INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas do séc. XX, há um empenho progressivo das organizações na construção de uma comunicação eficiente, com seus clientes, fornecedores, funcionários e demais parceiros. Comunicar com clareza, objetividade e transparência tem sido a alternativa adotada pelas organizações seja para contornar graves crises de imagem, seja para constituir um sólido relacionamento com os grupos que se interessam por seus produtos e/ou serviços; interferindo decisivamente (positiva ou negativamente) em suas atividades, proporcionando, enfim, maior envolvimento dos *stakeholders* com a filosofia institucional.

A Comunicação tem estado no âmago de uma grande transformação organizacional. Antes entendida como mero setor de funcionamento, cujas responsabilidades se limitavam ao contato com os órgãos de imprensa, à produção de eventos e de publicações diversas, hoje, sua atuação destaca-se também na gestão organizacional, participando de maneira mais direta nos processos de mudança e na busca de melhores resultados (CARNEIRO, 2006).

Muitos líderes têm se conscientizado do valor da comunicação, criando para as organizações diferenciais de competitividade. Estas empresas objetivam maior satisfação e fidelidade de seus clientes / usuários e a afirmação de condutas socialmente responsáveis, baseadas na sustentabilidade de suas ações e na ética envolvida no relacionamento com o público. Neste novo contexto, as empresas e organizações diversas se abrem aos canais de informação − possibilitando melhor entendimento de suas mensagens e garantindo maior (e melhor) acesso aos seus públicos − também se desenvolvem estudos sobre como uma Comunicação Organizacional eficiente pode influir na construção e manutenção das associações positivas, que agregam valor às organizações.

A tomada de consciência do papel estratégico da Comunicação nos planos de gestão das organizações proporcionou aos estudiosos desta área um novo paradigma. Abrem-se ao diálogo franco com seu público na busca por estabelecer um diferencial competitivo, com base no relacionamento transparente e dinâmico com aqueles que, nos meios internos ou externos, têm interesses particulares nas suas atividades.

Ainda há uma grande resistência por parte dos gestores em dialogar com o meio externo, barreira que tem sido gradativamente removida em função da nova dinâmica imposta pela evolução dos meios de comunicação. A forma como a informação se difunde na sociedade é, pois, diferenciada. Interpeladas pela opinião pública, as organizações, hoje, são obrigadas, constantemente, a tornarem-se mais presentes junto ao público, integrando a comunicação social em suas estratégias de gestão. Se antes, era possível contornar uma crise de imagem através de um diálogo simples com os clientes e com influentes formadores de opinião, hoje, esse processo ocorre de maneira bem mais trabalhosa, demandando investimento maior em esforços, de modo a preencher as lacunas criadas junto a públicos de interesses distintos junto às empresas − que consomem informações de canais cada vez mais ágeis e segmentados.

É necessário, de acordo com Cardoso (2006), entender-se a comunicação a informação como instrumentos poderosos de gestão e importantes ferramentas de apoio à tomada de decisões. Atitude que possibilita o desenvolvimento de uma cultura organizacional na qual todos os públicos se sentem envolvidos e, de certa forma, participantes. Cardoso (2006) sinaliza que em função da necessidade, de competitividade das organizações no mundo globalizado, deve-se investir na criação de mecanismos que possibilitem, em um ambiente de redes de informação, maior integração com os diversos agentes com os quais interage.

O mesmo autor afirma ainda que, mesmo não institucionalizados, os processos comunicativos, são um fato, no ambiente organizacional, pois não existe organização que não mantenha alguma prática nesse âmbito. Esses processos revelam-se fundamentais na constituição e divulgação da cultura e da identidade, construindo as imagens que serão assimiladas por seus públicos internos e externos (CARDOSO, 2006).

O campo de estudo da Comunicação Organizacional tem servido de fonte de pesquisa e embasamento conceitual. As organizações desenvolvem-se aderindo às práticas comunicacionais alinhadas às suas estratégias de negócios, objetivando não só maior retorno − e o consequente retorno financeiro − como um posicionamento positivo perante seus *stakeholders* e a sociedade em geral.

Trazendo esta discussão para o universo das organizações prestadoras de serviços de saúde, os profissionais deparam-se com alguns paradoxos: como obter sucesso na comunicação em organizações cuja complexidade separa o processo de

produção em assistencial e administrativo? Em se tratando de uma área pouco pesquisada, como contornar as crises de imagem que ditas organizações enfrentam? Como integrar públicos com interesses distintos (funcionários, corpo clínico, estudantes – no caso de hospitais de ensino −, fornecedores, usuários e seus respectivos familiares, etc.) em torno de uma mesma informação, interagindo diferenciadamente com cada um deles? Como parte integrante da sociedade, os hospitais sofrem consequências de transformações e crises externas que, somadas aos fatores internos, resultam em pressões e demandas por informação – na esfera dos interesses de cada um dos grupos, direta ou indiretamente ligados à organização.

No âmbito dos serviços de saúde, a Comunicação Organizacional assume contornos ainda mais desafiadores. De acordo com o que propõe Nassar (2003, p. 10) “a área da saúde trata com vidas humanas, sendo importante verificar opiniões, a fim de alcançar não só um consenso onde os interesses possam ser harmonizados, mas também a formação de uma imagem frente à sociedade”. Desse modo, faz-se necessário um trabalho de comunicação que promova maior integração entre os públicos envolvidos.

Quando associados tecnologicamente através de redes colaborativas, os hospitais precisam, ainda, interagir uns com os outros, em um exercício de intercâmbio de valiosas informações gerenciais. Estratégia que abrange desde os mais recentes resultados de pesquisas científicas aos indicadores de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Tais informações servem de apoio à tomada de decisão dos gestores destas organizações. Revelam, também, potencialidades e fragilidades dos serviços prestados, contribuindo para a revisão e a melhoria contínua dos processos e procedimentos adotados.

Uma vez que o consumo das informações, no mundo contemporâneo, segue o compasso da globalização, é importante que prestadoras de serviços de saúde também atentem para as novas formas de transmissão de mensagens, viabilizadas pela tecnologia. A era tecnológica trouxe consigo uma série de adventos que criaram novos canais de difusão de conteúdo, permitindo que a comunicação ocorra por meios que levam a informação ao receptor, através de formatos e linguagens diferenciadas, possibilitando também maior impacto na recepção da mensagem e sua melhor assimilação.

Quando as informações estão à disposição de todos em tempo real, consolidam-se como mais bem-sucedidas as organizações que demonstram a capacidade de trabalhar a mensagem e transformá-la rapidamente numa nova oportunidade de negócio. De acordo com Lima (2004), as novas tecnologias de comunicação estão diretamente ligadas à construção do diferencial de competitividade, ao permitir o acesso facilitado às informações e o intercâmbio de conhecimento em tempo real. A autora afirma ainda que o grande desafio é o desenvolvimento da capacidade de interpretar a informação e torná-la útil à organização de forma criativa.

As novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) revolucionaram a maneira do homem se comunicar, e também trouxeram às organizações formas diferenciadas de dialogar com seus públicos internos. Segundo Machado (2002), as TICs são um convite à intervenção, favorecendo a integração e o maior envolvimento dos colaboradores com os seus valores.

Silva (2004) afirma que a inovação é a principal forma de alavancar o sucesso de produtos, serviços, estratégias e mudanças organizacionais. Para ele, novas ferramentas tecnológicas exploram a riqueza do ambiente da informação, proporcionando acesso onipresente a pessoas e recursos. Ao mesmo tempo em que se percebe a inovação representada pela utilização das TICs, em razão dos novos modelos de interação e relacionamento que propõem, é possível notar que a adoção destas ferramentas é tímida, no ambiente das organizações prestadoras de serviços de saúde. Estes centralizam seus esforços nos meios tradicionais, quase manuais.

O advento deste paradigma determina que profissionais do setor partam em busca de soluções inovadoras em comunicação, que atendam às novas demandas. Isso ocorre nessa sociedade cada dia mais consciente da relevância do conhecimento e do envolvimento com a cultura organizacional na decisão de contratação de serviços. Existem também demandas internas de comunicação que precisam ser atendidas, pois, como afirma Zanetti (2006, p. 45):

> Funcionários gostam de sentir que fazem parte da história da empresa, que estão juntos construindo algo grandioso. A comunicação poderá trabalhar bem estes valores, ajudando a estimular seus colaboradores, aumentando o sentimento corporativo e o ‘vestir a camisa’ da empresa.

Esta busca pela inovação leva os gestores da Comunicação Organizacional a voltar suas atenções às TICs e às inúmeras possibilidades de adequação da mensagem, interação e intervenção por elas viabilizadas. Essa procura objetiva a seleção dos meios através dos quais se podem obter resultados satisfatórios em processos comunicacionais pulverizados.

Assim, no ambiente das Redes Sociais de Colaboração, as TICs desempenham papel fundamental. Facilitam o processo de difusão de informações, que seriam insumos estratégicos para a conquista de objetivos comuns, por meio do conhecimento compartilhado e aplicado (MENDES; CUNHA; TEIXEIRA, 2005).

Logo, para os hospitais em rede, adotar ferramentas tecnológicas seria condição básica para que explorem o potencial deste formato organizacional e sua natureza cooperativa. As TICs oferecem a infraestrutura necessária para que estas organizações integrem sistemas, processos e serviços e estruturem redes de relacionamento, independente da localização espacial de cada uma (FIALHO, 2005).

A pesquisa que aqui se apresenta toma por objeto de estudo a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH), rede colaborativa de hospitais, que se utiliza do Sistema de Informações Gerenciais (SIG), em seus processos comunicacionais. As investigações em torno da incorporação e correta utilização desta ferramenta tecnológica, nas atividades cotidianas das organizações estudadas, servirão de embasamento ao debate sobre as oportunidades que se abrem para os gestores através do emprego das TICs na comunicação das organizações prestadoras de serviços de saúde.

Parte-se do pressuposto de que os processos de Comunicação Organizacional, instituídos nos hospitais, são predominantemente voltados à área assistencial. A problemática delineia-se quando se adota as premissas (1) existe considerável resistência, principalmente na classe médica, à adoção de inovações tecnológicas na gestão dos processos hospitalares (ANDRADE, 2010) e (2) a utilização das TICs nos serviços de saúde traz transformações gerenciais e práticas, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados não só por facilitar a comunicação, mas também por facilitar o acesso a informações diversas e a resultados de pesquisas (JBILOU et al, 2008).

Desta forma, considerando o contexto exposto, propõe-se que os resultados respondam à seguinte pergunta: Quais as possibilidades e limites da incorporação

do SIG aos processos de comunicação organizacional dos hospitais que integram a Rede InovarH?

Assim sendo, tem-se o objetivo de analisar criticamente o papel da comunicação e utilização de TICs no suporte à tomada de decisões gerenciais em organizações hospitalares, mediante imersão no caso da referida Rede e do seu sistema. Objetiva-se, especificamente, verificar a importância atribuída à comunicação e às TICs − enquanto ferramentas de viabilização de processos e suporte à gestão em serviços de saúde; observar se as estratégias de comunicação adotadas contribuem para a integração dos processos assistenciais e administrativos; identificar aspectos facilitadores e dificultadores à adoção do SIG da Rede InovarH nos processos de Comunicação Organizacional dos hospitais que a integram; e apontar lacunas e oportunidades na utilização do SIG da Rede InovarH no apoio a decisões gerenciais.

PARTE I A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Este capítulo objetiva apresentar as organizações hospitalares, discutindo sobre as origens da prática médica assistencial, a natureza e as especificidades dos serviços de saúde e as peculiaridades do processo produtivo observado nestas organizações, além da evolução da definição de saúde. Também será contemplada uma breve revisão sobre hospitais em redes colaborativas, de forma a destacar a importância do formato para a pesquisa desenvolvida.

1.1 ORIGENS DA PRÁTICA MÉDICA ASSISTENCIAL: ORIGENS E EVOLUÇÃO

As práticas de assistência aos enfermos datam de cerca de quatro mil anos antes da Era Cristã, quando as habilidades no trato com as doenças já eram reconhecidas como fatores vitais para o homem primitivo. Estas habilidades foram desenvolvendo-se e disseminando-se à medida que o homem aperfeiçoava suas capacidades de comunicação e de registro de suas descobertas e sua história. Devido ao desconhecimento das causas e consequências das questões relativas à saúde, segundo Magalhães e Rodrigues Júnior (2004), a medicina esteve, durante boa parte da história, associada à religião e à magia − tanto que, nas civilizações egípcia, grega e romana, os templos eram locais para a acolhida dos doentes e os sacerdotes encarregados do trabalho assistencial.

Já na Era Cristã, os católicos foram os pioneiros no desenvolvimento da assistência médica, todavia com severas restrições a certos métodos de cura, pois imperava a crença de que o homem fora criado à imagem e semelhança de Deus, portanto não eram admitidos procedimentos invasivos que violassem a integridade do corpo. Por exemplo, até o final do século XIV não era permitida a realização de cirurgias, pois não era admissível o derramamento de sangue. Assim, o cuidado assumia uma característica menos física e mais emocional e espiritual, voltada ao conforto do doente em seus últimos momentos de vida (MAGALHÃES; RODRIGUES JÚNIOR, 2004).

Da forma como o conhecemos hoje, como local de terapia e assistência à saúde, o hospital surge na sociedade no final do século XVIII. Antes disso, os hospitais eram instituições de amparo à população carente, fortemente ligada à Igreja Católica, cujos propósitos finais não eram a cura das doenças, mas sim o amparo material e espiritual aos enfermos, esforço que também visava a afastá-los da sociedade, de forma a não contaminar a população sadia com suas moléstias (FOUCAULT, 2009).

Desse modo, observa-se que o médico não era personagem central no ambiente hospitalar. Até o século XVIII, os grandes médicos, dotados de prestígio social, realizavam apenas consultas particulares nas casas da aristocracia ou em seus consultórios. Os profissionais chamados pelos religiosos para prestar assistência nos hospitais eram, geralmente, os menos capacitados e experientes. Este cenário se completa com o total desconhecimento dos princípios de desinfecção e higiene, o que contribuía para a disseminação de doenças no ambiente hospitalar. Assim, o hospital girava em torno não da assistência ao paciente, mas ao pobre que está morrendo, constituindo-se em um grande "depósito" de doentes mentais, aleijados, prostitutas e portadores de doenças contagiosas. Nas palavras de Foucault (2009, p. 104):

> Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era o pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

No final do século XVIII, passou a ocorrer uma grande reforma nos hospitais, mas esta não nasceu da percepção da necessidade de melhorar a atenção à saúde, e sim de razões de ordem militar e econômica. Havia a necessidade de evitar ao máximo os óbitos entre os soldados – cujos treinamentos consumiam investimentos de grandes montantes, que constantemente estavam expostos a diversos riscos de prejuízos, como doenças, infecções e deserção. Assim, para evitar a deserção de pacientes militares e diminuir a quantidade de mortes, houve a necessidade de introdução da disciplina no ambiente hospitalar, que atingia aspectos políticos e administrativos dessas organizações, mediante a implantação da fiscalização e do desenvolvimento da terapêutica. Este movimento foi acompanhado da evolução do

saber na área médica, tendo, conforme Foucault (2009, p. 110), como principais características:

a) A reorganização do espaço hospitalar, de forma a manipular as condições do meio e seus efeitos sobre a doença.
b) A implantação de um sistema de registro permanente, que envolvia da identificação do paciente ao registro do diagnóstico e da terapia adotada. Aqui, o autor afirma que o hospital passa a ser, além de espaço terapêutico, local de “registro, acúmulo e formação de saber”, uma vez que esses registros permitiriam não só tratar o indivíduo, como também conhecer melhor as condições de saúde da população.
c) Uma inversão no esquema de poder no hospital, antes centrado nos religiosos, passando a ter no médico o principal responsável por seu funcionamento, uma vez que é o indivíduo que domina o saber especializado, permitindo assim à organização o cumprimento de sua nova função.

Assim, ainda segundo Foucault (2009), surge aquilo que seria o embrião do hospital moderno, cujo papel, novo e ampliado, observa a cura, e também a formação médica, favorecida pela difusão do conhecimento no ambiente hospitalar. No moderno esquema de funcionamento dos sistemas de saúde, o hospital é entendido como um centro de referência que deve receber pacientes cujos problemas não puderam ser sanados em outras instâncias, no qual os esforços administrativos, técnico-científicos e de pesquisa estejam direcionados à recuperação da saúde do paciente, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional adequadamente preparada e selecionada (MALAGON; MORERA; LAVERDE, 2000).

Magalhães e Rodrigues Júnior (2004) afirmam que, o avanço da prática médica e dos recursos diagnósticos e terapêuticos sobrevieram de forma marcante no século XX, resultando na realização de procedimentos cirúrgicos sofisticados, como o transplante de órgãos, os quais favoreceram as curas de diversas doenças. Tais avanços possibilitaram, ainda, o surgimento de novos modelos de organizações prestadoras de serviços de saúde, oferecendo mais alternativas para o atendimento de demandas sociais diversas.

Logo, à medida que novos saberes foram incorporados às práticas médicas, essas organizações ganharam complexidade e se diferenciaram em função da sua

natureza, capacidade de atendimento, tipo de corpo clínico, dentre outras características, conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 - Classificação das organizações hospitalares.

