muitas instituições têm adotado é o de definir um profissional médico da instituição para intermediar essas solicitações de acesso ao prontuário durante o atendimento, como uma extensão do dever da equipe de saúde de fornecer todas as informações sobre o andamento do tratamento do paciente.

Além de conter a vida íntima de um indivíduo, o prontuário também registra a atividade profissional de grande número de outros indivíduos, ou seja, a equipe de saúde que assistiu ao paciente durante o atendimento. Dessa forma, além do paciente, essa equipe também tem direito ao acesso às informações, entretanto com restrições quanto ao tipo de informação requerida. Um profissional não tem direito ao acesso irrestrito às informações do paciente, principalmente se as informações não estão relacionadas diretamente às suas atividades ou não poderão servir de prova em casos de defesa profissional, pois “para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça” (RESOLUÇÃO CFM 1605/2000 - ART. 7º).

Na ausência do paciente, o acesso só poderá ser fornecido à pessoa que portar uma autorização assinada por ele. E, nos casos de morte, em que o paciente não deixou formalmente expressa a delegação sobre o acesso às suas informações de saúde, a instituição terá de analisar caso a caso e estabelecer procedimento para essas situações. Muitas instituições definem que, após a morte do paciente, somente são franqueadas as informações, sem análise prévia, ao cônjuge em condição devidamente comprovada na ocasião da morte do paciente. Os demais parentes precisam requerer na justiça o direito ao acesso.

Abaixo uma sugestão de tabela-resumo com solicitantes e suas possibilidades de acesso às informações do prontuário:

Solicitante	Acesso Irrestrito	Acesso Restrito (requer análise prévia)	Modalidades de acesso			
			Consulta	Empréstimo	Cópia do prontuário	Documentos que certifiquem fatos (relatórios, declarações)
Paciente	X		X	X	X	X
Terceiros portanto autorização do paciente	X		X	X	X	X
Cônjuge de paciente falecido		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)
Outros parentes de paciente falecido		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)
Médicos da instituição	X		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	X	X
Outros profissionais de	X		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)

saúde da instituição						da instituição)
Profissionais administrativos da instituição	X		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)
Órgãos oficiais de justiça		X	X	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)
Profissionais de saúde externos		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)
Fontes pagadoras		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	Negado	Negado	(dependendo da política de acesso da instituição)
Pesquisadores		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	Negado	Negado	Negado
Pais de pacientes menor de idade		X	(dependendo da política de acesso da instituição)	Negado	(dependendo da política de acesso da instituição)	(dependendo da política de acesso da instituição)

A gestão do acesso às informações do prontuário requer da instituição de saúde pleno conhecimento das restrições legais de acesso ao prontuário do paciente. A partir disso, é necessário que se definam internamente os procedimentos para as exceções. A instituição também deve estabelecer um fluxo padrão para circulação do prontuário entre os setores. A gestão de acesso é um processo que

deve ser gerenciado para garantir a segurança, tanto das informações como da instituição, bem como para garantir a privacidade do paciente. A excelência no processo de gestão de acesso permite que as equipes obtenham as informações necessárias para atendimento ao paciente de forma eficiente e segura.

REFERÊNCIAS

Código de Ética Médica, CFM, 1988.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Dicionário de Terminologia Arquivística, Conarq, 2005

Manual Brasileiro de Acreditação, ONA, 2006.

Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar, CBA, 2003.

Resolução 1605, CFM, 2000.

Resolução 1821, CFM, 2007.

Margarete Moraes

Graduada em arquivologia pela Unirio e em história pela Uerj. Mestre em história das ciências pela Fiocruz. Professora da Ufes. Docente em cursos de qualidade, implantação de normas e organização de arquivos médicos.

Luciene Salies

Graduada em biblioteconomia, documentação e arquivologia, com habilitação em documentação médica pela UFF. Mestre em bens culturais e projetos sociais pela FGV/RJ. Especialista em arquivologia pela Ufba e em planejamento, organização e direção de arquivos pela UFF e Arquivo Nacional.

NOVOS CAMINHOS PARA O PROFISSIONAL DA INFORMAÇÃO BIBLIOTECÁRIO: competências, habilidades, atitudes e a MBE

Maria da Graça Gomes Almeida

mggomes@ufba.br

Kátia de Carvalho

kcarvalho560@gmail.com

Na sociedade contemporânea, os avanços científicos e tecnológicos influenciam as práticas profissionais e, nesse sentido, a área da saúde representa um campo importante, no qual os profissionais dessa área partilham a missão de tratar e curar pessoas, com ênfase na melhor informação científica disponível.

Convém salientar que o profissional da informação, em particular o bibliotecário que atua na área da saúde, necessita adequar-se a um emergente campo de atuação que exige novas competências e que se denomina Medicina Baseada em Evidências (MBE); tendência que vem ocorrendo na prática médica e que provoca mudanças.

A MBE surge, no início da década de 90, por iniciativa de um grupo de pesquisadores da Universidade *MacMaster*, no Canadá, visando ao ensino e à prática médica. É uma estratégia pioneira na área da medicina e, segundo Sackett et al. (2003, p. 19): “a medicina baseada em evidências consiste no uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência contemporânea disponível para tomar decisões relativas ao cuidado de pacientes individuais.” Desse modo, é a integração da evidência de pesquisa clinicamente relevante com a habilidade do médico e as preferências do paciente. À medida que a metodologia da MBE se incorpora a outras disciplinas, passa a se denominar Prática Baseada em Evidências (PBE) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Um dos principais aspectos, na prática da MBE, é a busca da informação na literatura científica e a avaliação crítica de sua qualidade. Assim sendo, envolve o trabalho do profissional da informação e apóia-se na ciência da informação e na biblioteconomia, abrindo mais um campo de atuação para o bibliotecário que trabalha na área de saúde. Nesse sentido, a prática da MBE envolve o médico, o paciente e o bibliotecário, somando conhecimentos, habilidades e atitudes (SILVA, 2005).

A difusão da literatura científica e a influência das novas tecnologias provocam novas práticas profissionais, que exigem mudanças profundas no cotidiano desses profissionais, especialmente aqueles diretamente envolvidos na produção, na coleta, na disseminação e no uso da informação. Profissionais da informação são pessoas que adquirem informação registrada em diferentes suportes, organizam, descrevem, indexam, armazenam, recuperam e distribuem a informação na sua forma original ou como produto elaborado a partir dela (CRESTANA, 2002). Desse modo, o bibliotecário também se insere nessa categoria de profissionais.

O objetivo deste trabalho é examinar o papel do bibliotecário, no apoio à prática da MBE, considerando a sociedade contemporânea, influenciada pelas novas tecnologias da informação e da comunicação, que levam ao redimensionamento das práticas de relevância social. Esse profissional, na atualidade, exerce uma função importante junto às equipes médicas, disseminando e localizando informações científicas de alta relevância para o tratamento de pacientes.

O uso da informação científica na saúde: a nova vertente da Medicina Baseada em Evidências – MBE

A sociedade da informação privilegia o uso da informação científica de qualidade no apoio às práticas médicas, que é de fundamental importância para garantir o sucesso do diagnóstico, prognóstico, terapia e prevenção de doenças. Existem duas tendências na prática médica atual: a primeira pode ser denominada tradicional, em que cada profissional procura, individualmente, renovar seus conhecimentos para exercer a prática clínica, mediante leitura, participação em congressos e consulta a colegas mais experientes; e a segunda, que vem sendo chamada de MBE. Essa tendência representa uma mudança de paradigma na área da saúde, porque institucionaliza a necessidade da incorporação de serviços informacionais e o uso de pesquisas científicas de qualidade, em ambientes de prática e aprendizagem da medicina.

A MBE preconiza o uso de pesquisas clinicamente relevantes, produzidas pelas ciências médicas, aliadas à capacidade do médico e à experiência para identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada paciente, respeitando suas preferências particulares, preocupações e expectativas.

O termo Medicina Baseada em Evidências está definido no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizado pela Bireme (2007) como: “o processo de procurar, avaliar e usar sistematicamente os achados de pesquisas contemporâneas como base para decisões clínicas. [...]”

Evidência é uma palavra de origem latina *evidentia,ae*; em grego *enérgeia*, significa ‘visibilidade, clareza, transparência’ (HOUAISS, 2001, p.1278). Do ponto de vista da medicina, evidências são:

[...] estudos clínicos publicados em diferentes periódicos ou bancos de dados eletrônicos, sob forma de artigos originais, resumos estruturados de artigos originais, revisões sistemáticas, *health technology assessments* e diretrizes (*guidelines*) (BERWANGER; AVEZUM; GUIMARÃES, 2006, p. 56).

Ou ainda: “é aquilo que é claro, a constatação de uma verdade que não suscita qualquer dúvida. Evidência científica representa uma prova de que um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso” (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007, p. 1).

A evidência em medicina vem, ao longo dos anos, passando por transformações significativas, como ilustra o quadro 1:

Tipo de conhecimento	Forma de evidência	Nomes ou fatos	Época
Religioso/Vulgar	Autoridade/Tradição	Xamãs, pajés	Pré-história, antiguidade
Vulga/Prático/Filosófico	Tradição/Opinião	Hipócrates, Galeno, Celso, Avicena	Antiguidade, Idade Média
Filosófico	Opinião Raciocínio Lógico	Sangrias, purgantes, barbeiros-cirurgiões	Idade Média, renascimento, séculos XVII e XVIII
Científico	Raciocínio dedutivo/ Raciocínio indutivo	Lavagem de mãos por Semmelweis, Pasteur, Virchow, uso da bioestatística, ensaio clínico randomizado, biologia molecular	Séculos XIX a XX

Quadro 1 – Evolução histórica da evidência em medicina.

Fonte: Wroclawski; Glina, 2007, p. 8.

A prática da medicina, em seus primórdios, fundamenta-se nos preceitos do conhecimento religioso e místico. Da Antiguidade à Idade Média, a medicina

adquire um caráter filosófico e normativo e afasta de vez a prática religiosa, através do pensamento de autores como Hipócrates e seus seguidores, como pode ser observado na seguinte passagem:

Os trabalhos de Hipócrates e de seus seguidores constituíram um marco na história da medicina ocidental. Primeiro porque até então as doenças começaram a ser descritas de forma objetiva, privilegiando-se a observação detalhada do paciente e renunciando-se a qualquer explicação causal de cunho religioso. As doenças passaram a ser entendidas como uma luta entre a força curativa da natureza e as causas que perturbam o estado fisiológico (TELLES, 1999, p. 18).

A evidência em medicina segue a opinião dos autores clássicos por muitos séculos, sendo disseminada até o século XVIII. A partir do século XIX, a evidência deixa de ter um caráter autoritário e tradicional, começando a seguir o raciocínio lógico, fundamentada, principalmente, nas teorias de Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872) e Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865).

Louis, médico francês, consegue extinguir a prática das sangrias, demonstrando sua ineficiência no tratamento da pneumonia. O método das sangrias ou flebotomia terapêutica, muito utilizado na antiguidade, significa a retirada de uma quantidade de sangue, com a finalidade de aliviar os sinais e os sintomas da doença. E Semmelweis, médico húngaro, introduz a lavagem das mãos, ao observar que a febre puerperal era mais freqüente em locais em que os partos eram feitos por médicos (e não por parteiras) que saíam diretamente das salas de anatomia para a sala de parto. A lavagem das mãos leva à queda da incidência de febre puerperal (WROCLAWSKI; GLINA, 2007).

Essas e outras contribuições importantes, que surgem no século XIX, trazem para a prática clínica um caráter mais científico, baseado em teorias mais sólidas, porém ainda fundamentadas na medicina baseada na experiência (WROCLAWSKI; GLINA, 2007).

O avanço mais significativo da medicina começa, a partir da segunda metade do século XX, através dos estudos analíticos, quando surge o primeiro ensaio clínico randomizado em 1948 (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). O ensaio clínico é:

[...] um tipo de estudo de intervenção em que se parte da causa em direção ao efeito. Os participantes são divididos, aleatoriamente, em dois grupos: o grupo da intervenção e o grupo dos controles.

Essa alocação aleatória tem como principal finalidade tornar os dois grupos semelhantes entre si (MENEZES; SANTOS, 1999, p. 285).

Os ensaios clínicos são aperfeiçoados ao longo dos anos e hoje são considerados de alta credibilidade como produtores de evidências, passando a serem classificados como a melhor forma de avaliar uma intervenção médica de caráter terapêutico.

Com a introdução da bioestatística na clínica, surge a epidemiologia clínica, isto é, uma junção do pensamento epidemiológico, com seu caráter indutivo e quantitativo, com o pensamento clínico, de natureza dedutiva e qualitativa (WROCLAWSKI; GLINA, 2007). Hoje, a epidemiologia clínica é denominada de MBE, no qual o homem doente é visto numa perspectiva que integra seus aspectos físico, mental, emocional, social e cultural.

A acessão do conceito da MBE tem influência do professor Archidald Leman Cochrane, pesquisador britânico, autor do livro *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services* (1972), considerado como um dos precursores desse movimento, que, há mais de três décadas, já alerta para a necessidade do clínico fazer a avaliação crítica da literatura médica e basear suas decisões clínicas na evidência científica. Por isso, teve seu trabalho reconhecido e homenageado com a criação dos centros de pesquisa de MBE com seu nome, os *Cochrane Centres* e a organização internacional *Cochrane Collaboration* (SANTOS, PIMENTE, NOBRE, 2007)

Seguindo os preceitos da MBE, a tomada e a decisão clínica envolvem o conhecimento fisiopatológico da doença, a evidência científica e a participação do enfermo no tratamento proposto, estabelecendo uma relação mútua entre médico e paciente. Nessa perspectiva, “a evidência clínica não deve tyrannizar a experiência, entretanto, sem evidências clínicas sólidas e robustas, a prática clínica torna-se desatualizada e ineficaz prejudicando o paciente” (AVEZUM et al., 2001, p. 165).

A MBE promove uma melhor prática da medicina, com suporte em evidências atualizadas e de qualidade, para a resolução mais rápida e eficiente das enfermidades, visando à melhor qualidade de vida aos pacientes, incluindo uma prática reflexiva e cuidadosa. Drummond (2004, p. 14) destaca seis objetivos principais da MBE, que são: avaliação da literatura médica; redução da margem de erros; sistematização da educação contínua; limitação do autoritarismo no ensino e na prática médica; racionalização dos custos e a humanização do relacionamento médico/paciente.

O grande diferencial no processo de decisão clínica, sob a ótica da MBE, é a participação do paciente no processo de tomada de decisão, que representa um elemento fundamental, formando uma parceria diagnóstica e terapêutica, otimizando o resultado clínico e a qualidade de vida. E, nesse sentido, já existem grupos dedicados ao fornecimento de informações aos pacientes e a seus familiares, como o *Consumer's group da Cochrane collaboration*. (www.conchrane.org) (BERWANGER et al., 2004)

A MBE torna-se possível, devido ao desenvolvimento de estratégias, para localizar a evidência científica e avaliar, quanto a sua validade e relevância; à criação de revisões sistemáticas; à criação de revistas dedicadas à MBE, à criação de sistemas de informação, que trazem a informação de forma rápida e a identificação e a aplicação de estratégias efetivas para o aprendizado, ao longo da vida, que melhora o desempenho clínico (SACKETT et al., 2003).

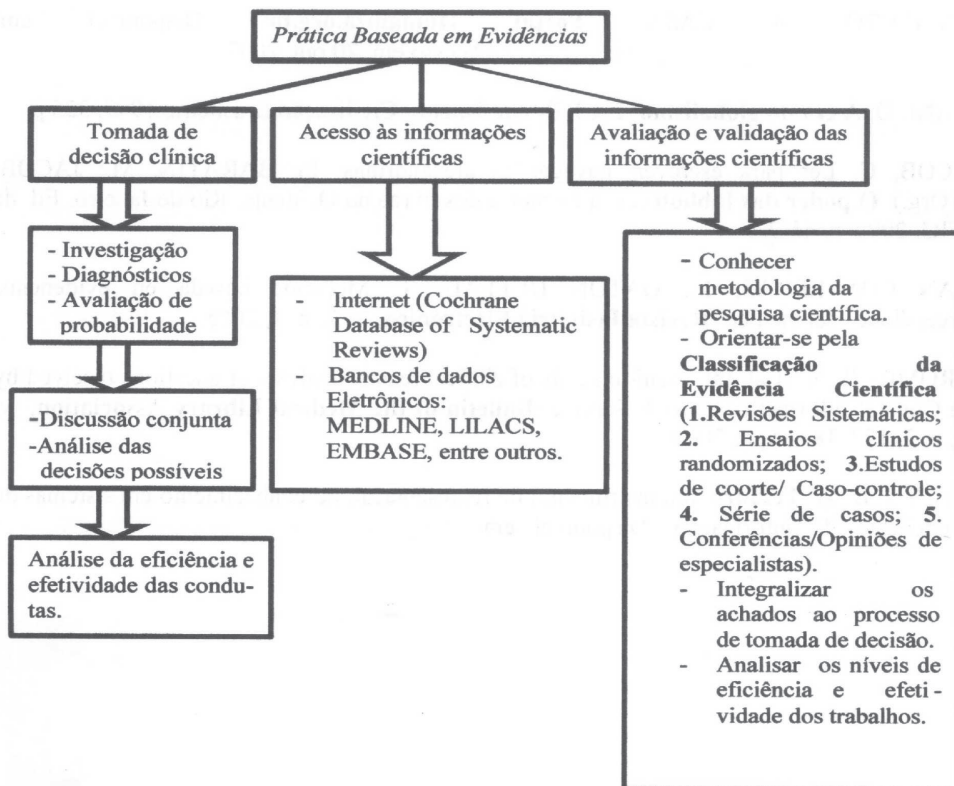


Figura 1 – Elementos constituintes da prática baseada em evidências.