Item de Classificação	Descrição
Natureza da assistência	• Geral: atende pacientes de várias especialidades; • Especializado: atende somente pacientes de determinadas especialidades médicas.
Propriedade, manutenção e controle	• Governamental: federais, estaduais, municipais e paraestatais (ex.: institutos); • Particular: com fins lucrativos ou sem fins lucrativos (ex.: hospitais filantrópicos – organizações que atendem, gratuitamente, pacientes pobres desprovidos de qualquer cobertura).
Capacidade ou lotação	• Pequeno: até 49 leitos; • Médio: 50 a 149 leitos; • Grande: 150 a 500 leitos; • Especial ou extra: acima de 500 leitos.
Capacidade de ensino (residência médica)	• Hospital de ensino; • Hospital com residência médica regulamentada; • Hospital sem regulamentação de residência médica.
Corpo clínico	• Fechado: quando o hospital dispõe de um corpo clínico efetivo, ou seja, próprio; • Aberto: quando o hospital não dispõe de um corpo clínico próprio, permitindo a qualquer médico trabalhar em seus serviços; • Misto: quando o hospital combina os dois modos anteriores.
Sistema de Edificação (I)	• De pavilhões: quando é formado por vários pavimentos; • Monobloco: quando a edificação é formada por um único bloco; • Misto: quando combina blocos e pavilhões.
Sistema de Edificação (II)	• Vertical: edificações com vários pavimentos; • Horizontal: um ou mais blocos, predominantemente, na superfície.
Tempo de permanência do paciente no hospital	• Curta permanência: período médio de permanência inferior a 15 dias; • Longa permanência: período médio de permanência superior a 15 dias.

Fonte: Cerqueira (2004).

Silva (2003) observa que as organizações hospitalares apresentam uma cultura tradicional, refratária à implementação de processos de mudança. Isso se deve, no entendimento da autora, à própria natureza e complexidade das atividades do hospital, aliada a uma estruturação inicial do setor, comandada por grupos

religiosos, colônias estrangeiras ou associações de profissionais de saúde; atores que direcionavam a organização quase que unicamente para a área assistencial, reservando à área administrativa uma posição secundária.

Logo, surge a necessidade de debater-se sobre a natureza deste tipo de serviço e suas especificidades, de forma a ampliar o entendimento sobre as complexas variáveis que se apresentam neste setor. Com isso, se objetiva entender a dinâmica das variáveis que estruturam os processos produtivos que se desenvolvem nas organizações hospitalares.

1.1.1 A natureza e as Especificidades dos Serviços de Saúde

Com o progresso técnico, os serviços prestados pelas organizações hospitalares incluem grupos heterogêneos de profissionais, que apresentam diferentes graus educacionais e qualificações diferenciadas, surgindo assim interesses conflitantes. Esses conflitos são vistos por Nogueira (1994) como prejudiciais ao processo de mudança, uma vez que tais processos acarretam intervenções diretas no *modus operandi* das equipes, o que, devido a esta disparidade no perfil dos colaboradores, nem sempre é percebido de forma positiva pela equipe − que muitas vezes não compreende a necessidade da mudança, em processos já desenvolvidos da mesma forma, há muito tempo, com percepções de sucesso em seus objetivos.

Silva (2003, p. 52) apresenta outros aspectos que se caracterizam como obstáculos às mudanças, a saber: a) complexidade e variabilidade das ações hospitalares e sua dificuldade de padronização, a cultura da “urgência”, arraigada nos usuários de serviços de saúde, que por saberem da proibição legal ao atendimento na unidade de Emergência, sob pena de alegação de omissão de socorro, muitas vezes demandam estas unidades, em casos que poderiam ser atendidos nas unidades de atenção básica, b) culturas tradicionais e/ou vinculadas à administração por parte de instituições beneficentes, religiosas ou gerenciadas por médicos, que não costumavam possuir uma visão gerencial da organização.

Segundo Pereira (2002), a estrutura decisória dessas organizações, em grande parte, era centralizada e constituída por indivíduos sem a profissionalização

adequada. Todavia, na atualidade percebem-se alterações nesse panorama, à medida que o hospital passa a ser visto como um negócio que precisa se adequar aos parâmetros da gestão organizacional, de forma a garantir sua própria sobrevivência.

De acordo com Campos e Albuquerque (1999), o trabalho no setor de saúde tem especificidades que se expressam na sua organização institucional. Argumenta-se que as propriedades econômicas especiais da atenção médica determinam a existência daquilo que a literatura em economia denomina de “falhas no mercado”, ou seja, uma vez que as forças do mercado não oferecem a estrutura para o adequado funcionamento do setor, a sociedade constrói formas institucionais variadas para suprir essa incapacidade, atribuindo um papel essencial às organizações não mercantis para o devido provimento desses serviços.

Desta forma, os autores enumeram diversas especificidades contemporâneas dos serviços de saúde. Primeiramente, as características singulares dos serviços hospitalares os diferenciam dos demais serviços, à medida que seus consumidores (nesse caso, os pacientes) não têm capacidade de compor suas próprias necessidades. Inexiste conhecimento que fundamente tal tomada de decisão, ou seja, um paciente não tem condição de decidir se prefere se submeter a uma quimioterapia ou a uma radioterapia, caso seus recursos possibilitem a escolha por apenas uma entre as duas terapias.

A demanda em serviços de saúde também se revela irregular e, portanto, imprevisível, ao contrário da demanda por alimento ou por moradia, por exemplo. E esta é uma procura que geralmente está associada a um ataque à integridade pessoal, que além do custo específico do atendimento médico ainda pode implicar custos relativos à diminuição ou perda, ainda que momentânea, da capacidade de trabalho − o que compromete diretamente a capacidade de obtenção de renda do indivíduo.

Outra especificidade, destacada por Campos e Albuquerque (1999), é o impacto da inovação tecnológica para os custos no setor de saúde. Segundo os autores, ao contrário da maioria dos setores de produção, nos quais a introdução de uma nova tecnologia substitui as antigas, nos serviços de saúde esta introdução é cumulativa. Por exemplo, para visualizarem uma fratura óssea, os médicos contam tanto com um convencional aparelho de Raios X quanto com modernos aparatos de

ressonância magnética e tomografia digital. Restando ainda os altos custos relativos aos contínuos investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D).

O entendimento de Teixeira (2010) permite identificar outra especificidade deste setor. Para a pesquisadora, a saúde se apresenta em um modelo quadripolar, no qual interagem fatores distintos: fatores genético-hereditários, fatores ambientais, comportamentais (estilos de vida) e fatores relacionados com o acesso a serviços de saúde. Desta interação, surge o referencial para a compreensão dos fatores envolvidos na determinação do processo saúde-doença em populações, e seus impactos na demanda pela assistência.

Malik e Teles (2001) observam que estas características do setor ajudam a confundir variáveis envolvidas na avaliação dos resultados e, por conseguinte, dos efeitos que programas de melhoria podem trazer. Os autores afirmam que poucos profissionais com formação administrativa ousam discutir, com médicos, sobre o entendimento de que, os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos são prescritos visando ao bem-estar do paciente. A orientação independe do tipo de financiamento do serviço ou de que determinada despesa deve ser feita − sob pena de provocar a morte de algum paciente, por culpa do gestor.

Desta forma, passou-se a observar com maior clareza a existência de dois processos produtivos de naturezas distintas, ocorrendo ao mesmo tempo, nas organizações hospitalares: o assistencial e o administrativo. Dada esta peculiaridade, a seguir, apresentam-se as especificidades destes, bem como se discute sua indissociabilidade para a gestão eficiente destas organizações.

1.1.2 O processo Produtivo em Organizações Hospitalares

Grande parte da produção acadêmica sobre gestão de organizações hospitalares é construída a partir do paradigma designado de funcionalista/sistêmico – hegemônico no campo que se convencionou denominar ‘Administração Hospitalar’. Nesse tipo de abordagem, o hospital funciona como um sistema ou um subsistema dentro do conjunto social mais amplo. Esse subsistema consome insumos (mão de obra especializada, materiais, recursos tecnológicos e financeiros) para desenvolver processos internos que vão resultar em produtos/serviços para os seus usuários.

Souza (2001) afirma que o pensamento funcionalista sistêmico é caracterizado por três elementos fundamentais: a noção de sistema e a concepção de sociedade como um complexo social; a recorrência a metáforas comparativas de tais sistemas com os orgânicos das ciências naturais, caracterizando a existência de "leis sociais naturais"; e a concepção das categorias funcionais necessárias à manutenção da estabilidade relativa destes sistemas[1].

Neste contexto, o hospital é visto como um organismo constituído por partes (seus vários setores) bem articuladas entre si, trabalhando dentro da lógica dos objetivos organizacionais. Não é demais destacar a ideia de que, por essa lógica, os funcionários são entendidos como recursos humanos que devem ser selecionados e socializados, de forma a cumprir seus papéis dentro da organização, como peças da engrenagem sistêmica.

Segundo Nassar (2004), entre todas as organizações prestadoras de serviços de saúde, o hospital revela-se a mais complexa em razão da extensa rede de serviços e atividades que engloba: hotelaria com serviços de lavanderia, nutrição, segurança patrimonial, etc., e serviços assistenciais como: centros cirúrgicos, centros de materiais esterilizados, ambulatórios, farmácia, dentre outros.

Assim, de acordo Mendes (1994), a organização interna dos hospitais segue um modelo organizacional composto por dois processos produtivos simultâneos e complementares: um assistencial e outro administrativo, uma vez que, paralelo à gestão administrativa da organização, observa-se todo um conjunto de tomada de decisões descentralizado, conduzido por médicos. Reserva-se aos profissionais a tarefa de seleção e o acompanhamento da terapia prestada a cada usuário.

Em razão desta diversidade, entende-se que a prática cotidiana dos hospitais apresenta elevado dinamismo operacional, ritmo acelerado e o desenvolvimento de atividades caracteristicamente distintas. Logo, a estrutura do hospital moderno deve extrapolar o entendimento de que sua influência sobre a saúde da comunidade depende, unicamente, do desempenho de seus leitos, observando-se também a excelência da gestão administrativa de tais organizações, como parte essencial do processo assistencial.

---

[1] A literatura em Gestão Hospitalar também oferece rico debate acerca das insuficiências do modelo funcionalista sistêmico para a construção de organizações hospitalares comprometidas com a efetivação de uma política de saúde global, centrada na universalidade e na qualidade do atendimento em saúde a todos os cidadãos, o qual extrapola os objetivos desta pesquisa. Para maiores informações sobre o tema, ver Cecílio e Merhy (2003)

O Quadro 2 apresenta um resumo dos serviços assistenciais prestados por uma organização hospitalar:

Quadro 2 - Processos relativos ao produto hospitalar

Item de Classificação	Descrição
Assistência Ambulatorial	Modalidade de assistência em que o paciente é atendido em consultório, sem a necessidade de internação hospitalar.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento	Processo por meio do qual o paciente é atendido para coleta (ou entrega) de material biológico destinado à realização de exame especializado e/ou para procedimento, com a finalidade de apoiar tecnicamente o diagnóstico ou tratamento.
Internação Hospitalar	Modalidade de assistência precedida de internação (admissão) do paciente, que ocupa um leito hospitalar para permanência igual ou superior a 24 horas, com a finalidade de diagnóstico ou tratamento.
Procedimentos Cirúrgicos	Modalidade de assistência com finalidade de tratamento ou procedimento cirúrgico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.
Procedimentos Obstétricos	Modalidade de assistência com finalidade de tratamento ou procedimento obstétrico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.

Fonte: Marinho (2004).

A abordagem dos processos relativos ao produto hospitalar auxilia na compreensão da missão do hospital como organização, definindo seus serviços e regras de influência. Tais processos são complementados pelo que Marinho (2005) define como processos de apoio hospitalar, os quais viabilizam as diversas atividades realizadas, conforme o Quadro 3.

Quadro 3- Processos de apoio hospitalar

Item de Classificação	Descrição
Engenharia	Manter a infraestrutura de subsistência do complexo hospitalar, buscando de forma integrada sua modernização.
Administração de Recursos Materiais	Suprir as necessidades dos clientes internos com a qualidade e a quantidade esperadas, assegurando produtos e serviços a baixo custo e tempo hábil para a continuidade operacional da organização.
Administração de Pessoal	Gerir pessoas: fixação, satisfação, capacitação, remuneração, reconhecimento, avaliação de desempenho, captação, seleção, acompanhamento, desenvolvimento, qualidade de vida e benefícios.
Finanças	Maximizar os recursos econômico-financeiros da organização por meio do fluxo monetário e de sistemas de informação e comunicação.
Marketing	Conquistar e manter clientes para a organização, encantando-os e satisfazendo as suas necessidades.
Nutrição e Dietética	Assistir nutricionalmente: produção e distribuição de alimentos.
Documentação e Pesquisa	Receber, classificar, organizar e manter os prontuários médicos e exames em condições de disponibilizar as informações neles contidas aos médicos, pesquisadores, pacientes, familiares, bem como para sua utilização para fins jurídicos.

Fonte: Marinho (2004)

Observa-se que Marinho (2005) orienta seu pensamento pela lógica do mercado, ao destacar as funções de Marketing como essenciais à operacionalização dos hospitais. Porém, uma vez que esta pesquisa abrange hospitais, cuja razão social é de natureza pública − aos quais não cabe o esforço em conquistar e fidelizar "clientes", conforme proposto pelo autor − esta dimensão não será contemplada na abordagem.

O referido autor desconsidera as atividades de comunicação no âmbito interno da organização, como parte integrante dos processos de apoio à assistência. Desta forma, perdem-se as contribuições provenientes do relacionamento e da cooperação intersetorial − indispensável ao bom funcionamento do sistema hospitalar. Esta investigação se estabelece nessa lacuna, discutindo as novas soluções gerenciais, à disposição dos tomadores de decisão, favorecidas pelos processos comunicativos.

A evolução da definição de saúde tem provocado mudanças no foco da prestação desse tipo de serviço, bem como na sua gestão, conforme afirmam Stumpf e colaboradores (1998). Para os autores, esse novo entendimento da saúde: (a) privilegia sua promoção em detrimento do tratamento de doenças; (b) trata o indivíduo de forma integrada, ao invés de observar órgãos ou sistemas

isoladamente; (c) assume o princípio da atenção integral e continuada em substituição a uma assistência baseada em consultas médicas pontuais; (d) valoriza as ações de promoção e prevenção; (e) considera a transdiciplinaridade do cuidado e não apenas a assistência médica isolada; (f) baseia-se na descentralização e regionalização dos serviços; (g) assume um padrão para a tomada de decisão baseado em evidências e resultados, e não mais no conhecimento tradicional e no ritual médico; h) observa a Transversalidade, que significa o desenvolvimento de ações coordenadas e integradas entre os diversos setores da saúde e áreas afins; i*)* Participação e Cidadania Organizacional e Socia*l* com ênfase para a gestão participativa e compartilhada e j) atenta para o Controle Social em Defesa do SUS, mediante a mobilização dos trabalhadores da rede de serviços públicos, para o fortalecimento do projeto ético-político do SUS.

Este sistema é pensado para funcionar em uma rede de atenção à saúde com serviços organizados segundo a complexidade e o perfil epidemiológico da população. Estas são as Redes de Atenção à Saúde (RASs) e se diferenciam das redes virtuais. De acordo com Mendes (2011), as RASs são caracterizadas pela presença dos seguintes atributos: a) foco nas necessidades de saúde da população; b) coordenação e integração do cuidado por meio da continuidade da atenção; c) utilização de sistemas de informação que conectem os usuários, os prestadores de serviço e os gestores no contínuo desse cuidado; d) uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais da saúde em busca dos objetivos; e e) a busca pela contínua melhoria dos serviços.

Neste entendimento, o autor (MENDES, 2011, p. 81) afirma que, em linhas gerais, as RASs podem ser definidas como:

> [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Já as redes virtuais, no contexto organizacional, têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos, e os problemas complexos, havendo interação entre agentes públicos e privados, centrais e locais,

onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e uma participação cidadã (FLEURY ; OUVERNEY, 2007). Em vista desta dualidade conceitual, na qual ambos os aspectos se revelam importantes, se buscará, a seguir, maior compreensão sobre os hospitais articulados sob o formato de rede, de forma a entender as particularidades deste tipo de associação, bem como suas implicações na gestão destas organizações e na melhoria contínua da assistência prestada.

1.1.3 Organizações Hospitalares em Rede

Conforme observado, o estudo das redes adquiriu particular relevância nos últimos anos do século XX. O referencial para esta área perpassa vários campos do conhecimento, apresentando conceituações distintas, porém, em muitos casos, complementares. Segundo Bakis (1993), na geografia, redes são estruturas de interconexão, constituídas por dois tipos de elementos: pontos (ou nós) e as ligações entre eles. A configuração das ligações revela a estrutura da rede. Nas redes territoriais, os lugares correspondem aos pontos, e as ligações podem ser materiais, como as estradas, ou imateriais, como os canais de comunicação digitais.

A sociologia estuda as redes de movimentos sociais que integram atores diversos, articulando o local e o global, o particular e o universal (SCHERER-WARREN, 2005). Luhmann (1987) as define como novas formas de coordenação intermediária decorrentes do processo de diferenciação funcional dos subsistemas. Para Castells (1999), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia da informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

As redes configuram-se, assim, basicamente em dois formatos: em árvore, ou em malha. Redes em árvore, também conhecidas como redes hierárquicas (ou piramidais), caracterizam-se pela limitação das conexões entre seus diversos ramos. Predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para o seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Já as redes organizadas em malha − em que cada nó se liga a vários outros − permitem

percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados (BAKIS, 1993).

Mendes, Cunha e Teixeira (2005) afirmam que aplicada à dinâmica organizacional, uma rede configura-se como a reunião de sujeitos (físicos ou jurídicos) em razão de objetivos e/ou temáticas afins, de maneira participativa e voluntária. Ainda no universo das ciências administrativas, Albrecht (1994) define as redes como a combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento que substituiu a corporação hierarquizada do modelo fordista, baseada em trabalho, capital e gerenciamento.

De acordo com Cross e Thomaz (2009), as redes possibilitam duas tarefas às organizações: identificar oportunidades e desafios e coordenar respostas apropriadas. Contudo, no entendimento dos autores, o tipo de rede mais eficiente a uma organização dependerá de sua proposta de valor, de seus objetivos estratégicos e da natureza do seu trabalho.

Já as organizações, que se articulam sob este formato, no papel de atores, encontram-se em situação de interdependência dada a necessidade de compartilhar recursos para atingir objetivos comuns. (TEIXEIRA, 2007). De acordo com a autora, seria limitado entender a participação de determinada organização em uma rede como consequência de suas próprias carências e/ou como mero comportamento maximizador de oportunidades, para que se atinjam objetivos individuais. A construção de uma rede, ainda segundo a autora, demanda a existência de um objetivo maior, que se torne um valor compartilhado que permanece − para além dos objetivos organizacionais particulares dos atores que a compõem.

Na área de saúde, observa-se que a noção de redes está presente tanto em estudos teóricos e nas políticas governamentais quanto em estratégias privadas de articulação e integração das unidades de serviço. Suas aplicações são diversas: redes de atenção primária, redes de serviços especializados, redes de informação, etc. Neste campo, Teixeira (2007) destaca que os significados do termo podem estar extensiva e diferentemente relacionados a saber: com a articulação e integração das unidades de provisão de serviços em dada especialidade; em atenção aos níveis de complexidade tecnológica; às bases de informação estatística sobre fenômenos sanitários; às esferas governamentais gestoras; aos atores num campo específico da política em saúde; aos sistemas de transferência de recursos financeiros e intercâmbio de serviços, etc.

Podolny e Page (1998) enumeram as principais vantagens da articulação de hospitais sob este formato organizacional: capacidade de aprendizagem; funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e utilização das informações existentes para a produção de novos conhecimentos; assim como a criação de vínculos diversos, entre indivíduos e organizações, num ramo de atividades onde estas se apresentam em alto grau; além dos benefícios econômicos, advindos das relações de intercâmbio − já que estes possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

Oliveira, Travassos e Carvalho (2004) afirmam que a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde são diretrizes do SUS. Até recentemente, segundo esses autores, a estratégia de descentralização, que se caracterizava pela municipalização, recebeu maior destaque do que a hierarquização dos serviços. Com a publicação da Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS-SUS), em janeiro de 2001, foi retomada a proposta original de hierarquização, através da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de forma a alcançar economias de escala e, assim, evitar ineficiências no sistema.

Nos serviços de saúde, a constituição de redes demanda uma complexa trama de interações entre os responsáveis pela organização do sistema (gestores); os responsáveis pela organização e produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Apesar de, nesse processo, envolverem-se instituições e projetos, são sempre pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos.

Desse modo, a construção da integralidade, no campo da saúde, passa pela implantação de estruturas e mecanismos reguladores dos fluxos de usuários, mas passa também pela mudança nos modos de interação entre os atores envolvidos. Como tal reciprocidade dá-se, fundamentalmente, através da linguagem, isso exige processos intensos em comunicação. Portanto, a seguir o condutor da investigação dedica-se à revisão do Estado da Arte em comunicação, de forma a buscar o entendimento necessário sobre a importância e o funcionamento dos processos comunicacionais nas organizações. As especificidades que a comunicação assume no ambiente das organizações prestadoras de serviços de saúde serão igualmente contempladas.

PARTE II COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL

Este capítulo objetiva apresentar uma abordagem epistemológica da Comunicação Organizacional, de modo a situá-la como campo de pesquisa na área das Ciências Sociais Aplicadas. Adotando o entendimento de Thayer (1976, p. 120), para quem a comunicação organizacional "[...] é a comunicação que ocorre dentro da organização e a comunicação entre ela e seu ambiente externo que a definem e determinam as condições de sua existência e a direção do seu movimento", percebe-se que este é um processo relacional entre indivíduos, departamentos, unidades e organizações. Também se trata de mecanismo que viabiliza o negócio desenvolvido à medida que age na integração dos múltiplos atores que compõem o universo organizacional.

São abordadas as confluências entre comunicação e estratégias nas organizações, destacando-se a importância de um meio de comunicação organizacional para a operacionalização dos processos administrativos. Do mesmo modo, são apresentadas as relações entre comunicação e cultura nas organizações, já que os aspectos relacionais e contextuais são componentes importantes do processo. Afinal, também se realiza uma revisão do Estado da Arte em comunicação nas organizações prestadoras de serviços de saúde, objeto empírico deste estudo.

2.1 COMUNICAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

A Comunicação Organizacional pode ser compreendida como um campo de investigação híbrido, situado na interseção das ciências administrativas e da comunicação (GIROUX, 1994; CASALI, 2006). Kunsch (2003, p.149) define que a Comunicação Organizacional, como objeto de pesquisa, é:

> [...] a disciplina que estuda como se processa o fenômeno comunicacional dentro das organizações no âmbito da sociedade global. Ela analisa o sistema, o funcionamento e o processo de comunicação entre a organização e seus diversos públicos.

A autora cita que *Comunicação Empresarial* e *Comunicação Corporativa* são outras terminologias utilizadas, no Brasil, para designar todo o trabalho de comunicação empreendido pelas organizações em geral. Todavia, na presente pesquisa, adotar-se-á unicamente a terminologia *Comunicação Organizacional*; uma vez que o objeto de estudo engloba diversas organizações prestadoras de serviços de saúde, inclusive públicas, que não podem ser compreendidas nem como corporações, nem como empresas.

Kunsch (2003) ressalta, ainda, a importância de elevar-se a área de comunicação a uma posição de destaque nas organizações. Segundo a autora,o percebê-la tão somente como área de suporte ou apoio, com a finalidade de atender às necessidades de comunicação (produzir veículos e executar tarefas operacionais), dificilmente se conseguirá planejar, pensar e administrar a comunicação, dentro de uma perspectiva macro, empreendedora e alinhada à missão, à visão e aos valores aos quais se destinam.

Conforme Nassar, (2004), é a partir da Comunicação que se desenvolvem os demais processos organizacionais. Esses se relacionam diretamente com a organização do trabalho, permitindo a realização de seus objetivos. Esta ideia encontra suporte na teoria de Bittar (2000) para quem a Comunicação é fator de viabilização dos processos, demandando, assim, a coleta e a divulgação constantes de informações decorrentes de fluxos previamente definidos, como: banco de dados alimentados e canais abertos de Comunicação com o público.

De acordo com o entendimento de Kunsch (2008) os esforços em comunicação organizacional podem ser considerados a partir de três dimensões, a saber:

1) Humana: inerente à natureza das organizações, que são formadas de pessoas que se comunicam entre si e que, por meio da interação, viabilizam o sistema funcional para a consecução dos objetivos organizacionais. Logo, sem comunicação, as organizações não existiriam. Trata-se, portanto, de conceber a comunicação não sob uma ótica linear, mas considerando, sobretudo, um processo relacional entre indivíduos, departamentos, unidades e organizações. Segundo a autora, esta dimensão é a menos estudada pelos pesquisadores e a menos difundida.

2) Instrumental e Técnica: sendo esta a mais presente nas organizações, desde que a comunicação é vista como um canal de envio de informações, com foco nas mídias internas e externas. Nesta dimensão, o departamento de comunicação atua com ênfase na divulgação de notícias, dentro de uma esfera tática e técnica.
3) Estratégica: que entende a comunicação como fator estratégico de resultados, que agrega valor à organização, aos negócios e a adota como parte integrante do processo de gestão. Sua função terá que ser muito mais abrangente e proativa, requisitando-se a construção de um planejamento tático, fundamentado em uma sólida análise ambiental, em detrimento de ações pontuais com objetivos de curto prazo.

Riel (1995) destaca que a comunicação organizacional engloba todo um *mix* de ferramentas de comunicação tais como: relações públicas, marketing, propaganda, comunicação interna e externa, além de uma série de estratégias organizacionais orientadas à valorização do relacionamento com os públicos e segmentos com os quais a organização se relaciona e dela depende.

Nesse ponto, faz-se necessário aplicar um recorte sobre o campo da pesquisa em curso, uma vez que o seu objeto investigativo, assim como toda a sua problemática, revela-se na observação de processos internos. Assim, a revisão do Estado da Arte, na presente dissertação, enfoca apenas os processos de comunicação interna e interorganizacionais, já que os fluxos comunicacionais estudados não chegam ao público externo – neste caso específico, os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, fornecedores, etc.

No âmbito interno, uma Comunicação Organizacional de alta qualidade contribui para o aumento da produtividade e para a diminuição do absenteísmo, além de incrementar os níveis de satisfação dos colaboradores com o trabalho e com o relacionamento com os colegas. Além disso, estimula a motivação dos gestores, cuja capacidade de produzir uma comunicação eficiente está diretamente ligada às suas performances (BYRNE; LEMAY, 2006).

Segundo Gomes (2009), entre outras características, a comunicação excelente:

1) É transparente.
2) É uma via de mão dupla, que deve funcionar com a mesma eficiência tanto de cima para baixo quanto de baixo para cima.

3) Possui mecanismos formais que facilitam a abertura da comunicação interna.
4) Forma “embaixadores” da organização, agentes multiplicadores de seus valores, atividades, produtos e serviços.

Neste sentido, de acordo com Kunsch (2008), é necessária a busca por novas formas de comunicar, realizando-se diagnósticos situacionais e propondo-se, mediante planejamento, novas alternativas para a integração das relações organizacionais, de modo a aproximar os indivíduos e construir uma história; tornando, assim, a comunicação efetivamente estratégica.

Isso posto, pode-se concluir que a comunicação interna, planejada e avaliada é uma ferramenta estratégica que estimula o diálogo entre lideranças organizacionais e colaboradores. Favorece a troca de informações via comunicação, contribuindo para a construção do conhecimento, que se expressa nas atitudes das pessoas. Ainda conforme Kunsch (2008), este seria fundamentalmente um processo que engloba a comunicação administrativa[2], fluxos, barreiras e veículos de comunicação, redes formais e informais. Desta forma, a comunicação é um componente indispensável à promoção da interação social e ao fomento da credibilidade, atuando na construção e manutenção da identidade de uma organização.

2.1.1 Comunicação e Estratégia

O conceito de estratégia foi inicialmente aplicado no meio militar, onde se relacionava ao planejamento e direção, em larga escala, de operações militares ou manobras para a obtenção de vantagens frente ao inimigo, conforme destaca Guralnik (1982). No âmbito organizacional, de acordo com Porter (1996), o conceito de estratégia consiste em realizar um conjunto de atividades, distinto das realizadas pelos competidores, que crie valor mais baixo para os clientes e/ou valor comparável a um custo mais baixo. Na ausência de uma definição, universalmente aceita para o

[2] A comunicação administrativa constitui a “espinha dorsal” comunicativa da organização (YANAZE, 2010). Seria o sistema de comunicação que se processa no âmbito das funções administrativas, cujos objetivos são alterar, explorar, manter ou criar relações situacionais entre as funções/tarefas, viabilizando assim todo o sistema organizacional (KUNSCH, 2003; THAYER, 1976).

termo, adotar-se-á, na presente pesquisa, o entendimento de Beal (2009, p. 69), para quem, na prática organizacional, estratégia pode ser entendida como[3]:

> [...] o conjunto de decisões tomadas para: a) a definição de objetivos globais (estratégicos) associados a um determinado período de tempo; b) a identificação dos meios considerados mais adequados para a organização superar seus desafios e alcançar esses objetivos.

No campo dos estudos em Comunicação Organizacional, o interesse pela estratégia remonta à década de 1980, quando os trabalhos sobre planejamento de Albuquerque (1981), Evangelista (1983) e Kunsch (1986 apud KUNSCH, 2003) são reconhecidos como marcos para a introdução e a difusão do tema na literatura da área.

Tradicionalmente, as áreas dos Estudos Organizacionais e da Comunicação Organizacional, comunicação e estratégia têm sido entendidas como processos distintos e independentes que, no máximo, colaboram mutuamente em situações específicas. Na primeira, a visão é de que a comunicação não é mais do que um instrumento de suporte às ações de implementação das estratégias; enquanto na segunda, a estratégia é compreendida, basicamente, como um instrumento técnico-político de orientação e suporte à tomada de decisões para a ação comunicativa (REIS; MARCHIORI; CASALI, 2010). Todavia, mediante análise dos estudos de Bourdieu (1989), é possível afirmar que a comunicação é um processo estruturante da estratégia, porque é por meio de instituição de processos interativos em que ocorre a interlocução para a produção de sentido e, no qual, se viabiliza a construção de interpretações da realidade.

Nas análises contemporâneas, segundo Reis, Marchiori e Casali (2010), observa-se que tanto a estratégia quanto a comunicação podem ser consideradas práticas sociais. Compreensão que indica uma nova relação entre esses conceitos, e sugere que a estratégia é comunicação quando se considera que os processos disponíveis realizam-se através de indivíduos em interação

Isto posto, evidencia-se a importância dos processos de comunicação para a construção, a difusão e a assimilação das estratégias organizacionais.

---

[3] Para discussões mais aprofundadas acerca das variadas escolas de pensamento sobre estratégia e suas distintas visões a respeito dos métodos para sua formulação, ver Mintzberg e colaboradores (2000).

Os processos comunicacionais demandam um suporte estratégico para a sua devida operacionalização. Nesse sentido, Kunsch (2003) alerta que visando a fazer frente a todos os desafios da complexidade contemporânea, as organizações precisam planejar, pensar e administrar estrategicamente sua comunicação.

O plano estratégico de comunicação organizacional tem como proposta primordial estabelecer as grandes diretrizes, orientações e atitudes para a prática da comunicação integrada nas organizações. Desse trabalho fazem parte não só o mapeamento de todos os públicos de interesse para a organização, como também seus valores e crenças, assim como os canais por onde circulam as informações (KUNSCH, 2003).

De acordo com Steyn (2003), a estratégia de comunicação organizacional baseia-se principalmente no conceito da “comunidade organizacional”, no qual as estas são vistas como sistemas socioeconômicos e seus *stakeholders* identificados como parceiros, que agregam valor aos processos, mediante a resolução de problemas de forma colaborativa. Portanto, o papel da organização é agir de modo a integrar recursos econômicos; e também apoio institucional ao conhecimento especial, inerente a cada um desses segmentos de público, de forma a solidificar sua sustentabilidade financeira e social.

No modelo proposto por Steyn (2002), para a operacionalização de um planejamento estratégico de comunicação organizacional há a necessidade de diferenciarem-se assuntos relativos à estratégia organizacional das questões de comunicação estratégica, assim como, destas, das questões de comunicação tática, identificando-as e determinando suas prioridades. As implicações das questões favoráveis, em cada grupo de *stakeholders,* são identificadas e tornam-se o foco de uma estratégia comunicacional com estes segmentos. Essa, por sua vez, será operacionalizada por meio de táticas e instrumentais de comunicação.

Uma estratégia de comunicação organizacional implica, assim, a formulação clara às partes interessadas do que deve ser comunicado. Resolvendo-se dessa forma eventuais problemas, decorrentes de questões planejadas ou capitalizando-se as oportunidades apresentadas. Os objetivos de comunicação a serem alcançados dependem da execução dos planos desenvolvidos, com base na estratégia de comunicação organizacional adotada para cada questão estratégica (STEYN, 2002).

A formulação de uma estratégia de comunicação organizacional demanda, pois, dos profissionais da área, e de sua compreensão sobre as questões gerenciais

e sociais que a organização enfrenta. Assim como devem ser especialistas no uso da comunicação que removem as barreiras ao sucesso. Nas palavras de Love (2002, p. 18):

> Para agregar valor às organizações é necessário analisar em que medida é possível resolver problemas de gestão com soluções de comunicação [...]. Espera-se que a comunicação se envolva cada vez mais no desenvolvimento de políticas públicas e de estratégias de gestão e de posicionamento (tradução do autor).

Assim sendo, reitera-se a importância de pensar-se taticamente a comunicação nas organizações, de modo a alinhá-la às suas estratégias gerencias globais que, por sua vez, constituem o seu eixo estruturante.

A seguir são apresentadas as especificidades das ações da comunicação no âmbito das organizações hospitalares, bem como as estratégias mais pertinentes, referidas pela literatura para esta área.