Fonte: Domenico; Ide, 2003, p. 116.

Os principais componentes, que integram a prática baseada em evidências, envolvem a tomada de decisão clínica, o acesso às informações científicas e a avaliação e a validação das informações (DOMENICO; IDE, 2003). Observa-se que a literatura especializada é de fundamental importância para o desenvolvimento da área de saúde e, principalmente, para a prática da MBE, constituindo o seu núcleo central, conforme a figura 1.

As principais etapas para a prática da MBE, de acordo com Sackett et al. (2003, p. 21), envolvem: 1º) reconhecer e transformar a necessidade de informação (sobre prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento, causa etc.) em uma pergunta que pode ser respondida; 2º) identificar a melhor evidência de pesquisa disponível; 3º) avaliar criticamente a evidência quanto à validade (proximidade da verdade), ao impacto (tamanho do efeito) e aplicabilidade (utilidade na prática clínica); 4º) integrar a análise crítica com a habilidade clínica e as características do paciente; 5º) avaliar a efetividade e a eficiência na execução dos passos anteriores, procurando maneiras de melhorá-las na próxima vez.

A identificação, a coleta, a organização, a preservação, a promoção, a disseminação e o acesso às fontes de informação estão entre as responsabilidades das bibliotecas de ciências da saúde, principalmente as hospitalares e/ou biomédicas. Nesse caso, a biblioteca hospitalar precisa reafirmar o seu papel de gestora e utilizadora de recursos informacionais, direcionados para o segmento especializado, visando responder questões clínicas e apoiar o processo de tomada de decisão em saúde no hospital.

A biblioteca hospitalar como uma organização de informação

A biblioteca tem assumido novos desafios na sociedade globalizada, passando por transformações importantes e ampliando os meios de disseminação da informação. Tarapanoff (1999), há uma década, visualiza essa nova organização, denominando-a de unidade informacional, ou seja, instituição voltada para a aquisição, o processamento, o armazenamento e a disseminação da informação, que se caracteriza como uma organização social de prestação de serviços.

Para a autora, essa nova instituição para desempenhar o seu papel social não necessita estar inserida em um contexto físico, como uma biblioteca tradicional ou um centro de informação, mas estar guiada pelas necessidades informacionais de seus usuários e pelo mercado, dos quais recebe legitimidade social.

As organizações de informação, segundo a *Special Librarian Association (SLA)* (2003), são entidades que fornecem soluções baseadas em informações direcionadas para um determinado mercado. Algumas denominações são mais

freqüentes para essas organizações, tais como: bibliotecas, centros de informação, unidades de inteligência competitiva, departamentos de intranet, centros de recursos do conhecimento, organizações de gestão de conteúdos, entre outros.

Com os novos paradigmas que emergem com a MBE, aumenta a responsabilidade da biblioteca hospitalar como uma instituição gestora de informação, entendida como um nó nessa grande rede de cuidados da saúde, ou seja, uma unidade informacional que tem como missão atender as necessidades informacionais dos atores sociais da rede, provendo a informação necessária ao desenvolvimento das atividades assistenciais, educacionais e de pesquisa, em formato impresso ou eletrônico.

Mostafa (2006), ao abordar interações, aprendizagem e bibliotecas, na área de saúde, afirma que a biblioteca é um espaço transversal, rizomático, que produz linhas velozes que se cruzam e arrastam a biblioteca para vários lugares. Para a autora, a biblioteca cresce e transborda, atualizando-se em sala de aula, toda vez que: acontece o movimento de estudantes e professores, interagindo com os textos; na relação do bibliotecário e usuário, ensinando as fontes; e entre profissionais, comparando a biblioteca como um espaço rizomático, ou seja, uma base firme que se renova e se multiplica virtualmente, migrando para outros espaços de aprendizagem.

Nesse sentido, a biblioteca hospitalar se renova como um espaço de aprendizagem e se multiplica, apoiando: o ensino e as práticas médicas, a educação de pacientes através da provisão e disseminação de informações relevantes para a tomada de decisão e o desenvolvimento de políticas de saúde. Essa biblioteca possui características gerais comuns às demais bibliotecas, porém tem como diferencial a função social de facilitar o acesso à informação científica para as práticas médicas, contribuindo para um atendimento médico mais qualificado, valorizando o paciente.

A medicina, cada vez mais, é orientada pela informação científica, cabendo à biblioteca hospitalar a responsabilidade de prover, organizar e disseminar a informação, proporcionando a atualização dos conhecimentos dos profissionais da saúde e na prática médica. Então, a biblioteca hospitalar dá o suporte informacional necessário para a tomada de decisão clínica baseada em evidências, firmando-se, definitivamente, como uma organização provedora de informações pertinentes à assistência clínica, e contribuindo para a prática de uma medicina social.

A biblioteca no contexto hospitalar é imprescindível para o suporte informacional dos profissionais que ali trabalham e para os pacientes que são beneficiários finais. Porém, em muitos hospitais, inexistem bibliotecas ou centros

de documentação, apesar de constar na legislação de todo hospital, principalmente os com residência médica, a obrigatoriedade de ter uma biblioteca.

O bibliotecário face às organizações de informação: competências e habilidades

Os profissionais da informação estão vinculados profissional e intensivamente a qualquer etapa do ciclo de vida da informação, sendo capazes de operar com eficiência e eficácia o manejo da informação em organizações de qualquer tipo ou em unidades especializadas (PONJUÁN DANTE, 2000). São profissionais que se atualizam, possuem alta capacidade de pesquisa e dominam o manuseio de suportes variados de informação, visando às demandas informacionais dos usuários, em um espaço físico ou virtual.

Esses profissionais usam a informação de forma estratégica em seu trabalho, desenvolvendo recursos informacionais e implantando serviços, contribuindo para o progresso da missão da organização onde atuam, e nesta categoria estão incluídos os profissionais da informação: bibliotecários que agregam novas práticas; gestores do conhecimento; gestores web; *information brookers* e consultores (SPECIAL LIBRARIES ASSOCIATION, 2003).

Tradicionalmente, as atribuições do bibliotecário centram-se em serviços oriundos da seleção, descrição, interpretação, disseminação e preservação dos documentos e das informações que, na era virtual, passam a ter novas aplicações, exigindo um maior envolvimento intelectual (CUNHA, 2003). Nessa perspectiva, Beraquet (2006, p. 2) alerta: “o bibliotecário hoje atua em condições diferentes, como parte de equipes formadas por profissionais de distintos conhecimentos e se envolve em tarefas gerenciais e de pesquisa até então pouco exploradas.”

As mudanças que ocorrem nas instituições necessitam de ajustes nos papéis tradicionais que o bibliotecário vem desempenhando. Para Wormell (1999, p. 7), “[...] há uma necessidade crescente de reduzir o aspecto voltado para a custódia, presente no trabalho da biblioteca e abandonar a atitude passiva da profissão.”

A biblioteca tradicional, com a implementação das tecnologias de comunicação e informação, transforma-se em uma biblioteca híbrida, onde os documentos impressos convivem com documentos eletrônicos e, nesse contexto, o bibliotecário necessita adquirir novas competências e habilidades para permanecer atuante nessa instituição que, aos poucos, vai se transformando em uma biblioteca digital e, cada vez mais, incorporando novas tecnologias. Nesse contexto, o bibliotecário deixa de ser o intermediário da informação e passa a ser o gestor de

recursos informacionais, mediador informacional e pedagógico, incorporando a posição de líder e agente educacional de transformação (DUDZIAK, 2007).

O bibliotecário atua como um intelectual da informação, ou seja, um profissional com competências para gerenciar serviços cada vez mais tecnológicos e tornar acessíveis os recursos de informação, ora existentes nas bibliotecas, possibilitando o acesso a grande massa de informação disponível. Tomando como base o pensamento de Targino (2000), para atuar nessa sociedade, o bibliotecário deve desenvolver visão gerencial, capacidade de análise, criatividade e atualização.

Gerenciar recursos informacionais passa a ser um desafio para o bibliotecário, que assume a responsabilidade de organizar, acessar, localizar e filtrar a informação de qualidade espalhada em diversas bases de dados disponíveis na internet. Nas palavras de Mostafa (2006, p. 3), “o bibliotecário tem sido chamado a ensinar a aprender-a-aprender as fontes como exigência desta desterritorialização dos territórios de aprendizagem”, onde, cada vez mais, deixam de existir as fronteiras físicas.

A organização de informação na nova economia requer um novo perfil profissional que exige qualificação e maior envolvimento emocional e social dos trabalhadores, para desenvolver bem as suas tarefas. Assim, para Arruda (2000, p. 17), “[...] elege-se como ideal o profissional que potencialize a comunicação, a interpretação de dados, a flexibilização, a integração funcional e a geração, absorção e troca de conhecimento.”

Para atuar como um gestor de organizações de informação, neste século, o bibliotecário precisa ampliar suas competências profissionais e pessoais. O relatório anual da *Special Libraries Association (SLA)* (1996; 2003), intitulado *Competencies for Information Professionals of the 21st Century*, destaca as principais competências profissionais e pessoais do bibliotecário especializado, totalmente centradas nas necessidades de informação dos usuários, e que, de acordo com Barbosa (1998), podem ser aplicadas a qualquer profissional da informação. As competências profissionais envolvem: gestão de organização de informação, gestão de recursos de informação, gestão de serviços de informação e aplicação de ferramentas e tecnologias de informação, e, nesse contexto, o profissional da informação entre outras atividades precisa: possuir conhecimento especializado dos conteúdos e formatos das fontes informacionais, inclusive a competência para fazer avaliação crítica, seleção e filtragem; possuir conhecimento especializado para o negócio da organização ou cliente; desenvolver e gerenciar serviços de informação eficazes; oferecer apoio e treinamento de excelência para os usuários da biblioteca ou serviço de

informação; avaliar as necessidades de informação e projetar serviços de informação com valor agregado de forma a atender às necessidades identificadas.

Por competências pessoais, entende-se um conjunto de habilidades, atitudes e valores que permitem ao bibliotecário trabalhar com eficiência. Dentre as competências pessoais do bibliotecário, a *Special Libraries Association* (1996; 2003) destaca: buscar desafios e investir em novas oportunidades; ter visão globalizada; comunicar-se com eficácia; apresentar idéias claramente; criar parcerias e alianças; construir um ambiente baseado em respeito mútuo e confiança; respeitar e valorizar a diversidade; adotar trabalho em equipe; reconhecer o equilíbrio entre colaborar, liderar e ser liderado; calcular os riscos que enfrenta; demonstrar coragem e persistência frente às adversidades; planejar, priorizar e focalizar no que é mais crítico; demonstrar planejamento da carreira pessoal; ter pensamento criativo e inovador.

Competências e perfis dos profissionais da informação são abordados diante das tendências sociais e tecnológicas. Rodrigues (2005), analisando as competências de diferentes instituições (*Euro-Referencial I-D do ECIA*; *Body of Professional Knowledge do CILIP*; *Competencies for Information Professionals da SLA*; *Guidelines on Cultural Work within the Information Society* do Conselho da Europa; *Guidelines for Professional Library/Information Educational Programs da IFLA*), observa que as competências e as aptidões do profissional da informação para o futuro, entre outras, são: visão estratégica e prospectiva; capacidade de adaptação; curiosidade e espírito de inovação; competências de gestão; capacidade de trabalhar em equipe; representação e organização da informação; concepção e desenvolvimento de serviços de informação; criação/gestão de conteúdos; competências pedagógicas, de ensino e orientação; capacidade de comunicação; competências tecnológicas.

Beraquet et al. (2006) sinalizam que as competências valorizadas, na sociedade do conhecimento, envolvem: experiência profissional, conhecimento de tecnologias de informação, domínio de outros idiomas e competências de comunicação (oral, escrita e domínio da capacidade de compreensão e transmissão de idéias), além das competências básicas ligadas às respectivas temáticas dos campos de atuação.

Com base nas tendências relativas às competências do profissional da informação, reunidas neste trabalho, destacam-se premissas relevantes e evidentes para o estudo do perfil do profissional nesta sociedade.

Competências de Gestão	Competências Tecnológicas	Competências de comunicação e pedagógicas	Competências/ Aptidões pessoais
Possui conhecimento do negócio da instituição e cria parcerias e alianças.	Possui capacidade para navegar nas redes de comunicação.	Oferece apoio e treinamento de excelência para os usuários da biblioteca quanto ao uso dos recursos e fontes de informação.	Possui visão globalizada
Possui capacidade para formar e coordenar equipes.	Utiliza a tecnologia de informação apropriada para adquirir, organizar e disseminar a informação.	Possui capacidade de transferir conhecimento.	Possui pensamento visionário.
Desenvolve, gerencia e avalia recursos, fontes e serviços de informação.	Domina normas, formatos e métodos normalizados para descrição, apresentação e transmissão de dados.	Possui capacidade de interação interpessoal.	Constrói um ambiente baseado em respeito mútuo e confiança, respeitando e valorizando a diversidade.
Avalia as conseqüências do uso da informação e conduz estudos voltados para a solução de problemas de gestão da informação.		Possui capacidades lingüísticas.	Possui curiosidade e espírito de inovação.

Quadro 2 – Competências e habilidades fundamentais ao profissional da informação na sociedade contemporânea com base na literatura analisada.

Pelo exposto, possibilitar o acesso à informação na biblioteca requer do bibliotecário uma mudança de paradigma para gerenciar processos, através dos sistemas de informação, integrados em redes, e atuar nesse contexto exige novas qualificações, porque surge novo conceito de trabalho, no qual o trabalhador é responsável pelos processos que executa, exigindo um comportamento intelectual que o torna apto a executar múltiplas tarefas em colaboração com outros profissionais.

Um novo campo de atuação surge para o bibliotecário: a prática clínica com foco na MBE

O bibliotecário é um mediador informacional que gerencia, de maneira enfática, sistemas e processos de disseminação da informação e contribui com profissionais da saúde para uma prática médica fundamentada na informação científica. Percebe-se que as profissões se inter-relacionam e buscam novas vertentes, com a finalidade de proporcionar à população uma melhor assistência à saúde, através de uma prática médica mais humana e justa. A MBE surge como uma nova tendência no âmbito da saúde, no atendimento médico e é inovador, porque estabelece uma experiência compartilhada entre médicos e bibliotecários.

São poucos os profissionais de informação cujo principal trabalho é prover outros profissionais com informação qualitativa com valor agregado (WORMELL, 1999). Dentre esses profissionais, inserem-se os bibliotecários médicos/hospitalares ou bibliotecários clínicos como são comumente denominados na literatura internacional, principalmente dos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá e Austrália, sendo que essa denominação “bibliotecário clínico” é limitada e específica ao bibliotecário que trabalha diretamente junto à equipe clínica, providenciando a informação específica e rápida para o tratamento individual de pacientes.

O envolvimento do bibliotecário com equipes de saúde começa, desde 1917, nos Estados Unidos, devido ao crescente número de bibliotecas médicas no país, sendo a biblioteconomia clínica reconhecida como uma profissão distinta em 1939.

Durante a década de 1920, as bibliotecas hospitalares e de sanatórios eram usadas para a recreação de pacientes, evoluindo, posteriormente, para um repositório de pesquisas e documentos médicos, para o auxílio científico aos profissionais de saúde. Em 1948, a *MLA* inicia o primeiro curso para treinamento de bibliotecários médicos na *Columbia University School of Library Service*, em *New York*, com aulas ministradas pelos docentes da *College of Physicians and Surgeons*. A partir daí, o número de bibliotecários médicos dobra e, em 1967, com a evolução tecnológica, as bibliotecas começam a realizar disseminação de artigos, através de fotocópias e microfimes, assim como os serviços de padronização de resumos, arquivos bibliográficos, entre outros (SCHACHER, 2001).

A grande inserção do bibliotecário na área médica começa a partir de 1971, nos Estados Unidos, quando Gertrud Lamb propõe a idéia de que os bibliotecários devem converter-se em membros ativos das equipes de cuidados com a saúde, trabalhando junto com os médicos no suporte à prática clínica, iniciando, assim, o primeiro programa de treinamento profissional para bibliotecários médicos clínicos na *University of Missouri at Kansas City (UMKC)*, na Escola de Medicina. Em seguida, foram desenvolvidos vários programas em hospitais e escolas médicas (SCHACHER, 2001), instituindo a biblioteconomia clínica.