2.1.2 Comunicação em Serviços de Saúde

Pouco ocorrem, na forma de construções epistemológicas, os “encontros” entre os campos da comunicação e dos serviços de saúde, são mais perceptíveis em iniciativas pontuais, nas quais as organizações de saúde tentam incorporar estratégias de comunicação às suas atividades diárias (JANES, 2007). A análise da obra de Pitta (1994, p. 181) revela, porém, que tais iniciativas estão ligadas a uma “lógica comunicacional de discurso técnico, especialista e medicalizante”, cujo objetivo principal é o diálogo com a população visando à prevenção de endemias e à divulgação de normas sanitárias.

Todavia, nos serviços de saúde a comunicação assume contornos ainda mais desafiadores. No ambiente hospitalar a comunicação de excelência contribui para a qualidade da assistência e para a segurança do usuário, na medida em que diminui a ocorrência de erros e favorece a integração da equipe multiprofissional envolvida no cuidado (AGUIAR; MENDES, 2011). Neste sentido, Silva e colaboradores (2007) salientam que o sistema no qual se desenvolve a assistência é altamente complexo e envolve uma equipe especializada, que desempenha tarefas distintas e, ao mesmo tempo, interdependentes. Deste modo, segundo os autores, uma falha em qualquer

um dos processos, inclusive no de comunicação, pode interferir diretamente no conjunto das atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto à equipe quanto ao usuário e à respectiva família, configurando-se como umas das causas mais frequentes de erros de medicação e diagnóstico.

De acordo com Bernardes e colaboradores (2007), a falta de Comunicação entre as várias unidades de um hospital é um fator negativo, observável nas organizações hospitalares da atualidade, que se contrapõe ao desafio de operacionalizar um modelo de gestão aberto e flexível, que incorporasse a dimensão comunicativa e uma distribuição mais homogênea do poder.

Os problemas de comunicação afetam as atividades da equipe multidisciplinar a tal ponto que os profissionais culpam-se, mutuamente, pelos erros, o que ocasiona não somente grandes desgastes emocionais, como também atraso e/ou omissão na administração dos medicamentos; também se observa gastos desnecessários às organizações hospitalares (SILVA et al, 2007).

Segundo Collins e Currie (2009), a natureza da complexidade e da dinâmica do atendimento ao usuário, nos serviços de saúde, amplia a importância clínica da comunicação interdisciplinar, assim como a compreensão dos objetivos comuns do cuidado ao paciente em tal ambiente, considerado crítico e de risco. Para esses autores, fatores como o elevado tempo de permanência do usuário no internamento, danos ao paciente (quedas, erros de diagnóstico e de medicação, etc.) e o consumo excessivo de recursos estão associados a uma comunicação ineficiente, no ambiente assistencial.

Assim, a coordenação de atividades médicas orientada pela comunicação é crucial para a melhoria da qualidade e da segurança, principalmente em ambientes de cuidado intensivo, como UTIs, (READER et al., 2007). Os estudos desses autores concluem que é necessário criar-se uma atmosfera segura no ambiente de trabalho, no qual os membros da equipe sintam-se confortáveis em expor questionamentos sobre o tratamento,bem como a respeito da segurança do cuidado dispensado ao usuário. Os autores afirmam que, para desenvolver uma comunicação aberta entre as equipes, é desejável a implementação de protocolos (por exemplo, *check-lists* de comunicação), que oferecerão suporte à comunicação nos vários níveis hierárquicos.Concluem também sobre a necessidade de um treinamento de equipe que reforçasse tanto os valores da comunicação

interdisciplinar quanto a visão compartilhada do trabalho em equipe, orientada à assistência.

Em estudo realizado sobre erros de comunicação em sistemas de saúde, Williams e colaboradores (2007) advertem que estes são gerados, em grande medida, por fatores tais como: delegação de responsabilidades ineficiente; pouca clareza na delimitação dos papéis; falta de repasse de informações nas mudanças de turno; falta de comunicação de informações relativas ao histórico do paciente; não comparecimento às visitas rotineiras, por parte equipe de enfermagem; estruturas hierárquicas e suposições imprecisas sobre os conhecimentos e, finalmente,propriedade das habilidades dos componentes da equipe.

Moorman (2007) define que o ótimo funcionamento de um serviço de saúde pode ser comparado a uma orquestra sinfônica: *performances* especializadas individuais altamente interdependentes, porém centralizadas ao redor de um líder responsável pela interpretação e pela síntese geral. Dada a existência de falhas na liderança ou de uma comunicação inadequada, geralmente o que se percebe nas organizações hospitalares é a cacofonia ao invés da perfeição melódica. O autor afirma, ainda, que erros de comunicação nos serviços de saúde propiciam, além dos desgastes emocionais, o surgimento de um comportamento de sonegação de informações por parte da equipe.

Grande parte dos estudos[4] publicados que correlacionam comunicação e qualidade dos serviços de saúde refere-se à comunicação interdisciplinar, na perspectiva assistencial (entre médicos e enfermeiros, enfermeiros e nutricionistas, etc.). No entanto, percebe-se que há uma escassez de bibliografia no que diz respeito à comunicação interdisciplinar na perspectiva interdepartamental (entre médicos e gestores, enfermeiros e setor de compras, etc.). Neste sentido, observa-se uma lacuna no Estado da Arte, na qual esta pesquisa se estabelece e propõe a contribuir para o enriquecimento das discussões, lançando novas luzes sobre o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) em serviços de saúde, destacando a importância de uma comunicação eficiente para a melhoria da qualidade e eficiência dos serviços prestados à população.

No entendimento de Moraes e Vasconcelos (2005), isso se deve a um histórico distanciamento mantido pelos profissionais prestadores da assistência em

[4] Miller (2001); Thomas, Sexton e Helmreich (2003); Reader e colaboradores, (2007); Collins e Currie (2009).

relação às atividades de comunicação, cujas origens se fundamentam na crença de que esta não seria uma atividade-fim em serviços de saúde. Logo, não haveria razões para se pensar em planejamento e estruturação dos processos comunicacionais no ambiente hospitalar.

Segundo Nassar (2004) a interação entre as áreas de comunicação e de saúde envolve mais que o uso de técnicas. Pressupõe mudar comportamentos, romper com estruturas organizacionais e a cultura dominante entre os profissionais de saúde. Para a autora:

> Mudança de estrutura envolve, muitas vezes, mudança no poder. Aquele que o detém, portanto, deve considerar formas de gestão que possibilitem a revisão de rumos, sem a necessidade de mudança do poder de mãos. Isso somente é possível nas organizações com o estabelecimento de canais para o diálogo constante e sistemático com os públicos de interesse, com transparência em suas ações e profundo respeito pela sociedade. [...] Posturas norteadas por esses princípios dão à organização de saúde a credibilidade que precisa para firmar-se na sociedade e consolidar sua imagem/conceito junto à opinião pública. (NASSAR, 2004, p. 13-14)

A análise das práticas e dos instrumentos de comunicação, na gestão orientada para resultados, utilizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), permite afirmar que os benefícios de um adequado planejamento de comunicação são reconhecidos como resultados de um processo contínuo, responsável pela mudança da cultura organizacional e do desenvolvimento de programas de reflexão, debates e troca de ideias, facilitando o estreitamento entre lideranças e liderados e a construção de um clima de confiança mútua.

Corroborando com as ideias acima, Rivera (1996) afirma que, na área de saúde, é necessário estabelecer ativamente formas de comunicação e de coordenação dos vários e concomitantes processos de trabalho, assim como negociar as relações de poder entre os profissionais.

Aspectos de natureza cultural e comportamental influenciam na forma como a comunicação é incorporada às práticas cotidianas das organizações. Deste modo, surge a necessidade de apresentar e discutir sobre a influência da cultura da organização na estruturação de seus processos de comunicação e, principalmente, no valor percebido de suas contribuições à dinâmica dos processos produtivos que se desenvolvem nos serviços de atenção à saúde. Estes aspectos são tratados a seguir.

2.1.3 Comunicação nas Organizações e Cultura

Kunsch (2003) observa que as organizações, como fontes emissoras de informações para seus mais diversos públicos, não devem ter a ilusão de que todas as suas ações de comunicação causam os impactos positivos desejados ou são prontamente aceitos e respondidos pelos sujeitos da forma como foram postos. A autora defende que sejam levados em consideração os aspectos relacionais, o contexto, os condicionamentos internos e externos, assim como toda a complexidade que permeia o processo comunicacional. Isto, portanto, justificaria a necessidade de se ultrapassar a visão meramente mecanicista da comunicação, partindo para uma abordagem mais interpretativa e crítica, na qual os aspectos culturais da organização se destacam.

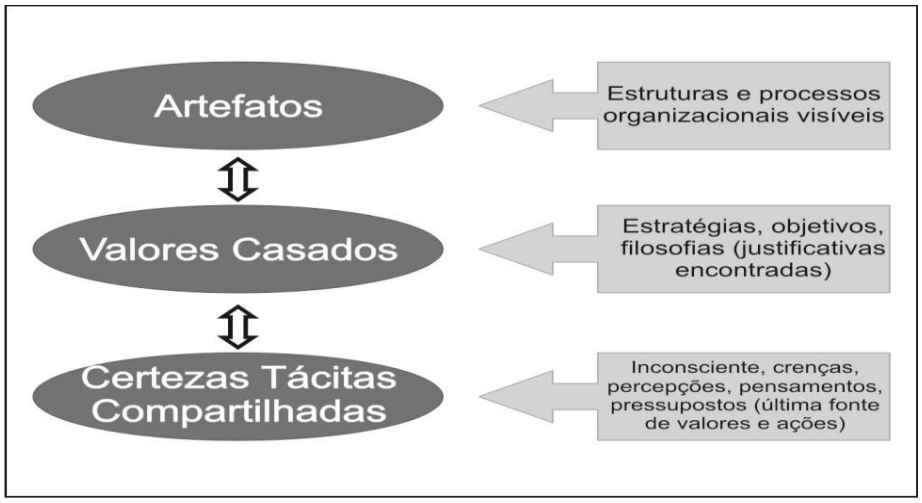
As pesquisas sobre culturas voltadas para as organizações sobressaem em um cenário no qual o desenvolvimento tecnológico e a crescente inquietação em relação à competitividade de países, organizações e indivíduos têm ampliado a mobilidade das informações, das crenças, das rotinas, dos próprios sujeitos e das organizações para além dos limites locais e nacionais, causando impactos na sociedade como um todo.

A aproximação entre os estudos culturais e organizacionais é realizada pelos trabalhos de Berger e Luckmann (1985), que afirmam que é o conhecimento primário (cultura) que define a institucionalização dos papéis a serem desempenhados no contexto organizacional. Segundo os autores, toda organização tem um conjunto de normas compartilhadas por meio da comunicação entre os indivíduos, que provê as regras apropriadas de conduta entre estes. Tal conjunto se constitui de um plano de representações simbólicas composto por valores, crenças, mitos, etc.

Segundo Polidoro (2010) a cultura organizacional é fator de sustentabilidade. Logo, o desempenho da organização está diretamente ligado a uma base cultural sólida sobre a qual estão assentados estes valores e crenças, bem como os critérios norteadores da interação social, cujos processos – seja no plano formal ou informal – se constituem como meios de construção de relações e de integração, que os legitimam. Schein e Callaghan (2001) propõem que os elementos que compõem a cultura organizacional podem ser visualizados em três níveis distintos, a saber:

1) O primeiro refere-se aos artefatos, que são os mais fáceis de observar, tornando-se visíveis assim que o indivíduo entra na organização. Dizem respeito à percepção do ambiente que se vê, ouve, sente, à maneira como os indivíduos agem, resultando em um impacto emocional imediato. Os autores citam como exemplos, o *layout*, a forma das pessoas se vestirem, os padrões de comportamento e os símbolos demonstrados nas organizações;
2) O segundo constitui-se dos valores casados, e refere-se aos questionamentos existentes na organização, o porquê de se realizar determinadas tarefas. A resposta a essas dúvidas pode vir por meio da conversa entre os colegas. De acordo com os autores, isso pode resultar na definição de determinados valores e princípios para a organização. Esses valores, por sua vez, são definidos pelas estratégias, objetivos e metas da organização;
3) O terceiro é descrito pelos autores como o mais importante, representa as certezas tácitas compartilhadas, ou os pressupostos básicos. São aquelas certezas que definem como os sujeitos reagem no ambiente organizacional. Neste nível, os autores afirmam que é necessário adotar uma visão da organização sob a perspectiva histórica, na qual valores, crença e certezas são alinhados aos dos indivíduos e tidos como corretos – levando a um processo de compartilhamento de conhecimentos e de aprendizagem coletiva. À medida que os valores são testados e têm sua eficácia na resolução de problemas validada, transformam-se em pressupostos básicos que são compartilhados pelo grupo e não precisam mais ser testados. A figura 1 representa os três níveis da cultura nas organizações:

Figura 1 - Níveis da cultura organizacional



Fonte: Schein e Callaghan (2001, p. 32).

Ainda de acordo com o entendimento de Schein e Callaghan (2001), a análise da cultura organizacional demanda a compreensão dos processos de adaptação e integração que originam os níveis da cultura acima descritos. Desta forma, os autores afirmam que a cultura possui elementos que estão internalizados na relação diária dos indivíduos com a organização, descrevendo, conforme ilustra o quadro 1, três questões que se relacionam em níveis da cultura:

Quadro 4 - Questões que a cultura organizacional reúne

Sobrevivência Externa **Nível dos Artefatos**	- Missão, estratégia e objetivos; - Meios: estruturas, sistemas e processos; - Avaliação: Sistemas de detecção de erros e correção.
Integração Interna **Nível dos Valores Casados**	- Linguagem e conceitos comuns; - Identidade e limites do grupo; - Natureza da autoridade e dos relacionamentos; - Alocação de recompensas e status
Certezas Profundas **Nível das Certezas Tácitas Compartilhadas**	- Relacionamentos humanos com a natureza; - Natureza da realidade e da verdade; - Natureza da natureza humana; - Natureza dos relacionamentos humanos; - Natureza do tempo e do espaço.

Fonte: Schein e Callaghan (2001, p. 46).

O contínuo relacionamento entre os indivíduos desenvolve estas formas de agir e pensar, que vão sendo incorporadas por eles. Quando o grupo passa a agir automaticamente, a cultura está enraizada. Neste processo, a comunicação é fase fundamental, uma vez que a cultura se forma a partir do momento quando as

pessoas se relacionam – e se elas se relacionarem estarão se comunicando. Esta proposta teórica, que se fortalece em Marchiori (2008b), parte do princípio que a comunicação forma a cultura organizacional por meio da construção de significados.

Marchiori (2008b) afirma que as organizações que desejam garantir sua efetividade devem ir além de um sistema altamente tecnicizado e produtivo, convergindo seus esforços para o conhecimento das pessoas, seus comportamentos, suas formas de agir e ser. Logo, entende-se que toda organização deve desenvolver um espírito crítico e ações efetivas junto aos seus colaboradores, para que estes possam representá-la da melhor maneira possível, uma vez que a organização se desenvolve à medida que é estimulada pelos seus atores. Neste sentido:

> [...] a organização é tratada como arranjos que podem encorajar o desenvolvimento de culturas, somente por meio da comunicação [...]. Portanto, podemos afirmar que a cultura é construída, mantida e reproduzida pelas pessoas, pois são elas – ao invés de um autônomo processo de socialização, ritos e práticas sociais – que criam significados e entendimentos (MARCHIORI, 2008b, p. 79).

Fleury e Fleury (1997) consideram que a cultura de uma organização pode ser revelada, também, pela análise dos processos de comunicação, formais e informais, que se processam em seu interior. Os autores destacam que a comunicação é um dos elementos essenciais no processo de criação, transmissão, maturação e transformação da cultura em uma organização. Portanto, o mapeamento deste processo é fundamental para o entendimento de como se desenvolve a cultura da organização.

Ainda segundo os autores, devem-se observar neste mapeamento, os meios, os instrumentos; os veículos e as relações entre emissor e receptor da mensagem. Desse modo, é necessário identificar os meios formais (contatos diretos, telefonemas, reuniões, etc.) e informais (boatos ou “rádio peão”) (FLEURY; FLEURY, 1997). Este mapeamento permite observar como as histórias, os mitos e os heróis são veiculados na organização, tornando possível entender como ocorrem as relações entre os indivíduos no ambiente organizacional.

Bervig (2007) afirma que a cultura permeia todo o ambiente da organização, influenciando a comunicação, a gestão do conhecimento e a aprendizagem organizacional, sendo ao mesmo tempo influenciada pela comunicação

organizacional. Isso ocorre pois, neste contexto, a cultura influi nos processos de comunicação no sentido de ascender sobre seus fluxos, instrumentos e intensidade da comunicação que ocorre na organização, bem como a efetividade na disseminação da informação.

Da mesma forma, a comunicação influencia a cultura, principalmente, ao viabilizar, por meio de seus processos, a reafirmação e a difusão dos princípios da cultura aos atores da organização. Assim, a cultura contribui, ainda, para a construção de um ambiente comunicacional favorável ao compartilhamento não só de valores e crenças, mas, principalmente, de conhecimento (BERVIG, 2007).

Nesse sentido,
Vizeu (2010) afirma que vários aspectos das práticas gerenciais atuais já incluem essa orientação: declaração de missão, visão e valores da organização, ampliação da assessoria de imprensa, criação de comissões de fábrica e de qualidade, etc. Isso indica, em boa medida, maior preocupação em promover a integração entre os diferentes grupos que interagem no cotidiano da organização.

Desse modo, percebe-se que cultura e comunicação são dimensões organizacionais que estão sob constante influência uma da outra, determinando a forma como os sujeitos se comunicam, possibilitando a criação e difusão de valores e normas a serem compartilhados pela equipe e estimulando o desenvolvimento das competências individuais.

Considerando que tais competências são determinantes no desempenho de uma organização e na construção da sua identidade, é possível afirmar que, além da integração dos seus atores, os esforços em comunicação nas organizações visam à construção de significados, de forma a legitimar suas ações perante seus colaboradores e também em face da sociedade. Essa busca de legitimação social, de acordo com Polidoro (2010), transforma-se em processo adicional de construção da cultura no âmbito da própria organização – uma nova cultura que se agrega àquela pré-existente sem questioná-la, mas adaptada à nova realidade, mudando sobre uma base (de princípios, conceitos e critérios) imutável.

Após a apresentação e discussão sobre os aspectos do processo comunicacional nas organizações relativos à construção desta pesquisa, são discutidos, no próximo capítulo, as Tecnologias da Informação e Comunicação como ferramentas de suporte à interface entre cultura e comunicação.

PARTE III TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TICs)

Este capítulo objetiva discutir os principais fundamentos teóricos das Tecnologias da Informação e Comunicação e apresenta um breve panorama do atual momento das TICs nas organizações brasileiras, bem como os limites e possibilidades destacados pela literatura sobre as TICs no âmbito das organizações hospitalares. A discussão abrange os Sistemas de Informações Gerenciais (SIG), ferramentas tecnológicas empregadas no apoio à tomada de decisões estratégicas.

3.1 UMA BREVE REVISÃO SOBRE TICs

Com a evolução tecnológica, necessária ao desenvolvimento do capitalismo, conforme observa Sá Filho (2006), o que um dia foi manual tornou-se mecânico e, rapidamente, cedeu lugar ao elétrico e ao eletrônico. E assim também foi na transformação dos processos produtivos nas organizações, a cada dia, mais dependentes da tecnologia e da informação para a execução de suas atividades.

Castells (2005) entende que desde os anos 1980 a sociedade passa por um acelerado processo de transformação estrutural, associado à emergência de um novo paradigma tecnológico baseado nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que começaram a tomar forma desde os anos 1960 e se difundiram de forma desigual por todo o mundo. Para Castells (2005), na atualidade, a saúde, o poder e a geração de conhecimento estão em grande medida dependentes da capacidade de organizar a sociedade para captar os benefícios do novo sistema tecnológico, enraizado na microeletrônica, nos computadores e na comunicação digital.

Castells (2005) observa que, com frequência, a sociedade emergente deste panorama tem sido caracterizada como **sociedade de informação** ou **sociedade do conhecimento**, discordando destas terminologias ao destacar que informação e conhecimento se constituem em elementos de centralidade em toda e qualquer civilização historicamente conhecida. Na sua compreensão, o que é realmente inédito nesta nova sociedade é o fato de estes serem de base microeletrônica,

difundidos através de ferramentas tecnológicas por meio de uma velha forma de organização social, hoje dotada de novas capacidades oferecidas pelas TICs: as redes, objeto de análise de capítulo anterior.

Aqui, o foco da atenção está nas TICs e suas contribuições ao desempenho da organização; uma vez que, conforme afirma Beal (2009), dentro desta nova sociedade as TICs assumem um papel fundamental nas organizações: o de adicionar valor e qualidade aos processos, produtos e serviços. Se antes a tecnologia era empregada apenas para automatizar tarefas e eliminar o trabalho humano, gradualmente começou a enriquecer todo o processo organizacional, auxiliando na otimização das atividades, eliminando barreiras de comunicação e melhorando o processo decisório.

O termo TICs visa exprimir a ideia da convergência de tecnologias e sistemas trabalhados em conjunto para a comunicação e gestão da informação, englobando de forma genérica todas as tecnologias relacionadas à criação, ao manejo e à difusão de informações. Envolvem *hardware* (a parte física / estrutural dos aparelhos), *software* (os programas e sistemas operacionais destes aparelhos) e telecomunicações (MURAMATSU, 2011).

Segundo Arruda (2007), é possível entender as TICs como um conjunto de conhecimentos transformado em equipamentos, programas e ferramentas, para a criação, armazenamento e difusão de conteúdos informacionais, que proporcionam maior flexibilidade à comunicação, uma vez que a comunicação por meios eletrônicos transpõe barreiras de espaço e de tempo, bem como permite o intercâmbio de um grande volume de informações de forma ágil e precisa.

Ao conceituar, e identificar essas novas tecnologias, Machado (2002) tem o cuidado de frisar que estas são resultado da intervenção dos adventos tecnológicos, não necessariamente para a produção das mensagens, mas, sobretudo, para sua distribuição e, particularmente, para sua transmutação entre códigos ou sistemas. Nesta perspectiva, a autora exemplifica a internet, CD-ROMs, DVDs, realidade virtual, jogos interativos e sistemas de informações diversos como as novas ferramentas.

Expandindo essa percepção, Carvalho (2006) afirma que, dentre todas os sistemas tecnológicos, a internet foi o que realmente promoveu uma transformação social ao "revolucionar" hábitos, costumes e modos de agir nas relações humanas, estabelecendo novas regras de convívio socioeconômico e político. A autora

acrescenta que a internet permite que as organizações estejam junto aos seus públicos não apenas mediante sua home *page* (onde podem comunicar o que produzem, para quem produzem, quanto custam seus produtos e de que formas eles podem ser adquiridos), mas também por meio das sub-redes viabilizadas por sua tecnologia: a intranet e a extranet – ambas são consideradas novas tecnologias de relacionamento com os públicos e de interesse para uso nas organizações.

O sistema de intranet pode ser definido como uma derivação da internet; todavia, é de acesso restrito aos funcionários e demais colaboradores de uma determinada organização. Já a extranet é definida como um instrumental da comunicação organizacional que foi desenvolvido, especificamente, para a formalização das relações comerciais das organizações, por meio de transações realizadas com fornecedores ou revendedores, permitindo-lhes estar um passo à frente dos concorrentes nas negociações, posicionando-se favoravelmente em um mercado cada vez mais competitivo (CARVALHO, 2006).

Portanto, neste cenário, Elhajji (1999) enfatiza que ao mesmo tempo em que a adoção das TICs se constitui um desafio aos setores despreparados para acompanhar as mudanças tecnológicas e sociais em curso, possibilita que as organizações criativas ousem nestas práticas, alcançando o relacionamento com as inúmeras esferas organizacionais internas que operacionalizam o processo produtivo; bem como outras organizações, em nível regional ou até mesmo mundial, independente de seu porte ou capacidades materiais.

Assim, o autor afirma que as TICs constituem a base para uma estratégia organizacional orientada ao aprendizado e à inovação, à medida que facilitam o alinhamento entre a cultura, os conhecimentos, os sujeitos e as estratégias. Neste sentido, ainda no entendimento de Elhajji (1999), investir em TICS é investir no aprimoramento das competências da equipe e, consequentemente, no desempenho da organização.

Segundo Sousa (2003), as alterações introduzidas pelas TICs, na forma como a comunicação ocorreu entre as esferas funcionais, demandam estruturas organizacionais diferenciadas, em termos de modelo, da natureza dos conteúdos funcionais e dos desempenhos, permitindo a rápida adaptação às mudanças que ocorrem na sociedade. Deste modo, o autor afirma que as organizações precisam “se preparar” para a incorporação das TICs aos seus processos, de forma a poder maximizar o aproveitamento dos benefícios dessas ferramentas. Esta preparação

deve começar, no entendimento do autor, por processos de aprendizado e mudança no interior da organização, nos quais esta deverá empreender esforços para remover as barreiras às tecnologias e à interação, mediante o convencimento dos atores sobre a importância estratégica de tal transformação no *modus operandi* da organização.

No entanto, percebe-se que este entusiasmo em relação às TICs não é unânime no universo organizacional. A literatura sobre TICs nas organizações enfatiza a existência de tensões no universo organizacional no que se refere à adoção de TICs, nas quais alguns grupos endossam fervorosamente a incorporação dessas tecnologias aos processos, enquanto outros reagem de forma mais cética e as observam com maior desconfiança. Os estudos de Abraham (2009) indicam que, em uma perspectiva otimista, as TICs nas organizações trazem benefícios dado que: a) possibilitam a retomada de um relacionamento mais humanizado entre a organização e seus *stakeholders,* à medida que permitem o contato direto e personalizado com todos os atores; b) viabilizam novas formas de acompanhamento, avaliação e controle dos processos; e c) otimizam o desempenho da organização, já que as novas formas de comunicação possibilitadas pelas ferramentas tecnológicas atuam na integração dos sujeitos e departamentos por meio da informação.

Em uma perspectiva pessimista, fundamentalmente a crítica em relação às TICs ocorre com o argumento de que estão fortemente relacionadas à perda da privacidade, sob diversos aspectos. Primeiramente, a possibilidade de registro de todas as movimentações do usuário no ambiente virtual é vista como uma das causas da resistência às tecnologias, uma vez que, no entendimento dos críticos, a possibilidade de monitoramento em tempo real das atividades por superiores inibiria a liberdade para certas tomadas de decisão. Ao mesmo tempo, a dificuldade de lidar-se com os ambientes virtuais e suas interfaces também é considerada como dificultadora da incorporação das TICs, principalmente por indivíduos mais velhos, que não acompanharam o ritmo da evolução tecnológica, estando ainda atados aos antigos modos de produção (ABRAHAM, 2009).

Assim, fundamentando de forma mais robusta a discussão que aqui se propõe, apresentamos a seguir uma análise de como as organizações brasileiras, de uma forma geral, estão se comportando em relação às TICs. Deste modo, pretende-se compreender se a forma como as organizações brasileiras têm utilizado, gerido e

investido em tecnologias alinha-se a uma abordagem otimista ou pessimista do fenômeno.

3.1.1 Atual Cenário das TiCs nas Organizações Brasileiras

O Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.BR), em pesquisa sobre a utilização das TICs nas organizações brasileiras[5], em 2009, descreve um perfil aprofundado sobre a incorporação das TICs aos processos organizacionais sob as mais diversas perspectivas. Aqui, serão apresentados os resultados mais relevantes ao desenvolvimento desta pesquisa, de forma a compor um breve panorama de como as organizações em geral têm se relacionado com a tecnologia da informação.

De acordo com o estudo (CGI.BR, 2010), a presença do computador é uma realidade no cotidiano das organizações brasileiras, já que seu percentual de uso atingiu 100% em organizações com cinquenta funcionários ou mais. Mesmo em organizações menores, com dez a dezenove colaboradores, o uso registrado foi de 96%. Todavia, nas organizações de pequeno e médio porte que possuem computadores, o percentual de indivíduos que têm acesso ao equipamento é pouco inferior à metade (45%) do total; número que é ainda menor nas de grande porte (38%), em razão da maior distribuição de tarefas e especialização das atividades nesse tipo de organização.

Os resultados também destacam o rápido crescimento do percentual de organizações que oferecem plataformas de acesso remoto ao seu sistema de computadores para que seus colaboradores trabalhem fora de suas dependências físicas, que aumentou 10 pontos percentuais em apenas três anos, elevando de 15%, em 2006, para um quarto (25%) das organizações que possuem computadores, em 2009. O mesmo não se observa nas abordagens sobre as redes intranet, que demonstram o decréscimo na utilização da ferramenta, presente em

[5] O estudo realizou abordagens a cerca de 340.000 organizações em todo o território brasileiro entre os meses de agosto e outubro de 2009. Tais organizações são de porte e segmento de atuação diversificada, divididas de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, desenvolvida pela Comissão Nacional de Classificação – CONCLA, vinculada ao IBGE. O CGI.BR atualmente se dedica à primeira pesquisa de porte nacional específica sobre a utilização das TICs na área de serviços de saúde, cujo lançamento está previsto ainda para 2012.

apenas 24% do total de organizações pesquisadas; sendo que no segmento de organizações de grande porte sua utilização caiu quase dez pontos percentuais em apenas um ano, de 72% em 2008, para 63%, em 2009.

Já a utilização da internet segue com seus indicadores estáveis desde a primeira edição da investigação, estando presente em 93% das organizações pesquisadas, atingindo 100% nas que possuem mais de cem colaboradores. Porém esta é uma ferramenta que ainda não está acessível a todos os empregados do universo inquirido, visto que a proporção média é de 38% que utilizam computadores conectados à internet.

Os resultados da pesquisa (CGI.BR, 2010) demonstram que as organizações, de uma forma geral, ainda não consideram as TICs na perspectiva da sinergia, visto que em apenas 31% foram encontrados sistemas de informações que integram todos os dados e processos de seus departamentos em um sistema único, sendo que 72% deste universo são constituídos por organizações com mais de duzentos e cinquenta empregados. Isto significa que o porte da organização é uma variável importante na utilização da internet e na integração dos sistemas de informações.

Dentre os benefícios observa-se que o uso das TICs proporcionou às organizações maior facilidade no envolvimento com órgãos governamentais, já que, no ano de 2009, o percentual das organizações brasileiras com acesso à internet que interagiram de alguma forma com instituições públicas através deste canal era de 87%. No entanto, as operações abordadas pelos pesquisadores neste quesito tinham o objetivo de observar principalmente a execução de tarefas relacionadas a transações e consultas de e-Gov[6] realizadas via internet, não contemplando, assim, outras perspectivas do interesse desta investigação, tais como formação de indicadores comuns de desempenho setorial, acompanhamento de repasses de verba pública e da legislação vigente, etc.

A preocupação com a segurança dos dados também é marcante nas organizações, confirmando o entendimento da importância destes para a viabilização do processo produtivo. A totalidade das organizações pesquisadas

[6] É possível entender e-Gov, ou governo eletrônico, segundo Pinho (2008) como a vasta gama de possibilidades de interação e participação entre governo e sociedade viabilizada pelas TICs, com o compromisso de transparência por parte dos governos. Sorj (2003) afirma que a internet representa um poderoso instrumento de reforma e democratização do estado ao possibilitar aos indivíduos e organizações o acesso a documentos e informações disponibilizados no ciberespaço, facilitando tarefas tais quais: acompanhamento da execução dos orçamentos governamentais, preenchimento de vagas nas escolas, marcação *on-line* de consultas médicas na rede pública, obtenção de licenças e permissões diversas, etc.

confirmou o uso de algum meio para a preservação das informações, sendo que a realização de back-up interno (mantido dentro da organização) pôde ser verificada em 84% dos casos.

A mesma preocupação se encontra em relação à necessidade de investir em recursos humanos tecnicamente habilitados para a gestão das tecnologias, ainda que por meio de terceirizações ou consultorias externas. A pesquisa indica que, em 2009, 50% da amostra declaram que algumas funções, que demandavam o acompanhamento de um especialista em TICs, foram realizadas por fornecedores externos. Esse achado indica uma tendência à terceirização neste setor que, em 2006, havia registrado uma média de 36% − o que coaduna com Carr (2004), para quem a gestão operacional da estrutura de tecnologia tende inexoravelmente à terceirização, à medida que softwares e servidores se tornarão cada vez mais acessíveis e "amigáveis".Também se conclui que, boa parte dos recursos utilizados pelas organizações, passará à acessibilidade em rede.

O resultado do estudo também indica que 31% das organizações ofereceram treinamento básico em informática (internet e operações básicas) para seus empregados, mas somente 18% das organizações que possuem profissionais para gestão das TICs investiram em treinamentos e aperfeiçoamentos específicos para colaboradores. Isso significa que, muitas organizações que já aderiram à tecnologia, ainda não atentaram para o fato de que, rapidamente, esta se torna obsoleta, demandando um constante investimento, não só em atualizações dos sistemas como, principalmente, na atualização dos profissionais, que lidam com demandas que se tornam, a cada dia, mais elaboradas e complexas.

O resultado do estudo revela que 79% das organizações informaram que "não precisaram contratar" profissionais para a gestão das TICs nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, mas não detalha as razões pelas quais não houve a necessidade: se foi porque já havia profissionais de TI efetivos nos quadros, ou se este era um serviço terceirizado, ou ainda se a organização julgava não necessitar deste tipo de profissional− o que limita a compreensão desta importante variável.

Dentro do panorama acima delineado, é possível perceber que as organizações brasileiras se alinham às perspectivas otimistas em relação às TICs, consumindo e investindo em tecnologia, ainda que de forma incipiente. Evidencia-se que as TICs estão incorporadas, em alguma medida, aos processos da quase totalidade das organizações. No Brasil, porém, o acesso às ferramentas continua

limitado a poucos, denotando que seu potencial integrador, facilitador e multiplicador ainda não foi devidamente explorado.

Se nas demais organizações o uso das TICs ainda é limitado, interessa discutir acerca dos limites e possibilidades das TICs no ambiente das organizações hospitalares, enfocando em que medida as TICs podem contribuir para a integração dos processos nesta área, bem como diagnosticar os possíveis obstáculos que impedem sua utilização.

3.1.2 Possibilidades e Limites das TICs em Serviços de Saúde

Segundo as observações de Hamdani (2007), tradicionalmente a seção de serviços atinge baixos índices no que se refere à produção de tecnologia e inovação. Para este autor, uma das principais características das organizações neste setor é a fraca capacidade interna em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), o que indica que além da incapacidade em gerir projetos de pesquisa, estas organizações apresentam limitações na absorção de conhecimento gerado externamente.