A MBE introduz, de forma precursora, o uso da informação filtrada e analisada em detalhes e, nesse contexto, surgem um novo perfil e novas denominações para o bibliotecário. Em 2000, Davidoff e Florence publicam um artigo intitulado *The informationist: a new health profession?*, surgindo, assim, mais uma denominação para o bibliotecário na área de saúde, o “informacionista”.

No Brasil, os bibliotecários da área da saúde, comumente chamados de bibliotecários hospitalares ou bibliotecários médicos, desenvolvem atividades em bibliotecas médicas de instituições de ensino, em associações de classe da área médica, em hospitais e clínicas (MARTINEZ-SILVEIRA, 2005). Eles, nor-

malmente, oferecem os serviços tradicionais da biblioteca para a comunidade interna e externa, porém, diante da evolução do ensino e prática médica, esses profissionais, aos poucos, vão se tornando parceiros das equipes de cuidados de saúde, apoiando as pesquisas bibliográficas e outras atividades de informação relacionadas com a prática clínica.

Por outro lado, as bibliotecas médicas enfrentam tempos difíceis e correm sérios riscos de não sobreviverem por muito tempo, caso os bibliotecários não mostrem que a biblioteca pode apoiar a missão do hospital, promovendo a assistência clínica de excelência (HILL, 2007). O advento de publicações de livre acesso, que tornam a pesquisa científica disponível gratuitamente na internet, leva ao questionamento se há necessidade de se manter e equipar bibliotecas físicas.

De acordo com Willis (2004), todas as bibliotecas, e não somente as bibliotecas médicas, têm que combater a idéia de que o acesso à internet diminui a necessidade de bibliotecas. Para a MLA (BANDY et al., 2008, p. 164), o papel do bibliotecário médico entre outras atividades envolve: coordenação da função da biblioteca com a principal missão da instituição; respostas rápidas às informações requeridas, relacionadas como cuidado ou segurança do paciente; mediação de buscas na internet e fontes de conhecimento baseado em informação e fornecimento de informação específica para grupos ou indivíduos dentro da instituição.

No processo da MBE, Beverley, Booth e Bath (2003) vêem o especialista da informação envolvido em dois contextos: primeiro, no papel de consumidor de evidência, que inclui o envolvimento na localização e disseminação da evidência, na capacitação para a pesquisa da literatura e/ou na avaliação crítica da literatura; segundo, no papel de produtor da evidência, que envolve a contribuição desse profissional na produção de revisões sistemáticas. Em concordância com Rodrigues, observa-se que:

Os bibliotecários desempenham uma importante função na expansão e suporte à prática baseada em evidências porque o seu papel é identificar e recuperar a literatura apropriada em diferentes fontes e prover a indispensável ajuda aos gestores e clínicos para a indexação e recuperação da informação para diagnóstico, etiologia, terapia e prognóstico. Além disso, bibliotecários têm um papel importante na condução de revisões sistemáticas e metanálises e na provisão de suporte para o desenvolvimento de diretrizes clínicas (RODRIGUES, 2000, p. 1345, tradução nossa¹).

¹ Librarians play an important function in the expansion and support of EBP because of their role in identifying and retrieving appropriate literature from a variety of sources and provide indispensable help to managers and clinicians in indexing and searching for information on diagnosis, etiology, therapy and prognosis. In addition, librarians have an important role in the conduct of systematic reviews and metaanalyses, and providing support for the development of clinical practice guidelines.

Com essa aliança entre bibliotecários e médicos, a comunidade hospitalar e a sociedade ganham com serviços de saúde mais eficazes. Porém, concordando com Valentim (2004, p. 156), “o trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar deve ser bem definido, isto é, cada profissional deve saber exatamente sua função na equipe, bem como qual(is) a(s) atividade(s) sob sua responsabilidade [...]”

Na busca da melhor evidência de pesquisa, o bibliotecário pode atuar em colaboração com o médico em todo o processo informacional, como representado no diagrama (Figura 2), criado a partir dos cinco passos executados em um processo MBE.

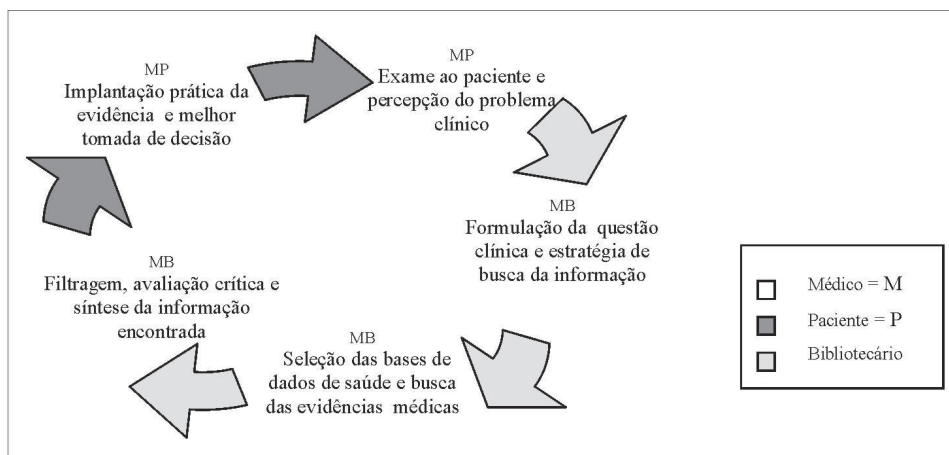


Figura 2 – Médico, paciente e bibliotecário: mediação da informação no processo de MBE.

Sua participação se dá efetivamente nos passos: formulação da questão clínica e a estratégia de busca, seleção das bases e busca da evidência, avaliação crítica da evidência e síntese da informação encontrada.

A pesquisa da literatura é um passo crítico na prática da MBE, porém de extrema importância para selecionar, eficientemente, a evidência de pesquisa científica de qualidade, que se encontra espalhada em diversas bases de dados. Com a parceria entre bibliotecário e clínico, esse passo pôde ser mais facilmente resolvido; há quase duas décadas, Holtum (1999) vem alertando que, caso a MBE se torne uma realidade, serão necessários mais bibliotecários para mediar a busca da evidência de pesquisa.

O processo de MBE começa e termina com o paciente e, após o médico reconhecer a necessidade de informação, de acordo com as características do paciente, o primeiro passo é transformar essa necessidade de informação em uma questão clínica bem construída. Esse fato constitui-se em um passo importante

para a elaboração da estratégia de busca, que possibilita a recuperação efetiva da evidência científica.

Visando perceber as diferenças na percepção dos papéis do bibliotecário no suporte à prática da MBE, conforme estão representadas na literatura direcionada aos profissionais que cuidam da saúde *versus* literatura voltada para bibliotecários, Willis (2004, p. 9-11), em uma pesquisa acadêmica, identifica doze categorias gerais de atividades do bibliotecário no suporte à MBE que, neste estudo, se toma como base para descrever as funções do bibliotecário como partícipe no processo de prática clínica baseada em evidências. São elas: 1^a) prover, enviar ou disseminar a informação; 2^a) aumentar o conhecimento das fontes de MBE e disseminar seu conceito; 3^a) ensinar a formulação de questões e habilidades de pesquisa; 4^a) executar e mediar a pesquisa na literatura; 5^a) avaliar as fontes, filtrar a informação e participar da avaliação crítica da literatura; 6^a) apoiar projetos de pesquisa, conduzir pesquisas de interesse dos clínicos; 7^a) desenvolver ou organizar fontes que apoiem o ensino ou prática de MBE; 8^a) ensinar ou participar de *workshops* de MBE, colaborar com professores ou clínicos no ensino de habilidades de MBE; 9^a) participar de encontros com professores e estudantes de medicina; 10^a) aumentar o entendimento das habilidades necessárias aos clínicos para praticar a MBE, participar de estudos, objetivando o melhoramento das habilidades dos clínicos; 11^a) participar de estudos para melhorar suas habilidades para o suporte à MBE; 12^a) participar de serviços clínicos ou visitas a pacientes.

Nesse estudo, Willis (2004) conclui que os papéis dos bibliotecários, em dar suporte à prática da MBE, são representados como tendo mais variedade e profundidade nos periódicos direcionados para o bibliotecário, quando comparados com os periódicos direcionados para os provedores de cuidados com a saúde. E constata ainda que os profissionais de saúde compreendem qual é o papel dos bibliotecários em termos de fornecer acesso geral aos recursos de MBE e conduzir investigações na literatura; porém, eles são menos conscientes do potencial dos bibliotecários em ensinar habilidades de pesquisa e participar de serviços clínicos.

As categorias identificadas pela autora são categorias gerais de ação, envolvem a gestão da informação/conhecimento e os processos de referência, no contexto hospitalar, e possibilitam a percepção da dimensão da atuação do profissional da informação no contexto da MBE.

Observa-se que o bibliotecário desenvolve um papel educativo, vivencia o intercâmbio permanente de troca de informação, orienta na utilização das fontes de informação, constrói habilidades e qualidades, institucionalizando valores éticos na aquisição e no uso da informação obtida.

O impacto dos serviços e o desenvolvimento dos papéis sob a responsabilidade dos bibliotecários inseridos no contexto da saúde, especialmente em hospi-

tais, podem ser diferenciados, dependendo da atuação individual de cada profissional e das circunstâncias locais onde estão inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas tendências levam o bibliotecário que atua na área da saúde para um campo promissor, o da medicina social, ancorado na prática da MBE, que o insere em equipes multidisciplinares de saúde, mais especificamente, equipes médicas em um universo interativo e cooperativo. Esse fato amplia o seu campo de atuação, dá visibilidade, valoriza o seu trabalho e garante sua permanência no mercado de trabalho.

Historicamente, a biblioteca sempre atuou em um contexto social, ou melhor, sempre foi uma instituição social por natureza, porém, no âmbito hospitalar e na atual sociedade, além da influência do contexto social e cultural, em que sempre esteve inserida, a biblioteca assume a responsabilidade social, científica e ética de levar ao conhecimento dos usuários as facilidades que os recursos informacionais oferecem para a recuperação da informação relevante para o tratamento de pacientes e para o desenvolvimento de políticas de saúde eficientes.

A MBE exige a seleção e a apropriação reflexiva, seletiva e crítica da informação, e isso leva o bibliotecário e o usuário a estabelecerem conexões que extrapolam as capacidades técnicas para o campo da interação interpessoal e da cognição, que exigem a visão compartilhada e o aprendizado em grupo como elementos fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho conjunto e social, em que o bibliotecário mostra caminhos para que o usuário acesse documentos e filtre a informação que realmente necessita.

As funções delineadas para o bibliotecário, no processo de MBE, levam a uma melhor compreensão de que a mediação, mais do que nunca, é oportuna e necessária, porém reformulada, para socializar essa prática e garantir que os usuários de bibliotecas hospitalares usem os recursos e as fontes de informação de forma eficiente e eficaz. Há uma mediação, no sentido de trabalho compartilhado, em que haja troca e influências recíprocas entre profissionais que convivem em espaços de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. C. C.; MARTELETO, R. M.; SOUZA, D. B. Educação, trabalho e o delineamento de novos perfis profissionais: o bibliotecário em questão. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 29, n. 3, p.14-24, set./dez. 2000.

- AVEZUM, A. et al. Transferindo as evidências da pesquisa clínica para a prática cardiológica. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 2, p.165-168, abr./jun., 2001.
- BANDY, Margaret. Standards for hospital libraries 2007. *Journal of the Medical Library Association*. v.96, n.2, 162–169, April, 2008.
- BARBOSA, R. R.. Perspectivas profissionais e educacionais em Biblioteconomia e Ciência da Informação. *Ciência da Informação*, v.27, n.1, p.53-60, jan./abr., 1998.
- BERAQUET, V.S.M. et al. Bases para o desenvolvimento da biblioteconomia clínica em um hospital da cidade de Campinas. In: *ENANCIB*, 7., 2006, Marília. Disponível em: <<http://portalppgci.marilia.unesp.br/enancib/viewabstract.php?id=269>> Acesso em: 20 ago. 2007.
- BERWANGER, O; AVEZUM, A.; CAVALCANTE, A. B. Cardiologia baseada em evidências: alguns esclarecimentos são necessários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.83, n. 4, out., 2004.
- BEVERLEY, C. A.; BOOTH, A; BATH, P. A. The role of the information specialist in the systematic review process: a health information case study. *Health Information and Libraries Journal*, v.20, n.2, p.65-74, June, 2003.
- BIREME. DECS, *Descritores em ciências da saúde*. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 25 out. 2007.
- CRESTANA, M. F. *Discurso de bibliotecárias a respeito de suas profissões na área médica*, 2002. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2002.
- CUNHA, M. V. O papel social do bibliotecário. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Florianópolis, n. 15, 1º sem., 2003.
- DAVIDOFF, F.; FLORANCE, V. The informacionist: a new health profession? *Annals of Internal Medicine*, v.132, n.12, p.996-998, 2000.
- DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.11, n.1, p.115-118, jan./fev., 2003.
- DRUMMOND, J. S. O que é a medicina baseada em evidências. In.: DRUMMOND, J. S.. SILVA, E.; COUTINHO, M. *Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p.1-24.
- DUDZIAK, E. A. O bibliotecário como agente de transformação em uma sociedade complexa: integração entre ciência...*Ponto de Acesso*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 88-98, jun. 2007.
- HILL, T. Fear, concern, fate, and hope: survival of hospital libraries. *Journal of the Medical Library Association*, v. 95, n.4, Oct, 2007.
- HOLTUM, E. A., Librarians, clinicians, evidence-based medicine, and the division of labor. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 87, n.4, Oct., 1999.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.; FRANCO, F. M. M. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2001. 2922 p.

- MARTINEZ-SILVEIRA, M. S. *A informação científica na prática médica: estudo do comportamento informacional do médico-residente*. 2005, 184 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Informação, Salvador, 2005.
- MENEZES, A. M. B.; SANTOS, I. S. Curso de epidemiologia básica para pneumologistas: III parte – estudos de intervenção. *Journal of Pneumology*, v.25, n. 5, out., 1999.
- MOSTAFA, S. P. A interação dos atores no ambiente aprendiz: o caso da saúde. *Ciência da informação*, v. 35, p. 133-140, 2006.
- PONJUÁN DANTE, G. Perfil del profesional da información del nuevo milenio. In.: VALENTIM, Marta Ligia Pomim (Org.). *O profissional da informação : formação, perfil e atuação profissional*. São Paulo: Polis, 2000. p.91-117.
- RODRIGUES, E. *Os bibliotecários na sociedade da informação : (r)evolução de perfis e competências*. [slids]. 2005 . Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/3480>>. Acesso em: 20 nov 2007.
- RODRIGUES, R. J. Information systems: the key to evidence-based health practice. *Bulletin of the World Health Organization*, v.78, n.11, p.1344-1351, Nov., 2000.
- SACKETT, D. L. et al. *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2 ed. São Paulo: Artmed, 2003. 270p.
- SANTOS, J. P. O perfil do profissional bibliotecário. In. VALENTIM, Marta Lúcia Pomim (Org.). *O profissional da informação: formação, perfil e atuação profissional*. São Paulo: Polis, 2000. 156 p. p. 107-117.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista latino-americana de enfermagem*, v.15, n.3, maio/jun., 2007.
- SCHACHER, L. F. Clinical librarianship : its value in medical care. *Annals of Internal Medicine*, v. 134, n. 8, p. 717-720, 2001.
- 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.
- SPECIAL LIBRARIES ASSOCIATION. Special Committee on Competencies for Special Librarians. *Competencies for Information Professionals of the 21st Century*. Washington, 2003. Disponível em: <<http://www.sla.org/content/learn/comp2003/index.cfm>>. Acesso em: 21 maio 2006.
- TARAPANOFF, K. O profissional da informação e a sociedade do conhecimento: desafios e oportunidades. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 1999.
- TARGINO, M. G. Quem é o profissional da informação? *Transinformação*. Campinas, v. 12, n. 2, p. 61-69, jul./dez. 2000.
- TELLES, J. L. *Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principalista da relação médico-paciente*. 1999. 129 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

VALENTIM, M.L.P. Equipes multidisciplinares na gestão da informação e conhecimento. In.: BAPTISTA, S.G.; MULLER, S.P.M. *Profissional da informação: o espaço de trabalho*. Brasília: Thesaurus, 2004.

WILLIS, A. R. *The differences in perception of librarians' roles in supporting the practice of evidence-based medicine as they are represented in the literature targeted toward healthcare professionals versus the literature targeted toward librarians*. 2004, 55 f. Dissertação (Mestrado) - University of North Carolina, Chapel Hill, 2004.

WORMELL, I. Habilidades de gerenciamento e de empreendedorismo na profissão de bibliotecário e cientista da informação. *Informação & Informação*, Londrina, v. 4, n. 1, p. 07-16, jan./jun. 1999.