Os serviços de saúde representam um setor crucial da economia, no qual a produtividade, a eficiência e a qualidade são questões centrais (JBILOU et al., 2009). Neste sentido, devido à alta complexidade das organizações hospitalares e da necessidade de integrar informações advindas dos mais diversos departamentos, Gomes e colaboradores (2011) defendem a incorporação das TICs aos processos destas organizações como ferramentas gerenciais, uma vez que as tecnologias disponibilizam informações confiáveis e em tempo hábil para que as decisões sejam assertivas e oportunas.

Logo, uma das premissas norteadoras desta pesquisa, conforme já abordado anteriormente, é a afirmação de Jbilou e colaboradores (2008), para os quais a utilização das TICs nos serviços de saúde traz transformações gerenciais e assistenciais, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados não só por facilitar a comunicação, mas também por facilitar o acesso a informações diversas e a resultados de pesquisas. Estes autores observam que a utilização das TICs nos serviços de assistência está, em grande medida, relacionada a plataformas de

telemedicina[7], mas que essas tecnologias estão assumindo papéis cada vez mais importantes no suporte aos serviços prestadores de atenção à saúde.

O trabalho realizado por Jbilou e colaboradores (2008) revela que a literatura em gestão analisa o fenômeno das TICs nos serviços de saúde basicamente nas seguintes perspectivas: a) econômica, sendo essa relacionada à produtividade e ao desempenho; b) tecnológica, na qual as abordagens concentram-se nas capacidades individuais e organizacionais; e c) inovação, na qual as TICs desafiam o processo tradicional de tomada de decisão, modificando o papel do gestor na organização, à medida que lhe é oferecida uma base de conhecimentos robusta para orientá-lo em suas atividades e decisões.

De acordo com Syvajarvi e Stenvall (2005), as TICs têm impacto direto sobre o comportamento individual na organização, modificando práticas organizacionais tradicionais, além de motivar os indivíduos a revelar suas próprias capacidades, estimulando, assim, a capacidade inovadora da equipe como um todo.

Desse modo, a utilização intensiva de TICs nos serviços de saúde está diretamente ligada à promoção da inovação organizacional, bem como sua utilização pelos tomadores de decisão nesta área está modificando o perfil destes agentes, aumentando o desempenho organizacional e possibilitando o acesso imediato a informações de natureza diversa (JBILOU et al., 2008).

Para Merhy (2002) a incorporação tecnológica aos processos comunicacionais, no setor de saúde, pode tornar controlável a dinâmica micro decisória, a ponto de alterar, até mesmo, a lógica dos processos produtivos. Isso, conforme Moreira (2007), explica-se, entre outras razões, pelo fato das TICs possibilitarem aos gestores rápida coleta de informações, o que lhes permite identificar vulnerabilidades e deficiências em tempo de contorná-las.

Castells (1999), mesmo reconhecendo a interação entre as transformações organizacionais e a difusão das TICs, frisa que as primeiras geralmente eram independentes e precediam as segundas.

Há uma diferença entre o emprego das TICs nos serviços de saúde no âmbito dos serviços da atenção e da gestão administrativa. No primeiro caso muito se

---

[7] Bolzani (2004) define que telemedicina é a convergência da medicina com as telecomunicações, cujos frutos são as ferramentas tecnológicas que permitem aos médicos, o monitoramento constante dos pacientes a partir de suas residências, sem a necessidade de deslocamento – muitas vezes contraindicado − até o hospital, bem como atuam tanto no auxílio ao diagnóstico, por meio de interconsultas com profissionais geograficamente distantes entre si, quanto como em apoio à medicina preventiva.

discute na literatura sob o ponto de vista dos profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.), em contraponto a pouca investigação disponível direcionada à perspectiva dos gestores e tomadores de decisão e, menos ainda, quando se considera, nas abordagens, a confluências entre estes dois grupos (SPAGNOL, 2002; JBILOU et al., 2009). O emprego das TICs é entendido como decisivo para o desenvolvimento, adoção, implementação e difusão das inovações entre os gestores destas organizações (JBILOU et al, 2009).

De acordo com Spagnol (2002), apesar de ser crescente o avanço tecnológico no setor de saúde, ainda é possível notar uma lacuna no que diz respeito à estrutura e à gestão destas organizações, o que indica que o investimento em propostas inovadoras em relação a uma gestão orientada para as TICs ainda é muito restrito.

Buscando alinhar os serviços de saúde no Brasil a este novo paradigma tecnológico, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) definiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) o que representa um grande marco na história da saúde pública, ao estabelecer as diretrizes para uma significativa reestruturação do setor.

A PNIIS tem o objetivo de integrar a agenda estratégica do Ministério da Saúde ao contexto internacional. Para tanto, recomenda a adoção de políticas e estratégias em comunicação e informação em saúde, no intuito de gerar novos processos e produtos, bem como de promover mudanças nos modelos de gestão organizacional. O foco da PNIIS recai sobre o uso e a disseminação das TICs entre os profissionais de saúde, com o objetivo de integrar os profissionais em torno da informação através da tecnologia da informação. Neste cenário, as TICs configuram-se como ferramentas capazes de modificar a organização do processo produtivo nas organizações hospitalares.

A PNIIS define como prioridades a identificação / formação e o aprimoramento de redes de informação e comunicação entre sociedade e governo, assim como a capacitação de funcionários dos serviços de saúde e dos usuários para o manuseio dessas tecnologias. Destaca-se como principal componente inovador da PNIIS a possibilidade de integrar os vários níveis de complexidade da atenção e dar transparência na aplicação dos recursos financeiros.

De forma a alcançar seus objetivos, a PNIIS estabelece que a informação e a informática são meios estratégicos na gestão do SUS, abandonando a sua antiga

visão instrumental e tornando-as mecanismos facilitadores dos serviços e de implantação das Políticas de Saúde. Nesse sentido, a adoção de táticas de planejamento, definição, implantação e avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são prioritárias. Tais práticas demandam dos usuários, dos profissionais da assistência, dos prestadores de serviços estarem inseridas no contexto das demandas dos usuários, dos profissionais da assistência, dos prestadores de serviços e dos gestores governamentais (BRASIL, 2004).

Assim, considerando a necessidade de planejamento, controle e avaliação constante na elaboração e execução de programas e projetos que visam à modernização do sistema nacional de informações em saúde; bem como a necessidade de se estabelecer mecanismos para uma gestão mais eficiente dos processos de Tecnologia da Informação, em virtude da crescente demanda no setor saúde, e do SUS particularmente, por bens e serviços vinculados, a Portaria nº 2072/2011 (BRASIL, 2011a) redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS).

Por meio da referida Portaria, este órgão passa a ter funções normativas, diretivas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, sendo suas principais atribuições: a) promover a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS); b) emitir orientações, normas e padrões técnicos de interoperabilidade de informações em conformidade com a política de informação e informática em saúde de âmbito do Ministério da Saúde e demais órgãos diretamente a ele vinculados; c) apreciar e aprovar, anualmente, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde e dos diversos órgãos diretamente a ele vinculados (PDTI-MS); d) promover a racionalização do desenvolvimento e do uso dos recursos de Tecnologia da Informação; e e) definir os padrões essenciais de informação em saúde para suportar o registro eletrônico de saúde, interoperável e compartilhado no território nacional.

A mesma portaria (BRASIL, 2011a) ainda institui a criação do Subcomitê Gestor da Segurança da Informação e Comunicações, cujas atribuições incluem prestar assessoria na implementação das ações de segurança da informação e comunicações e a realização e acompanhamento de estudos de novas tecnologias e seus possíveis impactos na segurança das informações e comunicações.

Deste modo, entende-se que o CIINFO/MS assume importante papel enquanto agência de regulação dos padrões de registro e intercâmbio de informações no sistema de saúde brasileiro, com proposta de atuação marcante também na gestão da segurança da informação e dos processos comunicacionais, por meio de seu subcomitê. No cenário informacional verificado junto ao sistema de saúde nacional, a Portaria se destaca ao criar entidades com foco de atuação voltado à gestão racional e eficiente não só da informação, como também do processo comunicacional como um todo, preconizando o princípio da interoperacionalidade, ou seja, a capacidade de compartilhamento de informações entre diversos sistemas, permitindo que informações registradas e armazenadas em diferentes estruturas possam ser intercambiadas nestes sistemas, fazendo com que haja um trabalho conjunto entre estes (ALVES, 2007).

Os SIS brasileiros foram elaborados de forma a atender às necessidades imediatas de gestão ou geração de conhecimento do setor pelos órgãos centrais do Estado embora ainda representem iniciativas isoladas que não viabilizam ações concretas para a tomada de decisão, principalmente pelo próprio Estado e pelos microníveis organizacionais. Muito embora esses sistemas sirvam de exemplos a outros países, na prática, ainda não correspondem às disposições legais, nem atendem às demandas de gestores, funcionários, pesquisadores e à rede de controle social.

O panorama brasileiro apresenta fragmentação na coleta de dados, que são obtidos, em grande medida, unicamente para atender às exigências legais dos órgãos financiadores ou da administração das organizações de saúde, sem uma vinculação a Políticas de Informação em saúde, de forma a facilitar o planejamento e a tomada de decisão. As coletas e as transferências dos dados acontecem de forma exaustiva (quase manual), gerando retrabalho e descrédito dos usuários, não proporcionando, assim, efetividade na gestão da informação, e, consequentemente, não promovendo ações condizentes com a realidade dos serviços e necessidades de usuários, profissionais e gestores (BRASIL, 2004).

Desta forma, considerando a Portaria nº 2.072 (BRASIL, 2011a), no mesmo dia 31 de agosto de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2011b), a qual regulamenta o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e de saúde suplementar.

A referida portaria entende que os padrões de interoperabilidade e de informação em saúde são:

> [...] o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde Municipais, Distrital, Estaduais e Federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade (BRASIL, 2011b, Art. 1º, § único).

A definição dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade de informática em saúde tem como objetivos principais: a) a definição de modelos padronizados de representação da informação em saúde; b) a criação e padronização dos formatos e esquemas de codificação de dados, de forma a agilizar o acesso a informações relevantes, autênticas e oportunas sobre o usuário dos serviços de saúde; c) promover a utilização de uma arquitetura da informação em saúde que permita o compartilhamento de informações em saúde e a cooperação de todos os profissionais, estabelecimentos de saúde e demais envolvidos na atenção à saúde prestada ao usuário do SUS; d) fundamentar a definição de uma arquitetura informacional de âmbito nacional, independente de plataforma tecnológica de software ou hardware, que oriente o desenvolvimento de SIS; e) permitir interoperabilidade funcional, sintática e semântica entre os diversos sistemas de informações em saúde, existentes e futuros (BRASIL, 2011b). Mediante tais propósitos, objetiva-se contribuir para a melhoria da qualidade e da eficiência do Sistema Único de Saúde, bem como da saúde da população em geral.

Para operacionalizar a utilização dos padrões de interoperabilidade, a Portaria nº 2.073 determina que caberá ao Ministério da Saúde prover capacitação, qualificação e educação permanente dos profissionais envolvidos no uso e na implementação dos SIS; bem como fornecer a plataforma de interoperabilidade para troca de informações entre os sistemas do SUS.

A publicação destas Portarias (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b) se dá em momento oportuno, uma vez que se apresenta crescente a presença de questões relacionadas à dinâmica da troca e armazenagem de informações por meio das TICS na centralidade das discussões no âmbito da gestão em saúde. Uma vez que o contexto da informação e da comunicação em serviços de saúde indica que a fragmentação e a dispersão das informações são fortes limitações à integração dos processos, com sérias implicações na qualidade da assistência prestada, tais

iniciativas revelam-se valiosas contribuições do poder público à padronização dos sistemas de coleta e difusão de informações.

Assim, são favorecidos não só os processos comunicacionais nestas organizações, e também entre elas, como principalmente a formação de um banco de dados único. Este, ao reunir informações diversas sobre os usuários, as terapias adotadas na assistência e as informações epidemiológicas e administrativas das unidades assistenciais, traçaria um perfil da saúde brasileira que permitiria a gestão mais eficiente de todo o sistema.

Contrapondo-se a este cenário e avançando na discussão, Moraes e Vasconcellos (2005) afirmam que, no Brasil, a mentalidade dos gestores da saúde na esfera pública ainda não está alinhada às atuais demandas de informação e tecnologia da sociedade moderna. Os autores destacam o caso do DATASUS[8] (Departamento de Informática e Informações em Saúde / Ministério da Saúde) como exemplo, que embora seja um importante banco de dados, da pouca importância não só às TICs, mas a todo o processo da gestão da informação na história recente da saúde pública brasileira. Na sociedade da Informação e do conhecimento este fator pode se constituir em um limite.

O DATASUS chegou a alcançar avanços significativos, principalmente em relação à difusão das informações sob sua responsabilidade, mesmo enfrentando sérias dificuldades relacionadas aos recursos humanos, tais como: falta de concursos públicos para suprir o contínuo esvaziamento da força de trabalho, em grande parte devido à baixa remuneração salarial em comparação com o mercado; e, principalmente, a falta de uma política de capacitação permanente para os profissionais que se mantiveram no serviço público, de forma a mantê-los atualizados frente ao acelerado processo de introdução de inovações tecnológicas no setor. No entanto, diante deste quadro, ao invés de investir em informática pública, a opção do governo vinha sendo buscar soluções no mercado, mediante terceirizações, contribuindo para o enfraquecimento das relações de trabalho e para a defasagem dos insumos tecnológicos e humanos do Estado perante a iniciativa privada.

---

[8] É responsabilidade do DATASUS a coleta, o processamento e a disseminação de informações sobre saúde em âmbito nacional. É um órgão de importância estratégica para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, uma vez que as informações geradas são fundamentais para a descentralização e o aprimoramento da gestão, bem como para o fortalecimento do controle social da saúde.

Assim, dentro deste recorte sobre a esfera dos serviços públicos de atenção à saúde, os autores (MORAES; VASCONCELLOS, 2005) tecem uma crítica ao que denominam de “modelo neoliberal de Política de Informação, Informática e Comunicação em Saúde”, o qual já teria demonstrado priorizar os interesses de expansão do mercado de *softwares* e das empresas de telecomunicações do que na efetiva melhoria dos serviços prestados pelo SUS. Para os autores, os recursos aplicados no mercado deveriam ser investidos no fortalecimento das instâncias públicas de gestão da informação, informática e comunicação em saúde; de forma a causar maior efeito na ampliação da capacidade de governança da gestão dos serviços de saúde e, consequentemente, na melhoria da atenção prestada à população.

Moraes e Vasconcellos (2005) afirmam, ainda, que a sociedade atual tem causado sucessivas aproximações entre a produção do conhecimento gerado a partir dos referenciais da gestão dos serviços de saúde com aquele construído a partir da informática médica[9], originando o que entendem por “Informação em Saúde”, assim definida:

> [...] a gestão da informação que se origina no uso sistemático e intensivo de dados quantitativos e qualitativos e das tecnologias de informação, comunicação, computação e telecomunicação na formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde; na promoção da saúde; no planejamento, regulação, administração e provisão de serviços de saúde; no monitoramento, vigilância e análise da situação de saúde de populações e do ambiente; na avaliação dos serviços de saúde e no diagnóstico e tratamento de doenças (MORAES; VASCONCELLOS, 2005, p. 93).

Desta forma, entende-se que a abordagem das TICs nos serviços de saúde se constitui uma área na qual se observa um diálogo e uma intercessão de conhecimentos, metodologias e competências, que mediante os seus produtos, processos e funções se associam à política, gestão, promoção e atenção à saúde da população, bem como ao exercício do controle social das práticas em saúde.

A PNIIS propõe que as bases da integração tecnológica na área da saúde devem ser operacionalizadas pelos Sistemas de Informação (SI). Assim, a parte final deste capítulo apresenta os Sistemas de Informações Gerenciais (SIG), ferramenta

---

[9] Moraes e Vasconcellos (2005) definem informática médica como o conjunto de recursos tecnológicos à disposição dos profissionais da saúde para a sistematização de informações diversas relativas às muitas esferas envolvidas na atenção ao paciente.

tecnológica adotada pela Rede InovarH para o gerenciamento de informações e indicadores das organizações hospitalares que lhe são aderentes.

3.1.3 Sistema de Informações Gerenciais (SIG)

A revisão da literatura apresenta inúmeras definições para o que são SI. Nesta pesquisa, adotam-se os entendimentos de Lucas (2008), que define os SI como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, proveem informações que apoiam processos de tomada de decisão e controle da organização; e de Laudon e Laudon (2007), para quem os SI formam um conjunto de componentes inter-relacionados que são utilizados para sentir, comunicar, analisar e apresentar informações com o propósito de melhorar a capacidade organizacional de perceber, compreender, controlar e criar.

Um SI não se constitui apenas das componentes tecnológicas, sendo composto por três dimensões, conforme propõem Laudon e Laudon (1999), que são: 1) Dimensão Organizacional, a qual deve atender às demandas das organizações, que são estruturas formais dotadas para um determinado fim e precisam equacionar problemas relativos a procedimentos e funcionamento; 2) Dimensão Humana que é representada pelos indivíduos que registram os dados e utilizam as informações depositadas nos sistemas – SI bem construídos vão influenciar diretamente na produtividade das pessoas e no desempenho da organização; e 3) Dimensão Tecnológica, na qual os SI estão baseados nas TICs.