WROCLAWSKI, E. R. ; GLINA, S. (Ed.) *Reverendo conceitos de urologia baseada em evidências: empregando exemplos de uro-oncologia*. São Paulo: Dendrix, 2007.

Maria da Graça Gomes Almeida

Graduada em biblioteconomia e documentação, mestre em ciência da informação. Especialista em gestão universitária e qualidade em serviços pela Ufba. Bibliotecária da mesma Universidade.

Kátia de Carvalho

Doutora em comunicação e ciência da informação pela UFRJ. Mestre em história social pela Ufba e especialista em sistemas de informação na Dinamarca e Finlândia, com bolsa da Unesco. Professora titular do ICI, membro do Conselho Consultivo do Proler e diretora do Centro de Estudos Baianos, Ufba.

ARQUIVO MÉDICO DE EMPRESAS: instrumento para concepção de programas de qualidade de vida dos funcionários

Nadja dos Santos Oliveira Carvalho

nadja.carvalho@egba.ba.gov.br

Patrícia Fernandes

patricia.fernandes@egba.ba.gov.br

Alessandra Santana

alessandrasantana@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente existe uma preocupação por parte das organizações em relação à qualidade de vida no ambiente do trabalho. Essa prática é cada vez mais frequente nas empresas. É posicionamento oriundo do novo paradigma de administração, que concebe o profissional como um bem, um capital ativo da instituição. Quando satisfeito, garante o aumento da produtividade e, conseqüentemente, assegura ganhos para a organização.

A qualidade de vida no trabalho é compreendida como um conjunto de ações que envolvem diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para o trabalho e durante sua realização.

Assim, torna-se pertinente o desenvolvimento de programas de qualidade de vida no ambiente de trabalho, que atendam às dimensões física, emocional, profissional, intelectual e espiritual do trabalhador.

O novo formato laboral apresenta inúmeros desafios enfrentados pelos empregadores, tais como adaptação às novas tecnologias, metas de produtividade, exigências de flexibilidade às inovações, competitividade, o que pode resultar em baixa produtividade provocada pelo cansaço físico e mental, prejudicando o trabalhador, com repercussão na organização.

Nessa perspectiva, apontamos o arquivo médico como importante instrumento no auxílio de criação de programas de qualidade de vida no trabalho, por ser ele um conjunto de documentos oficialmente produzidos e recebidos por um governo, organização ou firma, no decorrer de suas atividades, arquivados e conservados pelos dirigentes e seus sucessores para efeitos futuros, tendo como principal finalidade servir à administração. Ele se constitui, no decorrer do tempo, em base de conhecimento da história, cuja função é tornar disponível as informações contidas em acervo documental sob a guarda das instituições.

Assim, os arquivos médicos possuem os dados sistematizados fornecidos por ele quanto à saúde dos funcionários da empresa, apresentando informações referentes às doenças mais comuns, aos motivos de afastamento, aos setores com maior número de entrega de atestados médicos, a funcionários que mais dão entrada no gabinete médico. Este estudo visa abordar a importância dos arquivos médicos de empresa no conhecimento do perfil da qualidade de vida dos funcionários, propiciando a tomada de decisão para melhorar as relações laborais, qualificando o capital humano e potencializando o capital intelectual da organização. Recorremos à pesquisa bibliográfica com a intenção de realizar uma primeira aproximação, pois, no futuro, pretendemos dar continuidade a esta temática utilizando estudo de caso.

QUALIDADE DE VIDA

Numa primeira aproximação, o termo nos remete ao perfeito estado físico, mental e social, ou seja, qualidade de vida é estar de bem consigo, com a vida, com as pessoas queridas, em suma, estar em equilíbrio. Para Shephard (1996, *apud* BARROS; SANTOS, 1999), qualidade de vida (QV) é definida “como resultante da percepção das condições de saúde, capacidade funcional e outros aspectos da vida pessoal e familiar”.

Qualidade de vida no ambiente organizacional

No mundo das relações empresariais são constantes as inovações provocadas pela mudanças econômicas, sociais e culturais que ocorrem na contemporaneidade.

Nessa perspectiva, torna-se necessária a adaptação intelectual e comportamental do indivíduo à nova realidade.

A resistência à modernidade administrativa provoca, em parcela considerável de pessoas que constituem as organizações, um desgaste físico e mental frente à possibilidade de não se ajustarem ao novo e inevitável contexto institucional, que fatalmente irá excluir aqueles que não se adaptarem. Esse é um dos fatores que, associados à falta de condições ergonômicas, despreparo emocional e psicológico das lideranças e dos liderados e à desvalorização da capacidade profissional e intelectual, promovem um estado de pressão comprometedora da qualidade de vida do trabalhador dentro e fora do ambiente laboral, gerando estresse, que, de acordo com Selye (1956, *apud* CARVALHO; SERAFIM, 1995), consiste em “um conjunto de relações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação.”

Nesse mesmo contexto, a política nacional de segurança e saúde do trabalhador (2004) reza que:

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares. De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de : - agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as *doenças profissionais*; - doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas *doenças relacionadas ao trabalho* e; - doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

Qualidade de vida no trabalho – QVT

A expressão *Qualidade de Vida no Trabalho* surgiu na década de 1960, chamando a atenção para a falta de qualidade de vida do trabalhador. Segundo Nadler e Lawler (1983, *apud* BOWDITCH; BUONO, 2002), a ênfase na qualidade de vida no local de trabalho ocorreu no período de 1969 a 1974 influenciada pela:

[...] preocupação da sociedade norte-americana, e genericamente afluyente, em relação aos efeitos do emprego na saúde e no bem-

estar geral dos trabalhadores, e com as maneiras de se melhorar a experiência de uma pessoa no trabalho. Esta preocupação foi precipitada por uma série de pesquisas [...] que chamou a atenção para o que foi chamado de ‘Qualidade de emprego’.[...] Como nossa sociedade também se conscientizou de diversas inovações no trabalho feitas na Europa, relativas a grupos de trabalho autônomos e tomada de decisões democrática no local de trabalho, influenciava seu próprio bem-estar psicológico e a produtividade geral das organizações que as empregavam.

Após esse período decaiu o interesse pela QVT devido ao fato de as atenções se voltarem para o crescimento da inflação e por causa da crise energética, ficando os interesses dos funcionários em segundo plano. Em 1979 iniciou-se o que foi chamado de “segundo ciclo de interesse na QVT”, que Klein (1986, *apud* BOWDITCH; BUONO, 2002) descreve, afirmando que:

[...] os primeiros anos da década de 1980 testemunharam um interesse renovado e uma apreciação pela importância da qualidade de vida dos empregados. De modo semelhante às tendências do desenvolvimento organizacional, foi posta uma ênfase maior na relação entre programas de produtividade centrados no empregado e os esforços de QVT, tanto em organizações pequenas como em grandes.

Diante do exposto, podemos dizer que a natureza da QVT está compreendida basicamente em dois âmbitos: no operacional e no individual. Nadler e Lawler (1983, *apud* BOWDITCH; BUONO, 2002, p. 207) esclarecem que se trata de um conjunto de definições que equacionam a QVT com a existência de um certo conjunto de condições e práticas organizacionais tais como cargos enriquecidos, participação dos empregados nos processos de tomada de decisões, condições seguras de trabalho e assim por diante. Uma outra abordagem equaciona a QVT com os efeitos visíveis que as condições de trabalho têm no bem-estar de um indivíduo.

Dessa forma podemos identificar diferenças sutis entre os dois conjuntos de definições, levando-se em conta, ainda segundo os autores, que as “condições e características do trabalho relacionadas a uma ‘boa’ qualidade de vida no trabalho geralmente têm efeitos positivos na satisfação e na percepção dos empregados”.

Com a finalidade de se criar um senso geral da QVT, Richard Walton (*apud* BOWDITCH; BUONO, 2002), desenvolveu oito dimensões inter-relacionadas a ela, que são: 1) Compensação justa e adequada; 2) Condições de tra-

balho seguras e salutareis; 3) Oportunidade imediata de utilização e desenvolvimento da capacidade humana; 4) Oportunidade de crescimento e desenvolvimento; 5) Integração social na organização do trabalho; 6) Constitucionalismo na organização do trabalho; 7) Espaço de trabalho dentro da vida como um todo; 8) Relevância social da vida no trabalho.

Essas oito dimensões ou critérios específicos são fundamentados basicamente na vivência do indivíduo e característica do ambiente do trabalho. Nurick (1985, *apud* BOWDITCH; BUONO, 2002) diz que os significados da QVT podem ser agregados em quatro domínios distintos: filosofia; conjunto de estruturas e métodos; conjunto de processos humanos; conjunto de resultados. Para ele “o desenvolvimento de qualquer programa abrangente de desenvolvimento organizacional, efetivamente resulta num novo subsistema organizacional, no qual esses domínios básicos interagem”.

ARQUIVO: ORIGEM E IMPORTÂNCIA

Os homens primitivos, através de um método rudimentar de escrita, intentaram expressar-se permanentemente, criar algo que lhes permitisse tornar palpável a palavra falada. Com o tempo, esse método rudimentar evoluiu e com ele os tipos de suportes, que são os materiais em que as informações são registradas. Surgiu também a necessidade de se guardarem as informações de maneira que elas pudessem ser recuperadas para servir à história e à administração, independentemente de o suporte ser de pedra, tábuas, pergaminho, papiro, papel ou das mais sofisticadas mídias magnéticas ou ópticas, constituindo, assim, o que chamamos de arquivo.

Arquivo

Em linhas gerais podemos conceber o arquivo como sendo o resultado do exercício de uma atividade, comprovada através de registros em suporte de qualquer natureza em linguagem inteligível.

Para Paes(2005), arquivo é conceituado como

designação genérica de um conjunto de documentos produzidos e recebidos por uma pessoa física ou jurídica, pública ou privada, caracterizado pela natureza orgânica de sua acumulação e conservação por essas pessoas ou por seus sucessores, para fins de prova ou informação. De acordo com a natureza do suporte, o arquivo

terá a qualificação respectiva [...]. Unidade administrativa cuja função é reunir, ordenar, guardar e dispor para uso conjuntos de documentos, segundo os princípios e técnicas arquivísticas.

De acordo com o Dicionário de Terminologia Arquivística da Associação Latino-Americana de Arquivos (1998), arquivo é “conjunto de documentos produzidos e acumulados por uma entidade coletiva, pública ou privada, pessoa ou família, no desempenho de suas atividades, independentemente da natureza do suporte”.

Arquivo Médico

É um arquivo especializado, que se distingue por possuir uma ou mais características comuns, como natureza, função ou atividade da entidade produtora, tipo, conteúdo, suporte ou data dos documentos, entre outras, segundo o referido Dicionário de Terminologia Arquivística.

Destarte, o arquivo médico é especializado em informações de caráter clínico, constituído basicamente de prontuários produzidos pelo exercício de atividades médico-hospitalares, fornecendo dados relacionados a procedimentos e diagnósticos que possibilitem segurança para as tomadas de decisões, pois informações em saúde são primordiais para o planejamento, a programação e a gestão das intervenções coletivas e individuais.

Sendo o prontuário o item documental do arquivo médico, ou seja, a “menor unidade arquivística materialmente indivisível” (PAES, 2005, p. 27), faz-se necessária a definição, que compreende o termo como uma tentativa de facilitar o alcance mais amplo e abrangente do entendimento do que venha a ser um arquivo médico. Assim, segundo Ferreira (1999), “prontuário é uma ficha com os dados referentes a uma pessoa”.

O *prontuário do paciente* é registro de dados relacionados ao estado de saúde de um indivíduo, produzido com base em pareceres de profissionais a quem pertença essa competência. Ele é de caráter único, deve ser conciso, seguir um padrão e ser organizado. Seus dados pertencem aos respectivos pacientes; por isso, deverão estar invariavelmente acessíveis sempre que requeridos.

As suas informações são de natureza sigilosa, garantida pelo Art. 11 do Código de Ética Médica, que reza: “O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas

funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.”

E ainda o Art. 48 diz que é vetado ao médico “deixar ao alcance de estranhos o prontuário ou fichas de pacientes sob tratamento em hospitais, clínicas e estabelecimentos congêneres.”

É importante destacar que, dentro das empresas, existem os prontuários dos empregados, onde está registrada toda a vida do indivíduo no que se refere a seu histórico institucional produzido pelas atividades administrativas dos recursos humanos da empresa. Porém, diante do caráter sigiloso que o prontuário médico possui, as informações clínicas dos funcionários não podem, estar disponíveis a consulta de terceiros em hipótese alguma.

Para contextualizar a realidade dos arquivos médicos, vale salientar a relação de suas atividades, que consistem em receber e conferir prontuários que chegam ao arquivo; conferir e organizar o seu conteúdo; arquivá-los; retirá-los quando devidamente solicitados; controlar a movimentação e localização dos prontuários saídos; selecioná-los para microfilmagem ou eliminação.

Arquivos médicos como instrumentos para elaboração de programa de qualidade de vida no trabalho

No final do século XIX, na Europa, profissionais de saúde deram início aos primeiros atendimentos médicos aos trabalhadores. Foi o prelúdio da medicina no trabalho existente atualmente. No Brasil, os altos índices de acidentes de trabalho na década de 1970 foram o que gerou a necessidade de tornar obrigatória a presença de profissionais de segurança e de medicina do trabalho.

O governo regulamenta a presença de médico e enfermeiro do trabalho em um instituição através da Norma Regulamentadora 04, que estabelece:

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Em 1994, foi criado, através da NR7, o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), que trouxe uma visão mais preventiva voltada para os programas de promoção e prevenção à saúde do trabalhador.

Os arquivos médicos, além de fornecerem subsídio para um atendimento médico de qualidade e garantia dos diretos, são também notáveis fontes de informação para pesquisa médico-científica, pois neles é possível levantarem-se indicadores para traçar o perfil da instituição e a viabilidade da elaboração de programas de qualidade de vida.

Programas podem ser, consensualmente, conhecidos como projetos ou planos minuciosos, elaborados em bases que permitam conhecer etapas sequenciais ou simultâneas, que serão executadas de acordo com o cronograma. Para implantação de programas de qualidade de vida, a etapa mais criteriosa e de fundamental importância é a de diagnóstica da organização, levantando as suas deficiências e, conseqüentemente, as suas necessidades.

De acordo com o exposto, podemos afirmar que o arquivo médico tem potencial para ser de extrema utilidade nessa fase da criação do programa, pois as informações registradas nele contêm um caráter individual (prontuário) e contextual (arquivo). Seu caráter individual permite que o profissional de saúde analise o perfil do indivíduo (seu histórico clínico). Seu caráter contextual possibilita que o profissional de saúde ultrapasse os limites do histórico restrito ao indivíduo e avance para o conhecimento das características da instituição, através de relatórios onde serão levantados indicadores que informem, por exemplo, a patologia que provoca um maior índice de absenteísmo (ausência temporária do empregado do local do trabalho justificado por atestado médico) ou a causa do maior presenteísmo (constitui na presença do funcionário no local de trabalho, contudo sem estar gozando do seu perfeito estado de saúde, apresentando baixo rendimento ao desempenhar as suas atividades; esse estado é provocado, na maioria das vezes, pelo estresse na empresa.

É importante ressaltar que, se não houver um rígido controle de registros por parte dos profissionais de saúde, e se não houver uma conscientização dos empregados da necessidade de procurar atendimento médico, mesmo que o sintoma que estejam experimentando seja um simples mal-estar, os dados contidos no arquivo médico estarão “maquiados”, ou seja, não serão reais, o que poderá comprometer o resultado dos levantamentos informacionais obtidos no arquivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualidade de vida no trabalho é condição essencial para o êxito de uma empresa, que deve permitir uma participação maior dos funcionários junto à or-

ganização, através da interação, analisando, compreendendo e buscando resolver, em conjunto, os problemas de satisfação, falta de comprometimento, baixa produtividade dos trabalhadores em seu ambiente de trabalho.

Assim, torna-se necessária a implantação de política de gestão de pessoas na promoção da saúde, pois a melhor forma de evitar doenças é estabelecendo a prevenção. Esse tipo de conduta organizacional é sempre bem recebida pelos colaboradores, evitando dessa forma o absenteísmo e contribuindo também para aumentar o nível de satisfação, refletindo na qualidade do produto que a empresa comercializa.

A empresa que vê os seus colaboradores como seres humanos, tem a obrigação de criar condições que assegurem melhor qualidade de vida no ambiente organizacional, tendo em vista que investir na qualidade, em qualquer que seja a área, significa a receita do sucesso, tanto para a empresa quanto para seus profissionais.

Dessa forma, os gerentes de recursos humanos têm no arquivo médico forte instrumento capaz de oferecer a real situação da saúde da empresa, possibilitando assim criar diretrizes que venham a assegurar a qualidade de vida da organização. Parte-se do princípio da mútua reflexão, em que uma empresa saudável reflete em funcionários sadios e vice-versa.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE ARQUIVOS. *Dicionário de terminologia arquivista*. Trad. Maria Odila Kahl Fonseca e Maria Amélia Souto Migueis. Rio de Janeiro, 1998. (Datilografado)

BARROS, Mauro V. G. de; SANTOS, Saray G. dos. **A atividade física como fator de qualidade de vida e saúde do trabalhador** 1999. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/ergon/revista/artigos/saray.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2008.