As **vantagens** da incorporação dos SI às organizações são observadas por Valle e colaboradores (2010), que afirmam que essas ferramentas proporcionam maior eficiência, maior controle sobre as operações, melhor planejamento e organização das atividades operacionais, tomadas de decisão baseadas em informações de melhor qualidade e menor dependência de processos intensivos em mão de obra não especializada.

Assim, as organizações têm incorporado os SI de forma a otimizar seus processos e encurtar distâncias entre os profissionais e processos produtivos complexos. Nos serviços de saúde, o SI é um instrumento utilizado na aquisição, organização e análise dos dados necessários à descrição de problemas, análise de

riscos para a saúde da população e definição de prioridades, ante a escassez de recursos e a crescente demanda por serviços de saúde.

No cenário da municipalização e descentralização dos serviços de saúde, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm como objetivos analisar a situação da saúde em nível local, considerando a influência das condições de vida da população no processo saúde-doença e orientar a tomada de decisão (BRASIL, 2005).

Neste contexto, de inúmeros tipos diferentes de SI disponíveis[10], esta pesquisa se interessa particularmente por um Sistema capaz de integrar informações geradas nas diferentes esferas de governos, fornecendo indicadores que permitam avaliar em tempo real o desempenho das organizações prestadoras de serviços de saúde.

Conforme Oliveira (1998, p. 39) os SIG são entendidos como “um processo de transformação de dados em informações utilizadas na estrutura decisória da organização, proporcionando, ainda, a sustentação administrativa para otimizar os resultados esperados”.

De acordo com Carmo e Pontes (2001), os SIG são ferramentas que apresentam conceitos, metodologias e técnicas para que os gestores das organizações tomem decisões baseadas em informações estratégicas, precisas, atualizadas e em tempo hábil. Nesse sentido, os autores assinalam que os SIG devem subsidiar três funções básicas na organização, a saber:

1)Resolução de problemas, mediante o equacionamento e proposta de soluções para fortalecer o gestor no desempenho do seu papel de agente transformador da sua organização.

2)Produção do conhecimento, mediante obtenção de informações que seriam de difícil acesso por outros procedimentos.

3) Tomada de consciência, favorecendo a sensibilização para um problema da organização e o desenvolvimento da consciência da coletividade sobre a sua solução a curto e médio prazo.

Segundo observam Perottoni e colaboradores (2001), um SIG coleta, valida, executa operações, transforma, armazena e apresenta informações para fins de planejamento, orçamento, e outras situações gerenciais. Após a inserção dos dados

[10] Para discussões mais detalhadas sobre outros tipos de Sistemas de Informação, ver Turban, McLean e Wetherbe (2004).

no sistema e a sua transformação em informações, o SIG tem como principal função oferecer ao gestor informações passadas e atuais sobre as operações internas e sobre o ambiente da organização, orientando-o para a tomada de decisões gerenciais, colaborando assim para que os objetivos traçados sejam atingidos de forma satisfatória. Estes autores afirmam que o SIG influencia diretamente as distintas áreas funcionais da organização, reunindo informações pertinentes a cada uma delas.

Para tanto, Carmo e Pontes (2001) afirmam que o SIG é constituído de atividades que subsidiam o processo de tomada de decisão, as quais também ocorrem em três níveis:

1) Definição da estratégia da organização: quando os objetivos, metas, fatores críticos de sucesso e ameaças externas são dimensionadas a partir da coleta e processamento de dados, destacando-se a busca de informações sobre competidores, usuários, fornecedores, ambiente do negócio, contexto social, político e econômico, de forma a complementar as informações em Ciência e Tecnologia advindas de fontes tais como: revistas científicas, patentes e normas técnicas.

2) Execução: envolvendo o uso de TICs para desenvolvimento de atividade de coleta, análise/síntese de informação, objetivando a geração de produtos de informação. O trabalho de coleta, organização, processamento e análise da informação norteia-se pela estratégia organizacional e pelos seus fatores críticos de sucesso, necessitando capturar informações tanto em fontes formais quanto informais, internas e externas, no sentido de agregar valor à informação coletada.

3) Integração: é o retorno que o SIG oferece para a criação de uma organização flexível, na qual existe um constante monitoramento ambiental e exercícios de cenários múltiplos, essenciais para subsidiar a definição de diretrizes e políticas, tanto em nível organizacional quanto em nível macro, seja setorial ou global.

Antes, esta era uma ferramenta de apoio exclusivo às esferas gerenciais, porém na atualidade seu uso se expandiu para qualquer profissional que tome decisões. Todavia, de forma a poder usufruir na plenitude os benefícios da utilização de tal sistema, Magalhães e Gedres (2008) destacam que alguns critérios devem ser observados pelas organizações, a saber: a) o envolvimento da alta e média gestão;

b) a competência por parte das pessoas envolvidas com o SIG; c) a inserção do SIG no planejamento estratégico global e seu uso na avaliação; d) a atenção específica ao fator humano da empresa.

Assim, a utilização de um SIG demanda sensibilização de todas as esferas da organização, principalmente o alto escalão, para que tomem decisões embasadas na realidade da organização. Para tanto os gestores necessitam entender a ferramenta como fonte principal de informações para subsidiar o processo decisório.

As capacidades dos indivíduos em contato com o Sistema também se revelam importantes, ao passo que um funcionário sem o devido conhecimento em SI pode comprometer a qualidade da informação. O envolvimento da alta gestão também é visto como motivador do engajamento da equipe ao uso do sistema, para o qual deverá ser estabelecida uma rotina periódica de sistematização, coleta e alimentação dos indicadores.

Turban, Mclean e Wetherbe (2004) afirmam que o SIG destaca-se por oferecer relatórios aos usuários, nos quais as informações podem ser apresentadas em forma de texto (relatórios descritivos), em planilhas ou em modo gráfico. O usuário deve solicitar a informação de que necessita, e o SIG a procura em seus registros, apresentando o resultado da melhor maneira possível. Ainda na questão da apresentação, Silva (2007) observa que os SIG dão saída a relatórios impressos em papel (*hard-copy*) e para visualização em tela (*soft-copy*), ainda assim em forma de relatório. Em síntese, um gerente pode acessar um relatório do SIG diretamente na tela do computador, mas o relatório aparecerá em padrão *hard-copy.*

O mesmo autor destaca que os SIG geram relatórios passíveis de padronização. Por exemplo, relatórios para controle de estoque podem conter os mesmos tipos de informações colocadas em locais idênticos em outros relatórios. Dessa forma, diferentes gestores podem utilizar a mesma informação para propósitos distintos (SILVA, 2007).

Este tipo de sistema, ainda segundo Silva (2007), também permite que seus usuários finais desenvolvam seus próprios relatórios personalizados. Desta forma, é possível aplicar um recorte sobre um universo no qual quase sempre existe uma diversidade muito grande de informações, de modo a gerar um relatório cujo conteúdo em sua integralidade diga respeito às atividades coordenadas por determinado gestor, de forma mais simples e objetiva.

É importante ressaltar que, no caso do SIG integrar organizações em rede para efeitos de *benchmarking*, os relatórios desenvolvidos por usuários finais (organizações individuais) sofrem certas restrições, a depender do nível de acesso às informações das outras organizações da rede. Estes relatórios ocultam a identidade dos demais participantes, além de determinadas informações tidas por estes como sigilosas ou estratégicas. Contudo, as informações relativas à própria organização são de irrestrito acesso e fácil visualização (SILVA, 2007).

Entretanto, Lunardi, Correa e Borba (2004) observam que a implantação de um SIG requer vultosos investimentos em *hardware* e *software*, além de horas de consultoria, e que, ainda assim, o uso desta tecnologia não garante à organização diferencial estratégico. Para os autores, esta vantagem só é alcançada quando os usuários analisam a qualidade da informação oferecida por esses sistemas, e com base nesta análise tomam decisões rotineiras ou estratégicas que gerem impacto na produtividade e no atendimento. Nesse sentido, os autores afirmam que a falta de avaliação do sistema pode ser indicada como uma das possíveis causas de seu insucesso, ou, ainda, pela dificuldade de se solucionar problemas referentes à implantação e a utilização dos sistemas.

Assim, conclui-se a revisão da literatura pertinente ao entendimento dos objetos de estudo desta investigação. A seguir, portanto, procede-se à apresentação dos instrumentos metodológicos adotados pelo presente trabalho, que compreende a análise dos objetos da pesquisa empírica complementar a esta revisão: A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH) e o seu Sistema de Informações Gerenciais.

PARTE IV PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos adotados por esta pesquisa, cujo objetivo principal é analisar criticamente o papel da comunicação e utilização de TICs no suporte à tomada de decisões gerenciais em organizações hospitalares. Para tanto, seguiu-se o rigor metodológico quanto ao tipo, fases da pesquisa, *locus* do estudo, instrumento de coleta de dados, sujeitos e o plano de análise dos dados, bem como os aspectos éticos inerentes às pesquisas envolvendo seres humanos em saúde.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, do tipo caso-exemplo, com metodologia dedutiva e qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Esta abordagem foi utilizada, uma vez que o que se busca é uma compreensão interpretativa da ação social que focalize estudos de instituições, grupos, movimentos sociais e conjuntos de interações pessoais (GOMES et al., 2005).

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que possibilita aprofundar um determinado fenômeno no seu contexto, permitindo que sujeitos e fatos organizacionais sejam analisados em seu ambiente natural. O grande potencial dos estudos de caso reside na habilidade de captar o desenvolvimento de processos sociais nas organizações. Esta característica favorece uma análise processual, contextual e longitudinal dos acontecimentos que se dão no interior das organizações, permitindo, assim, a interpretação dos seus significados (ROESCH, 1999).

O estudo de caso baseado em pesquisa de campo em profundidade ou em análise documental tem a possibilidade de verificar áreas críticas dentro da organização a partir da interação social, dos processos históricos e das estruturas organizacionais.

Por prescindir de variáveis predeterminadas, como ocorre em pesquisas do tipo *survey*, por exemplo, o estudo de caso pode ser realizado de forma detalhada,

valendo-se de diversas fontes de dados, cuja análise converge na forma de uma triangulação (ROESCH, 1999). Neste sentido, com vistas à maior fundamentação do material coletado, foi realizada uma análise triangulada dos dados, que pode ser compreendida como um diálogo com diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores (GOMES et al., 2005).

A realidade e os fenômenos estudados são produtos sociais, portanto incapazes de serem observados independentemente dos sujeitos inseridos no contexto da Rede InovarH/BA. Segundo Andrade (2008), é possível classificar o presente trabalho como estudo de caso do tipo caso-exemplo, uma vez que sua finalidade é ilustrar ou divulgar práticas e estratégias. Este tipo de estudo além de permitir pesquisar em profundidade os fenômenos e processos dentro de seu contexto, é especialmente adequado ao estudo de processos, com a habilidade específica de captar o desenvolvimento de processos sociais nas organizações, explorando o fenômeno sob vários ângulos (ANDRADE, 2008).

Para Stablein (2001), as representações de dados do tipo caso-exemplo estão entre as mais influentes no campo dos estudos organizacionais, uma vez que esses resultados despertam grande interesse por parte dos gestores das organizações, que os entendem como uma possibilidade de apreender as lições apresentadas para, de algum modo, aplicá-las ao cotidiano de suas próprias rotinas organizacionais.

Lakatos e Marconi (2001) afirmam que, o método dedutivo objetiva esclarecer o conteúdo das premissas, conferindo-lhes a legitimidade para respaldar as conclusões ou para resguardá-las de que não recebam nenhum amparo das premissas.

O aspecto exploratório da pesquisa se deve à necessidade da construção de um referencial teórico conceitual, mediante levantamento bibliográfico e de material empírico relevante à familiarização do pesquisador com o objeto de estudo. Assim, a exploração do campo também foi indispensável à construção do modelo de análise e do cronograma de trabalho, bem como à definição do *locus* da pesquisa e dos sujeitos entrevistados.

A natureza descritiva da investigação apresenta-se ainda na formulação da questão norteadora, a qual remete à elaboração de uma análise detalhada sobre a observação do fenômeno no campo, sugerindo uma descrição das possibilidades e limites do emprego do SIG no ambiente estudado.

4.2 *LOCUS* DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nos hospitais que fazem parte da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (InovarH /Ba).

A Rede InovarH é sediada na Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia e foi criada por meio da Portaria n° 1.773, de 28 de julho de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que dispõe sobre o apoio institucional fornecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde (MS) à referida Rede, viabilizando assim o início de suas atividades.

A criação da Rede InovarH decorreu de iniciativa da OPAS e MS, que, em 2004, após avaliação sobre o exitoso Programa de Hospitais Centros Colaboradores[11], realizado pelo Ministério da Saúde e apoiado pela OPAS, foi substituído pela Rede GEaH (Rede de Gestão Hospitalar), cujo objetivo era dar continuidade ao Programa de Hospitais Centros Colaboradores, mas ancorado em uma instituição federal de ensino e pesquisa que tivesse experiência em Administração Hospitalar e desenvolvesse Ensino à Distância (EaD). Assim, a Rede GEaH foi implantada na Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, mediante termo de Cooperação com a OPAS. Esta Rede tinha a dimensão nacional, o que tornou inviável a sua continuidade. Após um ano de funcionamento foi realizada, em Brasília, na sede da OPAS, uma reunião com os participantes dos Hospitais Centros Colaboradores, avaliadores *ad hoc,* representantes do MS, da OPAS e da Rede GEaH, decidindo-se por modificar a estratégia e criar a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (InovarH), continuando-se com o mesmo critério, mas descentralizando as ações por estados, tendo sido criados três pontos de enlace. O primeiro continuou na EADM/UFBA, o segundo foi criado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o terceiro, na Fundação Getúlio Vargas (FGV) de São Paulo. Após dois anos de funcionamento, mediante instrumento de Cartas Acordos com a OPAS e os respectivos pontos de enlace da Rede InovarH, foi realizada reunião de avaliação da qual participaram os representantes da Rede InovarH da Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul, MS e

[11] O Programa de Hospitais Centros Colaboradores era financiado pelo Ministério da Saúde e correspondia a uma atividade na qual os hospitais de maior complexidade tecnológica e que realizavam boas práticas assistenciais e de gestão prestavam assessoria a outros hospitais, localizados em outras regiões do país, para difundir as boas práticas.

OPAS, para discutir sobre a continuidade das atividades da Rede sem o apoio financeiro do MS/OPAS, mas apenas o apoio institucional. Decorreu desta reunião a decisão de dar-se continuidade somente à Rede InovarH/Ba, o que se baseou nas seguintes considerações: a) a capilaridade da Rede com os hospitais no Estado da Bahia, b) a necessidade de melhoria da qualidade da gestão, c) a importância da Rede como meio de cooperação entre a universidade e os hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), d) a demanda por ações voltadas para a qualificação da gestão hospitalar orientada para a melhoria dos processos gerenciais e assistenciais.

Em um cenário caracterizado por dificuldades de comunicação entre os agentes institucionais na sistematização e difusão de inovações gerencias no conjunto dos serviços de saúde, associado a obstáculos para sua aplicação, de modo sustentado e permanente: a atuação em rede e o uso da Internet são formas de diminuir essas limitações, interligando as organizações que fomentam e compartilham a comunicação entre os atores, utilizando-se da TICS para integrar os diferentes processos de produção existentes em serviços de saúde.

Desse modo, a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde em incluir a Rede InovarH no conjunto das Redes Colaborativas integrantes do programa de cooperação técnica, no Brasil, é considerada como um avanço nas discussões sobre gestão em saúde. Tal avanço advém do reconhecimento quanto à importância dos processos comunicativos para a melhoria da assistência prestada, por meio da proposta de agir na articulação e na cooperação técnica e científica entre centros acadêmicos e organizações prestadoras de serviços de saúde, com vistas à definição de indicadores e à identificação e divulgação de boas práticas gerenciais.

A aderência das organizações prestadoras de serviços de saúde à Rede InovarH dá-se de maneira contínua e espontânea, mediante assinatura do Termo de Adesão (Anexo B) pelo diretor da organização e pela coordenação da Rede. Este termo tem a duração por tempo indeterminado, devendo ser repactuado apenas em caso de mudança do diretor da organização.

Até o mês de março de 2012, quando do início da coleta de dados desta dissertação, a Rede InovarH abrangia um total de 53 organizações parceiras em todo o Estado da Bahia, sendo:

- 42 organizações prestadoras de serviços de saúde:

  - 31 hospitais;
  - 04 maternidades;
  - 02 clínicas;
  - 02 bancos de sangue;
  - 02 postos de saúde;
  - 01 serviço de assistência domiciliar.
- 02 associações.
- 09 Secretarias de Saúde – Secretaria Estadual e mais oito municipais.