BOWDITCH, James L; BUONO, Anthony. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 2002.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Previdência Social. 2004. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf>. Acesso em: 12 out 2008.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. **Normas Regulamentadoras (NR) aprovadas pela portaria nº 3.214, de 18 de junho de 1978. NR 4: Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego. 1978. Disponível em < http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf>. Acesso em: 12 out. 2008.

CARVALHO, Antônio Vieira de; SERAFIM, Oziléa Clen Gomes. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira - Thomson Learning, 1995. v. 2.

CÓDIGO de Ética Médica. **Resolução CFM nº 1.246/88, DE 08.01.88.** Disponível em <http://www.abctran.com.br/Conteudo/codigo_etica_medica.pdf>. Acesso em: 12 out. 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

PAES, Marilena Leite. **Arquivo: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Instituto de Documentação da Fundação Getúlio Vargas, 2005.

SANTOS, Vanderlei Batista dos. **Gestão de documentos eletrônicos:** uma visão arquivística. 2.ed. rev. ampl. Brasília: ABARQ,2005

Nadja dos Santos Oliveira Carvalho

Graduada em arquivologia pela Ufba. Arquivista da Empresa Gráfica da Bahia.

Patrícia Fernandes

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em metodologia do trabalho científico e formação do profissional-pesquisador. Chefe da seção de documentação e arquivo da Empresa Gráfica da Bahia.

Alessandra Barbosa Santana

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Mestranda do curso de ciência da informação do programa de pós-graduação em ciência da informação, ICI- Ufba.

RISCOS PATOLÓGICOS NOS ESTOQUES DE INFORMAÇÕES: implicações para o profissional bibliotecário

Nadja dos Santos Oliveira Carvalho

nadja.carvalho@egba.ba.gov.br

Patrícia Fernandes

patricia.fernandes@egba.ba.gov.br

Alessandra Santana

alessandrasantana@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Este trabalho traz como objetivo sistematizar, a partir de pesquisa em fontes secundárias, possíveis impactos de poluentes atmosféricos no ambiente interno de uma biblioteca, bem como demonstrar sua relação com a saúde do profissional bibliotecário.

Nossa revisão de literatura indicou que questões relacionadas à saúde, ao desempenho e à motivação do bibliotecário no ambiente físico da biblioteca, não têm sido tratadas com a importância e a frequência que o tema merece, estando o foco centrado principalmente no acervo e pouco no profissional. O espaço físico das bibliotecas, em sua grande maioria, um espaço fechado e com climatização artificial, pressupõe uma contaminação do ar nelas existente, visto que, pela própria estrutura, elas se tornam ambiente propício à poluição pela degradação da principal ferramenta de trabalho do bibliotecário, o papel. Este, devido às suas propriedades físico-químicas, é um meio propício à proliferação de microrganismos diversos.

A qualidade do ar em interiores (QAI) ultimamente vem sendo objeto de pesquisa devido aos problemas de saúde pública ocasionados por fatores que, potencialmente, ou associados a outras causas, determinam a chamada “síndrome do edifício doente” (SED). Essa denominação é utilizada para descrever situações nas quais ocupantes de um determinado edifício experimentam efeitos adversos à saúde e ao conforto, motivados pelas mudanças no meio ambiente interno.

A degradação do ar em ambientes interiores tem sido cada vez mais reconhecida como causa de problemas respiratórios. O espaço físico de uma biblioteca deve ser, também, considerado como objeto de estudo devido ao efeito direto e continuado do ambiente sobre a condição física dos usuários e dos objetos nele existentes.

Na fabricação atual do papel, utiliza-se a celulose como a principal substância. São encontrados, ainda, na sua composição, fibras vegetais, carboidratos, amidos e lignina, que são materiais atrativos para fatores de degradação biológica, tais como insetos, microrganismos - fungos, vírus e bactérias - e roedores.

Por sua vez, a umidade e o calor favorecem processos biológicos como o mofo e infestação de insetos; e os poluentes, associados à umidade, ao calor e à luz, produzem reações químicas destrutivas. A ação dos agentes físicos como radiação ultravioleta, temperatura, poluentes atmosféricos, umidade, combinada com outros agentes extrínsecos, prejudica a qualidade do ar pelo aumento considerável da concentração de poluentes internos (químicos e biológicos), interferindo no desempenho dos profissionais da informação e, principalmente, acarretando problemas na saúde de todos.

Enquanto alguns materiais usados na produção de livros, documentos e trabalhos artísticos apresentam grande durabilidade, outros, tais como o papel e as tintas ácidas, deterioram-se rapidamente em condições adversas. Desse modo, livros, fotografias e outros artefatos de papel são muito vulneráveis a poluentes ambientais.

As bibliotecas, tratadas como ambiente interno, estão sujeitas aos mesmos fenômenos que afetam os edifícios selados, porém, com a grande responsabilidade da preservação dos seus acervos, do compromisso na disseminação da informação e a utilização sadia de seus serviços. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), na Resolução nº 9, de 16 de janeiro de 2003, “ambiente de uso público e coletivo é o espaço fisicamente determinado e aberto à utilização de muitas pessoas”.

A bibliografia voltada para a conservação, armazenamento, preservação e manuseio do acervo somente se refere de forma objetiva aos cuidados que devem

ser adotados com os impressos. Quando se trata dos indivíduos - profissional e usuário - observa-se que, na literatura existente, são poucas as informações sobre medidas preventivas para minorar os efeitos dos poluentes que, em alguns casos, podem causar males crônicos e/ou agudos aos seres humanos que lidam frequentemente com o suporte papel.

Dessa forma, esta investigação pretende contribuir na discussão acerca das possíveis correlações entre a saúde do profissional bibliotecário e a qualidade do ar no ambiente interno da biblioteca. Objetiva-se, portanto, evidenciar como a qualidade do ar nas bibliotecas pode influenciar negativamente na saúde e no desempenho dos profissionais da informação.

Assim, dada a importância da conjuntura ambiental nas bibliotecas, além do grande valor dos aspectos de segurança do trabalho do profissional da informação, esta pesquisa torna-se relevante para produção de conhecimento científico.

O PAPEL: BREVE HISTÓRICO

O papel, essa fina lâmina que hoje serve de suporte para a escrita manual e impressa é antiquíssimo. Foi inventado por *T'Sai - Lun*, na província de Hunan no norte da China, por volta do ano 105 d. C. As melhores fibras para a sua fabricação provinham, naquela época, do cânhamo e do algodão. Entretanto, por causa do seu intenso uso na indústria têxtil, os chineses começaram a empregar, especialmente, na sua fabricação o bambu e a amoreira, embora também fossem utilizados a juta, o linho, o rami, a cana e os talos do trigo e do arroz.

Depois de ser inventado, o papel levou mais de mil anos para chegar até o continente europeu. Foi através da Espanha o seu primeiro contato com a Europa. Isso ocorreu em 1150, quando se instalou um moinho de papel trazido pelos árabes. Depois, em 1276, ocorreu a instalação na Itália. Em 1320 o papel apareceu, finalmente, na Alemanha e, em 1494, na Inglaterra. Em 1690 chegou aos Estados Unidos. Surgiram as primeiras máquinas para a sua fabricação a partir de 1750, e para tanto muitos foram os produtos testados como matéria-prima.

Com o surgimento da alfabetização, a expansão da forma escrita de documentos e a troca de informações, houve uma demanda crescente de papel e de suas múltiplas aplicações: “A bíblia de Gutenberg marca o início da impressão em livros e daí nasceu a crescente demanda do papel”. (SHREVER; BRINK JR, 1980, p. 496)

Sendo assim, a utilização de trapos de linho e de algodão foram gradativamente substituídos pelo emprego de fibras vegetais ricas em celulose e adequadas para a fabricação do papel. Em 1861, Thomas Rutledge venceu o

concurso realizado pela revista Times, como inventor do papel de fibras vegetais; o capim espanhol veio a substituir a matéria-prima do papel de trapo. A celulose “é não somente a substância orgânica mais abundante na natureza, mas, também com toda a probabilidade, a matéria-prima orgânica mais versátil e ao mesmo tempo a mais simples de se substituir”. (SHREVER; BRINK JR, loc.cit.)

Atualmente a celulose é a principal substância, usada na fabricação do papel. Tem aspecto branco leitoso, é insolúvel em água e na sua composição se encontram fibras vegetais, carboidratos, amido e lignina.

A lignina é um polímero de caráter ácido e de natureza orgânica que impregna as fibras da celulose e diminui a resistência do papel. Durante a fabricação do papel são utilizados processos químicos que reduzem o teor de lignina, melhorando a sua qualidade. (GRÜN, 2003, p. 6)

Os equipamentos metálicos que eram utilizados antigamente pelas indústrias de papel, contribuía para que algumas partículas de ferro fossem depositadas na polpa do papel. O ferro atuava como catalisador de reações ácidas, produzindo manchas de coloração marrom idênticas a ferrugem.

Hoje, os processos modernos eliminam esse tipo de problema. O papel de trapos, embora quase totalmente composto de celulose (95 a 97%), tinha um baixo teor de acidez. “Os papéis contendo nível alto de celulose alfa, numa proporção baixa de ferro ou cobre, aliados a um pH entre 5.5 e 6.0, parecem ser os mais resistentes aos fungos”. (THE BRITISH LIBRARY, 2003, p. 86)

INFLUÊNCIA AMBIENTAL NA SAÚDE DO BIBLIOTECÁRIO

Sendo a biblioteca um espaço fechado, o ambiente de trabalho do bibliotecário é, portanto, relativamente sedentário. Como resultado, tem havido uma maior preocupação relacionada à exposição crônica a poluentes presentes em lugares confinados. De acordo com Fioravanti (1995, p. 36), “a resposta do profissional à qualidade de ar precária resulta numa reclamação de saúde não específica, a qual pode se manifestar até por indisposição em desempenhar suas funções habituais”.

Os fatores de degradação do papel são classificados como fatores intrínsecos - aqueles ligados diretamente aos elementos de composição do papel, tais como tipo de fibra, tipo de encolagem, resíduos químicos não eliminados e partículas metálicas; e fatores extrínsecos - aqueles ligados aos agentes físicos e biológicos, tais como

clima, umidade, iluminação, radiação ultravioleta, temperatura, poluente atmosférico, microrganismos, insetos, roedores e a ação do próprio homem.

Especial atenção deve ser destinada aos agentes biológicos, ou seja, aos microrganismos, pois todas as ações resultantes do descuido do acervo acabam criando condições favoráveis à proliferação dos fungos, devido à sua fácil capacidade de adaptação, bem como à sua estrutura complexa e ainda pouco estudada, não esquecendo a grande variedade de tipos existentes e sua natureza associada com a saúde dos seres humanos.

Apesar do aprimoramento do papel industrializado, este ainda é susceptível aos chamados agentes intrínsecos que comprometem a sua qualidade. Além desses agentes, o papel atrai também fungos para a sua degradação. Estes, também conhecidos por mofo, são organismos não fotossintetizantes, isto é, não absorvem a luz solar, crescem rapidamente e, caracteristicamente, formam filamentos chamados hifas, que podem ser septadas ou asseptadas.

Na maioria dos fungos, as hifas são geralmente ramificadas, formando um micélio. Em fungos parasitas geralmente as hifas são especializadas. Possuem haustório, por intermédio do qual retiram carbono orgânico das células vivas de outros organismos. A maioria dos fungos são sapróbios, isto é, vivem na matéria orgânica em decomposição. Naturalmente, tratando-se de agentes patogênicos, não se pode deixar de associar a sua disseminação com a propagação de doenças por eles provocadas.

Os fungos, em sua maioria terrestres, reproduzem-se por meio de esporos, os quais, usualmente, têm dispersão pelo vento. Células móveis não são formadas em nenhum estágio de seu ciclo de vida. O glicogênio é o polissacarídeo primário de reserva. O componente principal da parede dos fungos é a quitina. Os fungos, juntamente com as bactérias heterotróficas, são os principais decompositores da biosfera, quebrando os produtos orgânicos e reciclando carbono, nitrogênio e outros compostos do solo e do ar. (RAVEN; EVERT; EICHHORN, 2001, p. 331)

O papel absorve, normalmente, 10% de umidade do ar sem que esse teor higrométrico afete sua integridade. Entretanto, se o ambiente apresenta mais do que 50% da umidade relativa, fatalmente estará contribuindo para o aparecimento do mofo.

Além das condições do próprio livro e do próprio ambiente, também podem ser levadas em consideração a atmosfera úmida, a má ventilação e falta de espaço da biblioteca. Todos esses são fatores que se aliam à impossibilidade de manter limpeza individual. A localização da biblioteca deve e precisa ser orientada, no sentido de possibilitar condições de higiene e apresentar os requisitos fundamentais para conservação dos livros. Não apenas limpeza é necessário. Talvez

esses fatores, aliados às condições do ar atmosférico geral, sejam as causas do aparecimento do mofo. No momento em que as condições do ambiente lhes forem adversas, seu desenvolvimento será dificultado e o seu extermínio provável.

A presença de microrganismos no ar atmosférico merece especial atenção, por os esporos estarem nele disseminados. Existem condições locais favoráveis à proliferação deles. Nas espécies que atacam o papel estão: *Penicillium*, *Aspergillus*, *Chaetomium*, *Globosum*, *Cladosporium*. (LACAZ 1990, p. 81; TRABULSI; ALTERTHUM, 2004, p. 501)

Considerando o fato de que a deposição dos esporos responsáveis pelo mofo depende da ação conjunta da gravidade e do vento, de cada unidade em si mesma e das condições do ambiente para continuarem em sua evolução, será possível, eliminando-se esses fatores, impedir a sua instalação, onde quer que seja.

Destruir o mofo equivale a admitir a possibilidade de exterminar as demais bactérias do ar, o que naturalmente é impossível e, evidentemente, desnecessário; porém, impedir que se desenvolvam, evitando que se instalem condições favoráveis à sua proliferação, isso, sim, é possível e, absolutamente eficaz.

O aparecimento de microrganismo é provocado pela flutuação das poeiras. Estas contêm partículas contaminantes, porém não deve ser pelo fato de haver poeira em uma biblioteca que nela, fatalmente, aparecerá mofo. As poeiras microbianas são suscetíveis de se tornarem úmidas e de apresentarem mais perigo desde que o teor higrométrico do ar se eleve.

O fato de as poeiras se apresentarem sob duas formas diferentes - secas e úmidas - e serem as úmidas sempre mais perigosas, tanto para o organismo quanto para o livro ou outros objetos passíveis de sofrer a ação de microrganismos, leva-nos a procurar dar ao ambiente a temperatura, ventilação e umidade relativa consideradas normais, com relação ao não aparecimento do mofo. Isso porque os esporos estão no ar, podendo ser depositados a todo momento.

O modo pelo qual o mofo aparece em uma biblioteca não se pode saber. O que tem sido possível observar é que certas condições do ambiente e do próprio livro são mais favoráveis ao seu aparecimento. Assim, acredita-se ser devido à contaminação do ar, uma vez que nele permanecem os esporos; pelo contacto, sendo outros livros ou mãos o veículo de propagação; pelo material empregado na sua encadernação, sendo a cola bom meio nutritivo.

O conhecimento das condições favoráveis para a proliferação do mofo e, conseqüentemente, para o surgimento de doenças relacionadas com esses microrganismos, possibilita o controle mais fácil e seu combate futuro, tendo em vista a

quase-impossibilidade do seu total extermínio por conta da diversidade de tipos, de resistência e das condições ambientais.

O problema da saúde ocupacional

O próprio local de trabalho – um ambiente confinado – associado com o ato de respirar, resulta num ambiente contaminado por poluentes existentes no ar, devido à liberação de dióxido de carbono através da respiração, de substâncias químicas pela transpiração, ou por causa do transporte de microrganismo. O desenvolvimento de doenças alérgicas em indivíduos saudáveis é o resultado da interação entre a predisposição genética para reagir com antígenos e a exposição a fatores ambientais. Esses fatores têm um papel fundamental no desenvolvimento de doenças alérgicas.

Existe também o problema de saúde causado pelos contaminantes presentes no ar, conforme destacam os autores Shrever; Brink Jr. (1980) e Brickus; Aquino Neto (1999): “As próprias pessoas e suas respectivas atividades ocupacionais são um dos maiores contribuintes para a poluição do ar em ambientes fechados”.

Os poluentes biológicos podem comportar-se como patogênicos ou alergênicos e, de acordo com seu desenvolvimento, provocam a queda de produtividade ou absenteísmo.

O ambiente fechado, climatizado artificialmente, tem como principal fonte de poluição biológica as bandejas de condensação das máquinas de ar condicionado. Compreender os possíveis efeitos na saúde, associados aos contaminantes do ar em ambientes internos, é fundamental para diagnosticar e remediar os problemas de qualidade em ambientes fechados.

A área da ciência que se ocupa da ação dos fungos sobre o homem é a micologia médica. Daí a designação de micoses para as doenças produzidas por cogumelos. A micologia é a responsável pelo estudo dos cogumelos patogênicos ou não e a sua relação sistemática e médica.

Este estudo tentará mostrar as informações necessárias à compreensão da relação entre micose das vias respiratórias e o mofo dos livros, lembrando que todo o ambiente físico de uma biblioteca é propício para a sua existência.

O crescimento dos fungos no interior dos tecidos humanos está sujeito a uma série de influências, a saber: alimentos, temperatura, umidade, luz, reação do meio e, até mesmo, de outros microrganismos. Graças, principalmente, aos esporos, os cogumelos se disseminam com grande facilidade, disseminação que é favorecida pela água, ventos, solo, sementes e outros elementos. Toda micose se inicia pela implantação, no organismo, de um cogumelo apto ao parasitismo.

O cogumelo quer mecanicamente, quer por meio de suas toxinas, determina processos inflamatórios que variam em extensão e em tipo anatomopatológico, conforme o agente responsável por eles. Numerosos fungos anemófilos, chamados contaminantes, encontrados na poeira e no ar, desempenham papel importante como elementos alergizantes.

Existem cogumelos de baixo poder alergênico e outros, com manifesta atividade alergizante. As manifestações determinadas pela inalação de esporos de cogumelos se traduzem por coriza, quadro asmatiforme ou conjuntivite. Em ambientes úmidos e quentes a concentração de esporos no ar se eleva, razão pela qual a higiene se faz necessária em casos de alergose devida a fungos.

Devemos ainda considerar o estado de alergização que se desenvolve no organismo humano quando atacado por fungos agentes de micoses superficiais ou profundas. Tal estado de reatividade alterada do organismo pode se avaliar através das provas cutâneas intradérmicas, tais como tricofitina, levedurina, blastomicetina, esporotriquina e histoplastina.

Doenças alérgicas mais comuns

As doenças alérgicas mais comuns, oriundas de ambientes cujo ar se encontra poluído, são a rinite e a asma. A primeira, segundo Pereira (1998) é caracterizada por: a) obstrução do fluxo aéreo reversível (embora não completamente em alguns pacientes) espontaneamente ou com tratamento; b) inflamação na qual muitas células têm um papel importante, em particular mastócitos e eosinófilos; c) aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos - hiper-responsividade brônquica (HRB); d) episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar.

O nariz tem diferentes funções. Ele tanto umedece quanto aquece o ar que entra pelas narinas e vai até o pulmão. A mucosa do nosso nariz contém componentes do nosso sistema imune. Uma das partes imunes desse sistema está relacionada com reações de hipersensibilidade que, se ocorrer, resultará em processo alérgico.

A presença de substâncias alergênicas no indivíduo pode ser geneticamente determinada. Em uma pessoa com alergia, os alérgenos entram pelo nariz como o pólen, pó, poeira, esporos das plantas, pelo de animal, e interagem com o anticorpo IgE nos mastócitos. Quando um alérgeno se une a um IgE no mastócito, observa-se a liberação de componentes como a histamina, que acarreta sintomas como congestão nasal, secreção nasal aumentada e espirros.

Além da histamina, outras substâncias são liberadas e, algumas delas, resultam em outro grupo de células, os eosinófilos, na mucosa nasal. Os eosinófilos migram para a região nasal através dos vasos sanguíneos, aproximadamente, entre o período de 6 a 24 horas. Uma vez que os eosinófilos chegam até o tecido inflamado, eles liberam substâncias inflamatórias que criam sintomas adicionais após a exposição original. Podemos utilizar, por exemplo, um indivíduo com alergia a mofo. Após contato com o ambiente, ele, imediatamente, começa a desenvolver reação alérgica caracterizada por espirro, lacrimejamento, olhos vermelhos, coceira nasal, ocular e nas orelhas.

Esse ataque inicial pode perdurar até que o indivíduo não seja mais exposto ao alérgeno. Uma vez que o indivíduo não esteja mais exposto, então os sintomas alérgicos diminuem ou param de acontecer. Os sintomas iniciais procedem dos mastócitos. Entretanto, após algumas horas, uma vez que o indivíduo está fora do ambiente, outros sintomas podem aparecer, os causados pelos eosinófilos, quando estes liberam suas substâncias inflamatórias. Eosinófilos no nariz é uma forte indicação de que o indivíduo possui rinite alérgica.

Aos eosinófilos cabem outros papéis tais como o de causadores do “efeito primário”, em que a mesma quantidade de alérgenos adquiridos, diariamente, causa uma gradual piora dos sintomas e um aumento na sensibilidade a outras substâncias que normalmente não causariam reação alérgica, como ar seco e perfume. Aos primeiros sintomas denomina-se reação aguda e aos sintomas que ocorrem horas após à exposição denomina-se reação tardia.

A asma é uma doença pulmonar muito comum. É caracterizada pela constrição das vias aéreas, chiado pulmonar e roncos das vias aéreas quando o indivíduo entra em contato com os alérgenos. Alguns dos sintomas durante a crise são: tosse, falta de ar e pulmão chiador. Entre as crises, indivíduos asmáticos podem ou não possuir os sintomas. Caso os possuam, serão leves. No controle da asma estão inclusos tratamentos médicos regulares e fuga ao contato com alérgenos.

A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade (HR) das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse (FLORI, 2001, p. 237)

Os indivíduos com asma possuem suas vias aéreas bastante sensíveis. Durante uma crise asmática, observa-se uma constrição das vias aéreas, resposta que nosso organismo faz devido à presença de alérgenos em nosso pulmão. A constrição torna-se difícil, o ar fica retido nos pulmões devido à diminuição dos brônquios e

ao processo inflamatório, causando a sensação de falta de ar. Quando os músculos relaxam, os brônquios retornam ao seu tamanho normal, desaparecem os sintomas da asma e regulariza-se a respiração.

Os sinais e sintomas dessa doença são: tosse, falta de ar, pulmão chiador, sendo este o sinal mais comum da patologia. Esse ruído, o chiar dos pulmões, é produzido quando o ar está saindo dos pulmões que, por sua vez, estão com o calibre de seus brônquios diminuídos.

Nem todos os sintomas se apresentam da mesma forma em todas as pessoas. Alguns indivíduos podem ter todos os sintomas acima; alguns podem ter apenas alguns dos sintomas ou apenas um. Eles são piores pela manhã e, à noite, uma crise pode ser diferente da outra. Em crise severa de asma o indivíduo pode ter tanta dificuldade para respirar que pode ser necessário tratamento de emergência e hospitalização. Os sintomas mais comuns são tosse seca e respiração ofegante, ruidosa.

Na maioria das vezes existem fatores desencadeadores dos sintomas da asma, os alérgenos. Estes variam de pessoa para pessoa. Alérgenos que desencadeiam a crise asmática: ar frio e seco, pó, poeira, pólen, fumaça, poluição, dor, perfume, medicamentos cardíacos, alérgenos presentes em comida, que provocam reações de sensibilidade, como o camarão, ou alterações hormonais presentes na gravidez ou menstruação.

A asma é causada por uma resposta do sistema imunológico em que o indivíduo, quando exposto aos fatores alérgenos, desenvolve um processo inflamatório nas vias aéreas e, conseqüentemente, ocorre a diminuição de seu calibre. Não existe tratamento ou imunização preventiva da asma.

A melhor prevenção é evitar o contato com os alérgenos. Basicamente, se a pessoa pode sentir o cheiro ou ver partículas no ar, estas podem irritar seus pulmões e desencadear uma crise. Ou seja, a chave para a prevenção da crise asmática é evitar os seus agentes desencadeadores.

Prevenção

Acredita-se que a questão da qualidade do ar em uma biblioteca deve ser vista e também tratada como questão de segurança do trabalho, devido a todos os problemas e danos que a má qualidade do ar pode causar à saúde do bibliotecário, interferindo diretamente no seu desempenho profissional.

Em alguns casos mais graves, esses problemas podem ocasionar, até mesmo, ausência no trabalho, podendo, inclusive, resultar no definitivo afastamento

das atividades profissionais, uma vez comprovado serem as condições existentes no seu ambiente de trabalho o motivo de seus problemas de saúde.

A qualidade do ar é o fator principal que determina se o prédio de uma biblioteca oferece condições seguras para o armazenamento de coleções. Os dois tipos mais importantes de poluentes atmosféricos são os gases e as partículas. Os contaminadores gasosos, sobretudo o dióxido sulfúrico, os oxidados de nitrogênio, os oxigenados e o ozônio catalisam reações químicas danosas tanto ao acervo, quanto a quem com eles tem relação constante. Os contaminadores gasosos podem ser removidos por filtros ou lavadores químicos. Já as matérias em forma de partículas podem ser filtradas mecanicamente.

A renovação do ar pode se dar positivamente (insuflamento) ou negativamente (exaustão). Qualquer que seja o método adotado, devem estar previstas as aberturas convenientes de entrada ou saída do ar insuflado ou evacuado para que a renovação se dê satisfatoriamente.

A manutenção constitui parte e complemento especialmente importante como as demais medidas de prevenção, não só por se tratar dos equipamentos e instalação geral do ambiente. É frequente, nos problemas ambientais, que a ação de medidas adotadas se esterilize com o tempo, por falta de política adequada. Programas e cronogramas de manutenção devem ser seguidos à risca, respeitando-se os prazos propostos pelos fabricantes e projetistas de equipamentos.

Boas condições de ordem, limpeza e asseio geral ocupam posição-chave num sistema de proteção ocupacional. As bibliotecas devem ser limpas em escala regular para eliminar fontes de comida e abrigo de insetos e pragas; e para amenizar os efeitos da poeira (que age como manta a atrair e manter a umidade sobre a superfície dos materiais) e matérias de partículas mais grossas, que podem manchar e arranhar as superfícies. A limpeza regular é basicamente mais uma ferramenta da prevenção.

Desse modo, são necessários cuidados específicos, que venham a minimizar a ação dos poluentes em ambientes fechados. A temperatura e a umidade relativa do ar devem ser moderadas. Existem evidências amplas e claras de que o calor e a umidade têm um destacado efeito acelerador sobre os processos naturais que causam a deterioração de materiais de bibliotecas, e de que a alta umidade estimula o crescimento de mofo. Recomenda-se então manter a temperatura tão baixa quanto for possível sem causar desconforto aos leitores. A instituição deve manter condições estáveis o ano todo, com temperatura nunca superior a 21°C e a umidade relativa do ar entre 30 e 50%.

Não se deve esquecer também o efeito da luz sobre o ambiente. Ela acelera a deterioração dos materiais de bibliotecas e arquivos. Tanto a luz visível, quanto a invisível têm efeitos danosos cumulativos sobre os materiais, fornecendo ener-

gia que estimula reações químicas deteriorantes, algumas das quais se tornam autoperpetuáveis, mesmo depois que a fonte original de energia seja retirada.

Em geral as metas de preservação envolvem a limitação da quantidade de radiação ultravioleta da luz no maior grau possível e a limitação da intensidade da luz aos níveis mais baixos necessários aos seres humanos para fazer uso apropriado e seguro do espaço.

Embora estejam, hoje, disponíveis no mercado alguns equipamentos que podem amenizar a qualidade do ar ou diminuir a incidência de agentes biológicos, eles em nada adiantarão, se não houver cuidados quanto à sua limpeza e atenção à sua durabilidade. Podem até ser mais um aliado para a proliferação de doenças e/ou fatores que venham a ameaçar o rendimento do profissional.

No quadro a seguir indicam-se as possíveis fontes de poluentes biológicos em ambientes fechados e as possíveis medidas de correção.

Quadro 1 - Possíveis fontes de poluentes biológicos

Agentes Biológicos	Principais fontes em ambientes interiores	Principais medidas de correção em ambientes interiores
Bactérias	Reservatórios com água estagnada, bandejas de resfriamento; condensado, desumidificadores, umidificadores, serpentinas de condicionadores de ar úmidas e quentes.	Realizar a limpeza e a conservação das torres de resfriamento, higienizar os reservatórios e bandejas de condensado ou manter tratamento contínuo para eliminar as fontes; eliminar as infiltrações; higienizar as superfícies.
Fungos	Ambientes úmidos e demais fontes de multiplicação fúngica, como materiais porosos orgânicos úmidos, forros, paredes e isolamentos úmidos; ar externo, interior de condicionadores e dutos sem manutenção, vasos de terra com plantas.	Corrigir a umidade ambiental; manter sob controle rígido vazamentos, infiltrações e condensação de água; higienizar os ambientes e componentes do sistema de climatização ou manter tratamento contínuo para eliminar as fontes; eliminar materiais porosos contaminados; eliminar ou restringir vasos de plantas com cultivo em terra, ou substituir pelo cultivo em água (hidroponia); utilizar filtros G-1 na renovação do ar externo.
Polens	Ar externo.	Manter filtragem de acordo com NBR-6401 da ABNT
Artrópodes	Poeira caseira.	Higienizar as superfícies fixas e mobiliárias, especialmente as revestidas com tecidos e tapetes; restringir ou eliminar o uso desses revestimentos.

Fonte: Anvisa, 2003.

No Quadro 2 são apresentadas as possíveis fontes de poluentes químicos em ambientes fechados e as possíveis medidas de correção.

Quadro 2 - Possíveis fontes de poluentes químicos

Agentes químicos	Principais fontes em ambientes interiores	Principais medidas de correção em ambientes interiores
O₃	Máquinas copiadoras e impressoras a laser.	Adotar medidas específicas para reduzir a contaminação dos ambientes interiores, com exaustão do ambiente ou enclausuramento em locais exclusivos para os equipamentos que apresentem grande capacidade de produção de O ₃ .
Formaldeído	Materiais de acabamento, mobiliário, cola, produtos de limpeza domissanitários.	Selecionar os materiais de construção, acabamento e mobiliário que possuam ou emitam menos formaldeído; usar produtos domissanitários que não contenham formaldeído.
Material particulado	Poeira e fibras	Manter filtragem de acordo com NBR-6402 da ABNT; evitar isolamento termoacústico que possa emitir fibras minerais, orgânicas ou sintéticas para o ambiente climatizado; reduzir as fontes internas e externas; higienizar as superfícies fixas e mobiliários sem o uso de vassouras, escovas ou espanadores; selecionar os materiais de construção e acabamento com menor porosidade; adotar medidas específicas para reduzir a contaminação dos ambientes interiores; restringir o tabagismo em áreas fechadas.

Fonte: Anvisa, 2003.

Ressalta-se que os poluentes indicados nos quadros são aqueles de maior ocorrência nos ambientes confinados, nos ambientes internos, de efeitos conhecidos na saúde humana e de mais fácil detecção pela estrutura laboratorial existente no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com este estudo, foi possível perceber que o ar é o principal veículo de disseminação de esporos de fungos e que os esporos dos cogumelos contaminantes permanecem no ar em consequência das condições locais tanto da

cidade, quanto das bibliotecas. Assim, a umidade excessiva e a alta temperatura observadas em bibliotecas contribuem em 50% para a sua proliferação.

Foi também possível perceber que a falta de espaçamento normal entre os volumes, peças, estantes e mesas dificulta a limpeza e conseqüentemente a ventilação, pois, o arejamento deficiente, bem como a iluminação natural e inadequada condensam a atmosfera com vapores de água, tornando-a úmida.

O estudo também verificou que a celulose associada ao amido é substância atrativa para os agentes biológicos, o que justifica a localização do mofo quase constantemente nas bordas dos livros.

Todos esses fatores acima referidos levam à proliferação de fungos, que têm efeito direto e continuado na saúde dos profissionais, tornando o ambiente de trabalho propício a doenças respiratórias.

Urge uma política mais decisiva quanto às definições de medidas que atendam satisfatoriamente a esses ambientes. Reconhece-se, de fato, que o atual estágio de desenvolvimento da qualidade do ar em interiores, no Brasil, não permite estudo estatístico relacionando problemas de saúde à baixa qualidade do ar respirado em lugares fechados.

Espera-se que, em futuro próximo, existam trabalhos que apresentem avaliação epidemiológica junto a todos os profissionais envolvidos nesse assunto em suas respectivas áreas de atuação. Isso não significa que, no momento, permaneçamos de braços cruzados, observando todo esse processo de desconforto causado pela contaminação de poluentes no interior de muitas bibliotecas. É comum encontrar usuários e profissionais acometidos de crises de espirro ou de coceira nos olhos causadas por poluentes atmosféricos, usualmente encontrados nas bibliotecas devido ao mau funcionamento ou à falta de manutenção dos equipamentos de climatização artificial.

O controle ambiental do espaço físico de uma biblioteca é de extrema importância para todos e tudo que dela fazem parte - usuários, acervo e equipamentos. Associada com o fator econômico, há a falta de esclarecimento no que se refere à importância da biblioteca, não apenas pelo seu aspecto de guardião da informação, mas como agente transformador da realidade, comprometida com o desenvolvimento do local onde está inserida.

O conceito de biblioteca não pode se limitar a seu espaço físico e determinado, a algo palpável. Ela está além, muito mais do que nossos olhos podem vislumbrar. Ela não deve ficar apenas no conceito limitado do sentido da visão. Ela se expande para o após, para o resultado, este como a dinâmica do progresso, que, em qualquer dimensão, tem na biblioteca uma forte aliada.

Com esse conceito alargado de biblioteca é que se ergue o profissional que a disponibiliza e a faz ter condições de acessibilidade para todos que necessitam de uma gota do seu vasto conhecimento. Quando a sociedade como um todo tiver ciência e consciência da importância da biblioteca, conseqüentemente se preocupará mais com seu ambiente e cuidará mais de seus profissionais.

Assim entendendo, espera-se que se estabeleçam meios e modos de informar à população sobre a importância de ambiente agradável e saudável no interior das bibliotecas a fim de que funcionários e usuários se comprometam com a preservação e a disseminação da informação e o do conhecimento.

É preciso também estabelecer metas que priorizem o estudo da qualidade do ar em interiores, em ambientes climatizados artificialmente – característicos de bibliotecas – cujo desequilíbrio poderá causar agravos à saúde dos seus ocupantes.

Portanto, espera-se dar a lume, disseminar e valorizar a obra mais preciosa da biblioteca – o profissional que nela trabalha.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: **Resolução nº 9 de 16 de janeiro de 2003** - Qualidade do ar interior em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo. Brasília: ANVISA, 2003.

BRITISH LIBRARY. National Preservation Office. **Preservação de documentos: métodos e práticas de salvaguarda.** Tradução de Zeny Duarte; apresentação Robert Howes. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2003.

BRICKUS, Leila S. R.; AQUINO NETO, Francisco R. de A qualidade do ar de interiores e a química. **Quím. Nova**, v. 22, n. 1, p.65-74, fev. 1999.

FLORI, R. Variações na prevalência de asma e utopia em um grupo de escolares de Porto Alegre/RS. **J. Pneumol**, Porto Alegre, 2001.

FIORAVANTI, C. **Globo ciência**. São Paulo: Abril, 1995.

GRÜN, Renata Cristina. **Restauração de documentos e encadernação de livros: noções básicas.** Porto Alegre: Departamento de Ciências da Informação da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS, 2003.

LACAZ, Carlos da Silva. **Tratado de micologia médica.** 6. ed. São Paulo: Sarvier, 1990.

PEREIRA, Carlos de C. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. **J Pneumol**, Porto Alegre, jul-ago, 1998. Disponível em: <<http://www.farmalabchiesi.com.br/doc/IIConsenso.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

RAVEN, Peter H; EVERT, Ray F; EICHHORN, Susan E. **Biologia vegetal.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

SHREVER, R. Norris; BRINK JR, Joseph A. **A indústria de processos químicos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1980.

TRABULSI, Luiz Rachid; ALTERTHUM, Flavio. **Microbiologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

Nadja dos Santos Oliveira Carvalho

Graduada em arquivologia pela Ufba. Arquivista da Empresa Gráfica da Bahia.

Patrícia Fernandes

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em metodologia do trabalho científico e formação do profissional-pesquisador. Chefe da seção de documentação e arquivo da Empresa Gráfica da Bahia.

Alessandra Barbosa Santana

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Mestranda do curso de ciência da informação do programa de pós-graduação em ciência da informação, ICI- Ufba.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: em destaque o prontuário eletrônico do paciente no Hospital do Câncer de Londrina¹

Rosane Suely Alvares Lunardelli
lunardelli@uel.br

Letícia Gorri Molina
lgmolina@uol.com.br

Rosana Olavo Boscariol Alves
rosanaolavo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea caracteriza-se pelo intenso desenvolvimento da ciência e da tecnologia e, também, por uma forte competição no mercado econômico. Nessa perspectiva, as instituições proliferam em ambiente de grande produção informacional, que precisa ser organizada e otimizada em seu uso. Assim, a informação é gerenciada com vistas à construção do conhecimento, tendo como consequência a possibilidade de a instituição responder mais rapidamente a um ambiente em constante transformação.

É inegável, nesse cenário, o relevante papel das tecnologias da informação e comunicação (TICs), as quais, aliadas aos estoques de informação e conhecimento, constituem-se em principais insumos de desenvolvimento do setor pro-

¹ Vale ressaltar que as expressões *Prontuários Médicos*, *Registros dos Pacientes* e *Prontuários dos Pacientes* são empregadas como sinônimas. Entretanto, no presente estudo, optou-se por utilizar apenas Prontuário do Paciente.

duto, científico e acadêmico, e conseqüentemente, em um dos fatores críticos de sucesso desses segmentos.

Nesse ambiente, a conformação e o uso dos sistemas de informação precisam estar em consonância com a estrutura organizacional, com seus objetivos e funções. A partir dos fluxos estabelecidos e dos processos de agregação de valor definidos, desenham-se os mecanismos para o processamento da informação (PONJUÁN DANTE, 2004).

Davenport e Prusak (1998, p. 27) apresentam quatro tipos de abordagens referentes ao controle informacional, que correspondem a quatro modalidades ou fluxos de informação, a seguir:

- Informação não-estruturada: é a informação que está dispersa em vários locais e em diferentes fontes e formatos, necessitando ser sintetizadas e interpretadas;
- Capital intelectual ou conhecimento: necessidade de saber o que a organização sabe, isto é, saber o conhecimento que seus colaboradores possuem;
- Informação estruturada em papel: necessidade de organizar e controlar a produção de registros e documentos em papel, armazenando-a e recuperando-a de forma eficaz;
- Informação estruturada em computadores: necessidade de criar bases tecnológicas que disponibilizem a informação de forma fácil e útil ao usuário, e que estimulem a comunicação dessas informações.

Essas abordagens possibilitam o conhecimento do ambiente informacional da instituição, assim como o estabelecimento dos processos informacionais necessários e que auxiliarão a instituição a utilizar a informação com propósito de aprimorar suas ações.

Os benefícios proporcionados pelos avanços das TICs, tais como o aumento da capacidade de armazenamento, processamento e disseminação de grandes volumes de informações - cada vez mais consistentes, seguros e a custos menores -, o acesso e a recuperação da informação com maior rapidez, confiabilidade e efetividade de resposta, são importantes fatores no desenvolvimento dos sistemas informacionais.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ÁREA MÉDICA

O crescente aumento do volume de informação produzida e armazenada no computador, a necessidade de entender a informação em todo o seu complexo contexto, administrando-a como um recurso estratégico, trará conseqüências positivas. Cianconi (1991), nessa mesma linha de raciocínio, aponta como fatores positivos, a possibilidade de se evitar o desperdício e a inadequação dos recursos

tecnológicos, o acúmulo de informações armazenadas em meios estáticos e incompatíveis, o desconhecimento dos acervos de informação e sua consequente subutilização.

Dentre as ferramentas de processamento e armazenamento da informação, inserem-se os sistemas de informação (SI), os quais são estruturados com objetivo de organizar, armazenar e distribuir informações úteis à instituição. Nesse contexto, agregar valor à informação está relacionado aos processos que ocorrem nos SI, visto que esses sistemas aumentam a probabilidade de os usuários terem acesso aos conteúdos úteis disponibilizados pelas saídas desses sistemas (PONJUÁN DANTE, 2004).

Os sistemas de informação são definidos por Laudon e Laudon (1999, p. 4) como

[...] um conjunto de componentes inter-relacionados trabalhando juntos para coletar, recuperar, processar, armazenar e distribuir informação com a finalidade de facilitar o planejamento, o controle, a coordenação, a análise e o processo decisório de empresa e outras organizações [...].

Esses sistemas auxiliam na gestão, tratamento, armazenamento e disseminação da informação formal, possibilitando sua transformação, codificando-a e tornando-a utilizável pelos usuários dos sistemas.

Laudon e Laudon (1999,) defendem que o projeto de um SI necessita de alguns componentes básicos para sua estruturação: as **saídas** são os produtos resultantes das análises realizadas pelo sistema, isto é, são as respostas proporcionadas pelo sistema frente a uma requisição informacional feita pelo usuário, como relatórios, gráficos de demonstração ou outros tipos de documentos; as **entradas**, que são os campos de inserção de dados e informações, estão relacionadas às formas de como a informação será inserida no sistema, e que estão diretamente ligadas às saídas; o **processamento** são as formas estabelecidas para o tratamento e análises das informações; os **bancos de dados** são os repositórios que armazenarão as informações; os **procedimentos** são as normas e regras estabelecidas para a utilização do sistema, tanto para os usuários quanto para os operadores; os **controles** são os processos manuais e automatizados que estabelecem os procedimentos para o funcionamento correto do sistema, assim como de sua segurança.

Dentre os diversos tipos de SI, destacam-se aqueles essenciais à prática da saúde em seus variados aspectos.

Na perspectiva de Faria (1999), os sistemas médicos (aqui entendidos como o macrossistema da instituição) são compostos pelos sistemas de informação médica, sistemas especialistas e os sistemas de informações clínicas - SIC.

Os sistemas de informação médica são aqueles que propiciam o acesso às informações e ao conhecimento científico da área em questão. Normalmente são registrados em bases de dados bibliográficos, apresentados em forma de artigos de periódicos, e de informações a respeito de livros ou outros documentos. Alguns desses sistemas, de acordo com a autora acima mencionada, são: “Medline, Aidslite, Toxiline, Avline, Bioethicsline, Cancerlit, [...]” (Ibid., p. 14).

Os sistemas especialistas voltados à área clínica, “são aqueles que se propõem a aplicar o conhecimento médico-científico na decisão clínica de cada paciente individualmente” (FARIA, 1999, p. 15). Segundo a autora, seu principal objetivo é o “cruzamento das informações clínicas do paciente com o conhecimento científico, objetivando atuar no processo de tomada de decisão”. Vale frisar que, apesar de serem aplicáveis a várias situações, os sistemas especialistas restringem-se a uma especialidade da área do conhecimento.

De acordo com Mendes (1977, p. 1), “estes sistemas baseados em conhecimento, construídos, principalmente, com regras que reproduzem o conhecimento do perito, são utilizados para solucionar determinados problemas em domínios específicos”. Esse tipo de programa simula aspectos específicos da inteligência humana, constituindo-se em enormes bancos de memória, armazenando grandes conteúdos de conhecimento humano, permitindo respostas a consultas e fornecendo conselhos acerca de determinados assuntos preestabelecidos (TEIXEIRA, 1998). Os bancos de memórias são “capazes de fazer automaticamente algumas conexões pertinentes entre as representações, mais ou menos como se compreendessem seu sentido. Poderão responder às perguntas baseando-se em modelo personalizado do cliente [...]” (LÉVY, 1993, p. 108), mas terão suas limitações, em razão da própria estrutura mais rígida que os programas computadorizados apresentam.

Já os sistemas de informações clínicas dizem respeito às informações geradas a partir dos cuidados prestados ao paciente. Segundo Faria (1999, p. 14), eles “constantemente fazem parte do sistema de informações hospitalares, mas estão intimamente ligados às ações médicas às quais o paciente foi submetido”. Dessa forma, cada setor de uma organização da saúde como, por exemplo, o ambulatório, o centro de exames radiológicos, o bloco cirúrgico, entre outros, ao coletar, organizar e armazenar informações a respeito das ações médicas referentes a um determinado paciente, constitui-se em um SIC. Nesse contexto, destaca-se o pron-

tuário do paciente, considerado como um SIC amplo, uma vez que armazena informações geradas em cada um desses sistemas.

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

O prontuário do paciente é composto por documentos produzidos em função das anotações de diagnósticos e condutas empregadas no decorrer do atendimento e tratamento dos pacientes. Além de subsidiarem a *práxis* médica, esses arquivos tornam-se relevantes repositórios de dados e informações para a pesquisa médico-científica e histórica. Outra característica do prontuário é seu valor probatório uma vez que “[...] tem sido a principal peça de defesa do médico nos casos de denúncias por mal atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência, ou seja, na presunção da existência de erro médico” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2000, p. 1).

Segundo a Resolução n.º 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, o prontuário é caracterizado como

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

Os registros de informações relativas às pessoas com enfermidades remontam à Idade Antiga. A literatura indica, porém, que somente após a institucionalização da medicina científica por Hipócrates de Cós no sec. V a.C., é que foi devidamente reconhecida a importância de se documentar fidedignamente o curso da doença, suas possíveis causas, bem como o tratamento prescrito (VAN BEMMEL; MUSEN, 1997). O registro das informações era feito o em ordem cronológica, estabelecendo assim o prontuário médico orientado pelo tempo (*time-oriented medical record*).

No final do século XIX, William Mayo em sua clínica (Mayo Clinic), nos Estados Unidos da América, mudou a forma de se registrarem as informações de seus pacientes: em vez de existir um documento único, no qual o médico anotava em ordem cronológica as informações a respeito de todos os pacientes sob seus cuidados, a Clínica adotou “um registro individual das informações de cada pa-

ciente que passaram a ser arquivadas separadamente”. (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003, p. 1). Nesse cenário, surge o prontuário voltado para o paciente (*patient-centered medical record*) orientado ainda em ordem cronológica. Com o objetivo de padronizar o conteúdo desses prontuários, a clínica Mayo, em 1920, especificou quais dados e informações deveriam ser explicitados, possibilitando assim, maior sistematização de informações relativas aos pacientes.

Entretanto, apesar de todos os esforços de padronização, o prontuário ainda contém uma mistura de queixas, resultados de exames, considerações, planos terapêuticos e achados clínicos de forma muitas vezes desordenada e nem sempre é fácil obter uma clara informação sobre a evolução do paciente, principalmente daqueles que possuem mais de uma enfermidade ou múltiplos problemas de saúde. (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003, p. 3).

Todo atendimento em saúde, é fato, pressupõe a participação de vários profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros. Os procedimentos realizados por esses profissionais geram inúmeras informações que necessitam ser agrupadas e organizadas a fim de caracterizar a enfermidade do paciente e orientar o processo de atendimento. Os dados clínicos, é importante lembrar, possuem formatos diferentes como, por exemplo, as tabelas; os resultados de exames ambulatoriais; as imagens geradas a partir da tomografia computadorizada, radiografia e ultrasonografia; planilhas e gráficos referentes ao controle dos sinais vitais; registro da medicação e outras informações em textos livres, além de outros registros. Preocupado com essa heterogeneidade de informações e formas de registrá-las, Lawrence Weed (apud MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003, p. 4), propôs a adoção de um prontuário orientado pelo problema. Para ele é uma ficha

onde se identificam os problemas de saúde do paciente e as anotações são registradas e seguidas de acordo com uma estrutura sistemática de registro de dados [e informações] denominada SOAP pelo seu acrônimo em inglês (S=queixas, O=achados, A=testes e conclusões e P=plano de cuidado).

Todavia, como alertam os autores mencionados, embora esse método seja utilizado por muitos profissionais, ele demanda treinamento e disciplina para seu preenchimento.

Com relação aos itens que devem, obrigatoriamente, compor o prontuário do paciente, independentemente do suporte no qual estão registrados, o Conselho Fede-

ral de Medicina, por intermédio da Resolução CFM nº 1.638/2002, indica os seguintes:

- a. Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais ele foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d. Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita da história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Durante muito tempo, as informações que compunham os prontuários dos pacientes foram registradas em suporte físico, ou seja, em papel. Atualmente, com a disponibilização e acessibilidade às novas tecnologias, esses documentos já produzidos estão sendo migrados para o suporte eletrônico, bem como os novos prontuários - os prontuários eletrônicos dos pacientes- já são criados nesse meio.

De acordo com a literatura especializada, o início desse processo deu-se em 1972, em congresso promovido pelo National Center for Health Services Research and Development e pelo National Center for Health Statistics dos Estados Unidos, com o objetivo de estabelecer uma estrutura para os registros médicos ambulatoriais. Sem demora, começaram a surgir os primeiros sistemas de prontuário eletrônico: COSTAR, Regenstrief Medical Record System (RMRS), The Medical Record (TMR), Summary Time-Oriented Record (STOR) e ELIAS. No Brasil, segundo Foyer (2002), os estudos nesse setor foram desenvolvidos pela Escola Paulista de Medicina, pela Unicamp e USP, além de institutos ligados ao Hospital das Clínicas e Hospital do Coração.

A aprovação da normatização do prontuário eletrônico no Brasil deu-se por intermédio das Resoluções 1638 e 1639 do CFM. Com o uso da certificação digital, o prontuário eletrônico do paciente passa a ter presunção de validade jurídica. Em 2004, foi lançado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e o Conselho Federal de Medicina, o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, no qual são estabelecidos critérios para que um prontuário eletrônico seja considerado seguro e com validade legal.

Segundo Costa (2001, p. 175), “as tendências para o futuro do PEP indicam que cada vez mais haverá soluções baseadas na Web, uso de Servidores de Aplicativos, Patient Empowerment e Web-based Personal Health Records, uso de tecnologias *wireless* (sem fio) e aumento da padronização (Waegemann, 2001; PriceWaterhouseCoopers, HealthCast 2010, 1999)”. Esses aspectos levam “os desenvolvedores de PEP a ficarem atentos para tais tecnologias e determinar quais devem ser implementadas no contexto de suas instituições, bem como mensurar o seu impacto”. O autor afirma que “o Brasil deve, nos próximos anos, estar alerta a todas essas novas tecnologias e tendências para o PEP”. Para isso, é importante que desenvolva mais pesquisas na área, “envolvendo a sociedade, governo e iniciativa privada para que se possa construir uma ‘massa-crítica’ que irá trilhar os caminhos em busca do PEP”.

Dando continuidade ao seu raciocínio, Costa (loc. cit), argumenta que “no futuro, acredita-se que haverá um único prontuário (central ou de forma distribuída), disponível mundialmente e totalmente padronizado, contendo toda a informação do indivíduo, do nascimento à morte, com o registro de todas as ocorrências de doença”.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)

O prontuário eletrônico do paciente², de acordo com o Institute of Medicine (IOM) caracteriza-se como um sistema de informação especificamente projetado para dar apoio aos usuários por meio da disponibilização de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, *links* para bases de conhecimento médico e outros auxílios.

Para o Computer-Based Patient Record Institute (CPRI), o prontuário eletrônico do paciente é um registro computadorizado, uma informação mantida eletronicamente a respeito dos cuidados de saúde de um indivíduo durante toda a sua vida. Sob essa ótica, “a proposta básica do PEP é unir todos os diferentes tipos

² Os prontuários em suportes eletrônicos são também denominados: Registro Eletrônico do Paciente (REP), Registro Eletrônico de Saúde (RES), entre outros termos.

de dados produzidos em vários formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe da saúde em distintos locais”. (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003, p. 75)

Sabatini (2002, apud PINTO, 2006, p. 37) argumenta que, com a chegada dos dispositivos eletrônicos, o prontuário do paciente, caracterizado como um documento passivo, muitas vezes difícil de ser entendido e distante do paciente, passou a ser percebido como “um instrumento ativo, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, e um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde”.

Pinto, na mesma obra, torna ainda mais elucidativa a citação anterior ao ressaltar, baseada em Gremy (1987), que o prontuário do paciente, “que antes tinha função de documentar as informações da saúde e da doença do paciente, hoje se tornou complexo, passando a ter um papel de fundamental importância na sociedade contemporânea”, uma vez que, segundo a autora,

fornece subsídio de manutenção da saúde do paciente; favorece o compartilhamento de informações entre diferentes profissionais; é o documento de base legal para as ações médicas e dos pacientes; é uma fonte de pesquisa clínica, de estudos epidemiológicos, de avaliação da qualidade do cuidado e de vigilância a reações adversas de drogas; é uma fonte de educação e reciclagem médica continuada; é uma fonte de informação para identificar grupos de pacientes específicos, tratamentos e cuidados praticados nos pacientes, visando à cura de determinadas enfermidades; fornece subsídios para o faturamento e o reembolso, para a pré-autorização por pagadores, como base para a sustentação organizacional e para a gerência de custos

O PEP propicia segurança e confiabilidade aos dados, porém tem-se que tomar alguns cuidados. Todo sistema informatizado necessita de mecanismos de segurança voltados à proteção e preservação dos seus dados. Laudon e Laudon (1999, p. 270) defendem que

a **segurança de dados** abrange a prevenção do uso não-autorizado [...] e a garantia de que [...] não sejam acidentalmente alterados ou destruídos [...] com isso, a organização precisa determinar quais dados estão armazenados em seus sistemas, como são usados e quem tem permissão para acessá-los e atualizá-los. (Grifo dos autores)

A segurança de dados é de extrema importância, principalmente nos dias atuais, visto que os sistemas de informação têm sofrido a ação de especialistas em tecnologia que criam mecanismos para entrar nos sistemas e acessar informações sigilosas. Diante disso, a necessidade de se desenvolverem mecanismos e sistemas de segurança de dados é, atualmente, uma das principais áreas existentes em relação às TICs. Para isso, muitas técnicas são usadas para amenizar esse problema; dentre elas, pode-se citar: “[...] o emprego de senhas, ou palavras ou códigos secretos dando autoridade às pessoas para acessar partes específicas de um sistema ou sistemas de informação” (LAUDON; LAUDON, loc. cit.). Assim, somente usuários autorizados teriam acesso às informações disponibilizadas pela empresa.

Em relação ao uso do PEP, Pinto (2006, p.39) compara-o ao prontuário em papel, apresentando algumas vantagens e inconvenientes:

- **PEP**

- o Vantagens:

- Diminuição do tempo de atendimento e custos;
 - Possibilidades de reconstrução histórica e completa dos casos acerca dos pacientes, registros médicos, tratamentos etc.;
 - Contribuição para a pesquisa científica;
 - Facilidade na organização e no acesso às informações;
 - Racionalidade do espaço de arquivamento.

- o Inconvenientes:

- Grande investimento em *hardware*, *software* e treinamento;
 - Resistência a mudanças;
 - Demora na sua implantação;
 - Falhas na tecnologia.

- **Prontuário em Papel:**

- o Vantagens:

- Maior liberdade na maneira de escrever;
 - Facilidade no manuseio, não requerendo treinamento para tanto;
 - Nunca fica “fora do ar”.

- o Inconvenientes:

- Ilegibilidade na leitura;
 - Ambiguidade;

- Perda de informações;
- Dificuldade de acesso e de pesquisa coletiva;
- Fragilidade do papel.

Na esteira do pensamento da autora, observa-se que sobressaem as vantagens do PEP em relação ao prontuário de papel. Com o grande número de prontuários que uma unidade de saúde conserva em seus arquivos, a possibilidade de diminuição do espaço físico utilizado para tal é de suma importância para as instituições. Entretanto, o maior benefício que decorre da implantação do PEP é o registro integrado do paciente, ou seja, a possibilidade de se obter, com fidelidade e em tempo hábil, as informações registradas pelos diversos profissionais que atendem o paciente durante toda a sua vida.

Vale ressaltar, porém, que a instituição que implantar o PEP deve ter consciência do alto investimento em tecnologia e treinamento de pessoal, além da necessidade de propiciar condições para que seus usuários conheçam e incorporem os novos paradigmas advindos das mudanças ocorridas nos registros dos cuidados com a saúde. Corroborando a afirmação, Massad; Marin; Azevedo Neto (2003, p. 18) argumentam que os “sistemas integrados pressupõem não somente serviços e organizações integradas. Mas principalmente, profissionais integrados. Este aspecto caracteriza muitas vezes a barreira crítica no desenvolvimento e adoção de um PEP”.

Também não se pode perder de vista que um sistema informatizado necessita de constantes manutenções e cuidados com relação à preservação das informações que o constituem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação, é evidente, são considerados basilares a toda e qualquer atividade desenvolvida em uma instituição da área da saúde. Esses sistemas proporcionam à instituição a gestão e a organização eficiente das informações registradas em seus diversos setores e nos mais variados suportes. De acordo com Frade et al. (2003, p.2), “a qualidade das decisões tomadas em uma organização pode ser afetada pela disponibilidade - para os tomadores de decisões - de informações que sejam temporais, relevantes e qualitativamente suficientes para a resolução do(s) problema(s) proposto(s)”. Nesse contexto evidencia-se a importância da disponibilização de informações adequadas às necessidades dos usuários, para que seu uso se transforme em ação por parte dos gestores, sejam eles médicos, enfermeiros, ou outros profissionais da saúde que atuam na instituição.

Os sistemas de informação da saúde são compostos por vários outros. Dentre eles destaca-se o sistema de informações clínicas e, mais especificamente, o prontuário do paciente. Cabe ressaltar que os prontuários de uma instituição voltada à área da saúde constituem-se em documentos de extrema relevância no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento prescrito nas enfermidades de cada paciente que é atendido. Também são considerados importante fonte de informação a respeito de determinada patologia, seu histórico, desenvolvimento, cura ou das medidas paliativas, entre outras especificidades que a caracterizam. Sob outro enfoque, é possível afirmar que a importância dos prontuários aumenta de forma substancial, se a instituição, além dos tratamentos de excelência realizados, dedicar-se também ao uso e compartilhamento das informações geradas nos seus prontuários, como fonte de estudo, de pesquisa.

Importa salientar, entretanto, que a elevada quantidade de prontuários médicos gerados em papel, aliada à escassez de espaço físico e de pessoal qualificado e à inexistência de metodologia sistemática e atual de acondicionamento e recuperação desses documentos, constitui-se atualmente em imenso problema que demanda análises e ações urgentes. De acordo com essa linha de raciocínio, buscou-se evidenciar algumas das características do prontuário eletrônico do paciente com o intuito de subsidiar a sua implantação no Hospital do Câncer de Londrina-PR. Mediante pesquisas bibliográficas, bem como reflexões suscitadas no projeto integrado *A Organização da Informação e do Conhecimento Registrado: uma proposta multidisciplinar*, desenvolvido nesse hospital, observou-se que o prontuário eletrônico do paciente propicia o acesso remoto em tempo real e simultâneo pelas equipes multidisciplinares que atendem os pacientes; maior legibilidade quanto aos registros efetuados; interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas; segurança e confiabilidade dos dados; apoio eficiente e eficaz à administração; assistência à pesquisa e à criação de conhecimento em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.638 de 10 de julho de 2002. **Diário Oficial**, Brasília, 10 jul. 2002. Seção1, p. 124-5.

CIANCONI, R. de B. Gerência da informação: mudanças nos perfis profissionais. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 204-208, jul./dez. 1991.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Manual de orientação ética e disciplinar**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis, 2000. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crm-sc/manual/parte3b.htm> > Acesso em: 02 dez. 2007.

COSTA, Claudio Giulliano. A. da. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da world wide web e da engenharia de software**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: < http://www.medsolution.com.br/claudio/dissertacao/Dissertacao_Claudio_Giulliano_PEP.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2008.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Ecologia da informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 1998. 316p.

FARIA, Andréa Trindade Ituassu. **A indexação temática em prontuários médicos**: uma análise de literatura. 1999. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

FRADE, A. C. M. N. et al. Gestão estratégica da informação: a distribuição da informação e do conhecimento. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v. 13, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/artigos/gestestrtr.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2006.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Sistema de informação com internet**. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

MARIN, H. de F. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: MASSAD, E.; MARIN, H. de F.; AZEVEDO NETO, R.S. de. (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003, p. 73-84.

MENDES, R. D. Inteligência artificial: sistemas especialistas no gerenciamento da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 39-45, jan./abr. 1997.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Enc. Bibli.**, Florianópolis., n. 21, 1º sem. 2006.

PONJUÁN DANTE, G. **Gestión de información**: dimensiones e implementación para el éxito organizacional. Rosário [Argentina]: Nuevo Paradigma, 2004. 208 p.

TEIXEIRA, J. de F. **Mentes e máquinas**: uma introdução à ciência cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

VAN BEMMEL, J.H.; MUSEN, M.A. **Handbook of medicinal informatics**. Netherlands: Springer-Verlag, 1997.

Rosane Suely Álvares Lunardelli

Mestre e doutora em estudos da linguagem pela Universidade Estadual de Londrina. Professora do departamento de ciência da informação e vice-coordenadora do colegiado de arquivologia da UEL. Coordenadora do projeto *Organização da informação e do conhecimento na área da saúde no Hospital do Câncer de Londrina*.

Leticia Gorri Molina

Graduada em biblioteconomia pela UEL. Mestre e doutoranda de ciência da informação pela Unesp-Marília. Docente do departamento de ciência da informação da UEL. Membro do projeto de pesquisa *Organização da informação e do conhecimento na área da saúde no Hospital do Câncer de Londrina*.

Rosana Olavo Boscarol Alves

Graduada em arquivologia pela UEL. Especialista em informação e sociedade. Membro do projeto de pesquisa *Organização da informação e do conhecimento na área da saúde no Hospital do Câncer de Londrina*.

Maria José Rabello de Freitas

m.rabello@terra.com.br

A fé, vista pela psicologia transpessoal, desenvolve aspectos novos. É a superação da realidade. Aliás, o evangelista João já anunciava: “Quem crê passou da morte para a vida”. Reduz-se a fé a uma ideia vaga quando se toma esse elemento vital apenas como poder superior.

Fé é aquilo que o Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde (Gepas) e outros setores da Universidade Federal da Bahia e da Universidade do Porto experimentaram ao assumir e desenvolver ações para realizar o I Colóquio Internacional *A medicina na era da informação* (Medinfor). As dúvidas, as dificuldades foram determinantes para saber o que de fato queríamos. Foi a fé em tudo que se viveu, que nos fez chegar à ideia do psicólogo austríaco Paul Watzlawick: “Fé é interpretação da realidade.”

E a realidade para nós foi o desafio. E o desafio, como sabemos, só se estabelece sobre o que é real (que corresponde à realidade). Aí se situa o eu-possa, o nós-podemos, como diz Obama. Podemos. Pudemos. E foi mesmo possível porque esse eu-possa ou nós-podemos era um sentimento interior, salutar, positivo. Fé é, pois, coisa ativa, é solução. Com ela superamos o plano psicológico, comprovando o que hoje se designa como psicologia transpessoal.

Outro aspecto de outro elemento vital vivenciado pelo Gepas: o amor, a amizade. Ele é a *enérgeia* dos gregos. É a força motora que se manifesta em cada um de nós. É o sentir do fazer autêntico. É o que torna a vida digna de ser vivida. O amor é obra de arte, é o estado do ser-com-Deus. Sem ele não haveria, por exemplo, as cantatas de Bach, os oratórios, como O Messias, de Haendel, nem as sinfonias de Mozart. Sem o amor, sem a amizade, não teria havido o Colóquio.

Tudo seria pobre e vazio, nem mesmo estaríamos aqui, agora, provando no íntimo o sabor da meta realizada, vivendo este momento vivificante, de dimensão tão forte que evidencia quem somos.

Somos aquele grupo harmonizado pela energia vital que mora em cada coração. Somos enfim aquilo que Deus realiza em nós pela fé e pelo amor, na dimensão da luz, a exemplo do que fizemos e vivenciamos neste Colóquio nacional e internacional. Embora saudosos, chegamos ao final desejado, feliz. Podemos dar-nos por satisfeitos. Tudo que termina bem, está bem, como expressa o anexam. Podemos então exclamar como o bardo autor do poema *Mar português*: “Valeu a pena? Tudo vale a pena se a alma não é pequena.”

Com alegria, percebo a magnitude deste momento, como também sinto que a transcendência não é algo que está além do nosso mundo terreno, mas é a dimensão misteriosa de tudo que existe, o fundamento de todo o ser: o divino que penetra realmente em nós.

Quando agora olho para esta obra com textos de autoria de colegas e convivias confraternizados no banquete do saber em torno do tema informação e saúde, quando vejo nossos ilustres irmãos lusitanos, nobres expoentes do Porto, do Minho e de Lisboa, que atenderam o nosso convite com tanta fidalguia, diviso mais que suas brilhantes personalidades. Percebo mais que as qualidades do ser único de cada um com seus valores pessoais, intelectuais, com seus belos e ricos currículos, seus dons, seus sonhos, suas realizações. Vejo, percebo e sinto a profundidade secreta, íntima, a manifestação da força criadora do Pai das Luzes quando permitiu e até mesmo arquitetou este encontro.

No tumulto ruidoso do século em que vivemos, é uma graça, uma dádiva estarmos centrados em nossos corações, deixando que os fluidos de nossas inteligências e sensibilidades e da amizade que nos congregou, escoem através de nossas conferências e comunicações em vez de congelar-se. Esta é uma prática avançada, que a tradição budista milenar chama de *bodhisattva* e a cristã de *pneuma* ou *sopro*, ou seja, a descida do Espírito Santo, quando então somos mais que nós mesmos e amamos os irmãos com sentimentos de sabedoria, verdade, justiça e afeto.

Assim, o Medinfor alcança a sua plenitude e abre novos canais para reflexão e pesquisa interdisciplinares no domínio das ciências da saúde e da informação. Expressa, exemplifica e apresenta o retrato da ciência da informação que se desenvolve no Brasil e em Portugal, e seu contributo na área da saúde. Traça caminhos a seguir aquém e além-mar. Que Deus abençoe a todos que deram de si para que este evento acontecesse com sucesso!

Maria José Rabello de Freitas

Graduada em farmácia e biblioteconomia pela Ufba. Professora aposentada e ex-diretora em dois mandatos da Escola de Biblioteconomia e Documentação, atual Instituto de Ciência da Informação da Ufba. Fundadora do primeiro curso de arquivologia no Norte e Nordeste do Brasil e da Associação dos Arquivistas da Bahia.

Colofão

Formato	17 x 24 cm
Tipologia	CaslonOldFace BT
Papel	75 g/m ² (miolo) Cartão Supremo 250 g/m ² (capa)
Impressão	Setor de Reprografia da EDUFBA
Capa e Acabamento	Gráfica Cian
Tiragem	500 exemplares