Devido ao interesse desta pesquisa em debruçar-se sobre o universo dos hospitais, em razão destes serem as organizações consideradas como as mais complexas entre as organizações prestadoras de serviços de saúde e em face do grande número de hospitais aderentes à Rede no estado, foram estes os critérios adotados para analisar a situação, apenas das organizações hospitalares participantes, sediadas na cidade do Salvador. Neste recorte, incluem-se dezessete hospitais, assim classificados quanto à sua natureza jurídica:

- 07 Hospitais da Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia (SESAB);
- 06 Hospitais Privados;
- 01 Hospital Federal (Universitário);
- 02 Hospitais Filantrópicos;
- Outros: 01

De forma a corresponder às demandas, não só destas organizações, mas também da sociedade como um todo, a Rede InovarH tem como missão promover a difusão do conhecimento, a inovação e a gestão de tecnologias em Serviços de Saúde. Sua visão é tornar-se referência nacional e latino-americana em difusão do conhecimento, inovação e gestão de tecnologias em serviços de saúde. Seus valores são baseados na ética, na transparência, no foco em resultados e na busca pela melhoria contínua da gestão dos serviços de atenção à saúde (INOVARH, 2012).

Para tanto, a Rede tem como objetivos: a) melhorar a comunicação e a difusão de inovações gerenciais entre organizações prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil, fortalecendo vínculos necessários à melhoria contínua da qualidade e adoção de boas práticas de Gestão nos Serviços de Saúde; b) criar redes de aprendizagem e difundir práticas em Gestão Hospitalar; c) melhorar a imagem

organizacional das instituições parceiras; d) proporcionar troca de melhores práticas de gestão através do Fórum de Boas Práticas de Gestão; e) criar processos contínuos de comunicação interna e externa; e f) criar indicadores de desempenho (INOVARH, 2012).

Os instrumentos operacionais adotados são o portal colaborativo[12], por meio do qual se dá a comunicação entre a Rede e os atores externos (organizações parceiras e seus colaboradores, governo, público participante dos eventos, alunos da Pós Graduação e dos demais cursos e capacitações promovidos pela Rede, etc.); o Programa de Capacitação Permanente, através do qual são realizados eventos presenciais e EaD, tais como: cursos de Extensão e Especialização em Administração Hospitalar Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde – este apenas na modalidade presencial, seminários, *workshops*, oficinas de consenso e o SIG da Rede, ferramenta tecnológica de coleta e divulgação de indicadores e boas práticas de gestão hospitalar, devidamente caracterizado a seguir.

4.2.1 O SIG da Rede InovarH

O SIG tem como objetivo geral identificar as melhores práticas de gestão, com vistas à implantação da avaliação de *benchmarking*, elevando a qualidade da assistência e reduzindo os custos, sendo assim elaborado para dar suporte às atividades - fim da Rede InovarH e foi desenvolvido com recursos financeiros do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CPNq).

Como objetivo específico o SIG propicia a convergência de dados em informações para compor indicadores, previamente definidos por *experts,* mediante conferências de Consenso. Como produtos, têm-se gráficos e relatórios gerenciais, com vistas à tomada de decisões em tempo real, propiciando um ambiente adequado ao monitoramento da qualidade dos processos e consequentemente do atendimento ao usuário. O SIG também objetiva consolidar um grupo de indicadores assistenciais e gerenciais em um único banco de dados, no qual a organização

[12] O portal colaborativo (www.inovarh.ufba.br) tem como função manter um canal constante de divulgação dos eventos da Rede e das organizações parceiras, e também de notícias de interesse para a gestão em saúde. O portal também oferece a interface para acesso ao SIG.

mantém a sua identidade preservada, sendo assim garantido o anonimato, a qualidade e a credibilidade das informações. Além disso, o Sistema também fornece subsídios no Planejamento Estratégico e Avaliação das organizações parceiras, podendo desta forma contribuir para fomentar uma Cultura Organizacional que facilite a produção de informações, visando gerar conhecimento.

O SIG, por meio do seu sistema de indicadores, articula o desenvolvimento e a aplicação de dados e informações administrativas, financeiras e assistenciais dos hospitais integrantes da Rede. Tais indicadores contemplam o suporte técnico gerencial aos estabelecimentos de saúde do Estado da Bahia por meio do portal desta Rede, com a finalidade de subsidiar a comunicação de práticas e inovações gerenciais que visam ao desenvolvimento de novos serviços, modificando ou introduzindo melhorias contínuas nos métodos de gestão da assistência e administração da produção de serviços complementares às atividades fins (MENDES; CUNHA, 2007).

Para cumprir este papel, o SIG solicita a alimentação de um total de 96 indicadores, sendo distribuídos em seis blocos:

1) indicadores administrativos (10)
2) indicadores gerais de desempenho (34)
3) indicadores específicos de desempenho (06)
4) indicadores de mercado, sendo estes para uso pelos Hospitais filantrópicos (08)
5) indicadores econômico-financeiros (32), e
6) indicadores relativos à assistência médico-hospitalar (06).

Apenas o administrador do Sistema pode identificar o registro das informações de cada organização, uma vez que este é alimentado de modo a que cada um tenha um código, e só este se reconheça − pois esses códigos são registrados no SIG sob a forma genérica de “Hospital 1”, “Hospital 2”, “Maternidade A, B”, etc. O gestor da organização visualiza seus próprios resultados, porém, para efeitos de *benchmarking*, estes só são comparados aos de outras organizações similares (hospitais especializados com outros hospitais especializados, maternidades com outras maternidades, etc.), igualmente de forma anônima. Deste modo, espera-se que os gestores sintam-se seguros para permitir a alimentação do banco de dados com informações estratégicas de suas organizações, a exemplo dos indicadores econômicos e de desempenho.

Apesar da Política de Segurança da Informação, adotada pela Rede e divulgada entre as organizações parceiras − que é garantida pela criptografia dos dados hospedados no Centro de Processamento de Dados da UFBA − observa-se que nem todos os hospitais que têm Termo de Adesão assinado com a Rede utilizam, de forma sistemática, o SIG. Assim, para definir os hospitais a serem pesquisados, procedeu-se a uma análise da situação das dezessete organizações hospitalares, de Salvador, aderentes à Rede, junto ao SIG, de forma a aferir o panorama de utilização do sistema, antes da coleta de dados desta dissertação. Os resultados indicaram que, quanto ao preenchimento das informações, das dezessete organizações cadastradas, apenas oito fizeram a inserção de algum tipo de dado a partir do ano do início da sua coleta (2008), sendo que nenhuma o fez de forma completa (preenchendo todos os campos solicitados). Destas, cinco são hospitais da rede da SESAB, e os demais são hospitais privados (01), filantrópico (01) e público federal (01).

Dentre as oito organizações hospitalares que contribuíram com o preenchimento em algum momento, inserindo algum dado, apenas dois mantinham os registros atualizados até o início da coleta de dados desta dissertação. Destas, uma é da rede da SESAB e a outra é filantrópica. Entre as seis restantes, que não mantêm registros atualizados, duas o fizeram apenas no momento de sua inclusão no sistema (2008), duas até o ano seguinte (2009) e mais duas até o ano de 2010.

Em relação aos dois hospitais que mantêm registros atualizados, não há uniformidade quanto ao preenchimento dos dados requisitados, sendo que nenhum deles preencheu todos os cinco indicadores. Dentre os indicadores preenchidos, ambas as organizações se comportaram da seguinte forma até o período do estudo (de acordo com as categorias de indicadores):

Quadro 5 - Perfil de preenchimento do SIG pelos hospitais.

No de indicadores solicitados e preenchidos/ Tipo de Indicador	Número de indicadores solicitados	Número de indicadores PREENCHIDOS	Número de indicadores PREENCHIDOS
Natureza Jurídica do Hospital		Hospital Estadual	Hospital Filantrópico
INDICADORES ADMINISTRATIVOS	10	3 (33,3%)	0
INDICADORES GERAIS DE DESEMPENHO	34	13 (38,2%)	13 (38,2%)
INDICADORES ESPECÍFICOS DE DESEMPENHO*	6	0	0
INDICADORES DE MERCADO	8	2 (25%)	0
INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS	32	8 (25%)	0
INDICADORES DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR	6	3 (50%)	2 (33,3%)

Fonte: Relatório da Rede InovarH, 2012.

4.3 FASES DA PESQUISA

Seguindo o ciclo da pesquisa social proposto por Minayo (1994), esta investigação se realizou em três fases, a saber: exploratória, trabalho de campo e análise dos dados, cujos percursos serão detalhados a seguir.

4.3.1 Fase Exploratória

Durante a fase exploratória, foi desenvolvido o projeto de pesquisa, que se constituiu em eixo estruturante deste estudo, no qual foram estabelecidos todos os aspectos fundamentais ao seu desenvolvimento. Foram delimitados os objetos de pesquisa, o problema, identificadas as premissas e estabelecido os objetivos: geral e específicos.

Nesta etapa também se deu a exploração do campo pelo pesquisador, mediante aproximação do relacionamento junto às organizações estudadas e imersão no cotidiano da Rede InovarH. A participação em eventos científicos e o intercâmbio de informações com demais profissionais e pesquisadores da área

também se revelaram fundamentais ao entendimento das complexas variáveis humanas e comportamentais existentes no cotidiano dessas organizações.

O estudo do SIG da Rede InovarH também foi realizado nesta fase, buscando-se compreender o funcionamento do Sistema e avaliar a alimentação dos indicadores realizada pelos hospitais, de forma a traçar um perfil de utilização do Sistema para definir os critérios de elegibilidade dos hospitais a serem pesquisados.

Foi desenvolvida, ainda, a construção do marco teórico conceitual desta investigação, no qual foram revisadas bibliografias nas diversas fontes de informações disponíveis (livros, periódicos científicos, relatórios de pesquisas, etc.) pertinentes à compreensão do estudo.

4.3.2 Fase do Trabalho de Campo

Para a pesquisa de campo, houve a necessidade de delimitar-se, no universo investigado (hospitais da cidade de Salvador que integram a Rede InovarH), os hospitais a serem pesquisados. Com base nos dados empíricos coletados durante a fase exploratória, revelou-se mais coerente com os objetivos do estudo, realizar a pesquisa junto aos dois hospitais que mantêm a alimentação do SIG com maior regularidade e em maior número de indicadores (Hospitais A e B), bem como as duas organizações hospitalares que há mais tempo deixaram de alimentar o Sistema (Hospitais C e D, sendo que o Hospital D nunca realizou entrada de dados no SIG). A partir destes critérios a coleta de dados foi realizada em quatro hospitais, todos de grande porte e conforme características abaixo:

Hospital A: hospital geral, de gestão estadual.

Hospital B: hospital filantrópico e de ensino.

Hospital C: hospital universitário e de gestão federal.

Hospital D: Hospital filantrópico, de ensino e que nunca realizou entrada de dados no SIG.

4.3.3 Instrumento de Coleta de Dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas junto aos sujeitos que compõem grupos de *stakeholders* dos hospitais em questão. Esta técnica de avaliação qualitativa se caracteriza por uma abordagem que combina perguntas abertas e fechadas, nas quais o entrevistado pode discorrer sobre o tema pesquisado sem se prender à indagação formulada (MINAYO et al, 2005). Cunha (2010) afirma que esta técnica possibilita respostas por meio de alternativas pré-definidas, oferecendo flexibilidade ao investigador para seguir novas pistas que venham a surgir na retórica de seu interlocutor, sem se distanciar do conjunto de instruções relativas ao tema explorado.

Os instrumentos de coleta de dados adotados foram os roteiros de entrevista. No total, foram elaborados seis roteiros distintos nos quais as perguntas foram concebidas com base no envolvimento de cada sujeito com o SIG, observando-se se a organização estava ou não em dia com a alimentação do sistema à época da coleta.

Desta forma, foi possível entender as mesmas questões sob diferentes perspectivas e em distintos níveis organizacionais por meio de dois diagnósticos complementares e convergentes: no caso dos hospitais em dia com o SIG, buscou-se compreender a dinâmica da coleta e envio dos indicadores, bem como os benefícios percebidos por essas organizações em seus processos assistenciais, administrativos e decisórios. No caso de hospitais onde o SIG não é alimentado, procurou-se identificar as lacunas, limitações e dificuldades impostas à incorporação do SIG à rotina dos profissionais envolvidos; assim como as eventuais falhas de comunicação que pudessem ter contribuído para o abandono do sistema.

Todos os questionários buscaram, também, captar a percepção dos sujeitos sobre a importância da comunicação e das TICs, de uma forma geral, no ambiente hospitalar. Desse modo, a intenção foi analisar de que forma as tarefas de comunicação estão incorporadas ao cotidiano dessas organizações e em que medida o SIG pode se estabelecer como uma ferramenta de viabilização destes processos.

4.3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

O desenvolvimento desta pesquisa considerou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos em saúde, advindas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Conforme prevê a referida normativa, o projeto de pesquisa foi apresentado aos diretores dos hospitais amostrados em anexo a um ofício assinado pela orientadora deste trabalho, no qual se solicitava sua anuência para a coleta de dados no âmbito daquelas organizações.

Os diretores assinaram termos de consentimento, que foram anexados ao projeto de pesquisa e a demais documentos do pesquisador e sua orientadora, e protocolados junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (CEP/COM/UFBA), sob o registro n° 006/12, para julgamento do mérito pelo conselho do referido órgão. A autorização para o início da coleta de dados foi publicada na Resolução n° 008/2012 de 01 de março de 2012 (ANEXO C).

Durante a coleta de dados, a abordagem aos sujeitos começava pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) que, considerando os princípios éticos, necessários ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, objetivava esclarecer os indivíduos participantes que lhes estão garantidos e/ou acessíveis:

- O sigilo e o anonimato tanto dos sujeitos quanto dos hospitais;
- Os objetivos do trabalho;
- Os procedimentos, benefícios e ausência de riscos relacionados ao trabalho;
- O registro do áudio do encontro;
- O direito de desistir do consentimento e da participação a qualquer tempo, sem que isso acarrete em prejuízo de nenhuma espécie;
- O direito de acesso aos esclarecimentos necessários, bem como aos resultados finais da pesquisa.
- O fato de que os dados obtidos pela pesquisa serão exclusivamente utilizados para fins deste estudo e serão guardados pelo pesquisador por cinco anos. Após este período serão destruídos.

4.4 COLETA DE DADOS

Todas as entrevistas objetivaram captar a percepção dos sujeitos sobre a importância da comunicação e das TICs no ambiente hospitalar. Desse modo, a intenção foi analisar de que forma as tarefas de comunicação estão incorporadas ao cotidiano dessas organizações e em que medida o SIG pode se estabelecer como uma ferramenta de viabilização para integrar os processos assistenciais e administrativos.

4.4.1 Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa de campo foi iniciada após aprovação do CEP. O pesquisador se apresentou como mestrando regularmente matriculado no Curso de Mestrado Acadêmico do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia. Os dados foram coletados no período entre 03 de março a 07 de maio, 2012, sendo as entrevistas realizadas pelo pesquisador. Os encontros foram registrados em um gravador de áudio, e as entrevistas transcritas.

Primeiramente foi encaminhado à diretoria das organizações pesquisadas um ofício assinado pela coordenadora da Rede InovarH, o qual apresentava o pesquisador e os propósitos da investigação, solicitando o consentimento do gestor para a realização da coleta de dados no ambiente do hospital. Tais cartas de anuência foram anexadas ao processo encaminhado ao CEP.

Após a aprovação da pesquisa pelo referido Comitê, o pesquisador voltou a entrar em contato com as secretarias dos hospitais para a apresentação do parecer do CEP e o agendamento das entrevistas junto aos sujeitos, uma vez que não foi possível nem ao menos pré-agendar tais encontros sem a aprovação do CEP. Portanto, este processo foi bastante moroso, já que além da burocracia do processo de aprovação do projeto, o pesquisador ainda enfrentou dificuldades de fixação de datas para os encontros, em razão da agenda conturbada destes profissionais,

fatores que retardaram, em muito, a finalização da coleta e o início do tratamento dos dados.

Uma vez mobilizados, todos os atores se mostraram solícitos e dispostos a colaborar com a pesquisa, salvo as exceções apresentadas a seguir. Assim, as entrevistas fluíram tranquilamente, possibilitando a observação de percepções bastante elucidativas sobre os fenômenos estudados.

4.5 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são os diretores médicos destas organizações (uma vez que um dos objetivos do SIG é fornecer subsídios para a tomada de decisões gerenciais), os chefes dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) - responsáveis pela alimentação do SIG e os responsáveis pelo Departamento de Comunicação nestes hospitais.

Ao todo foram entrevistados dez sujeitos, sendo os diretores e profissionais de comunicação dos quatro hospitais, e apenas dois Coordenadores de NHEs (Hospitais A e C). A coordenadora do NHE do Hospital D se recusou a participar da pesquisa, declarando-se impedida de formar juízo de valor sobre os objetos, uma vez que não possuía nenhum conhecimento sobre o SIG ou a Rede InovarH.

Já no Hospital B, um dos dois hospitais da amostra que movimentavam o SIG à época da coleta, a Coordenadora do NHE foi demitida da organização no período em que se tentava agendar o encontro, não sendo possível localizá-la fora da organização (por meio de contatos via e-mail e telefone pessoais da profissional) para, ainda assim, tentar obter sua colaboração e suas percepções sobre o SIG. O profissional designado a ocupar seu cargo não conhecia o SIG, assim como o resto da equipe do NHE, o que inviabilizou a coleta neste setor. Desta forma, perderam-se valiosas contribuições que possibilitariam um melhor entendimento sobre como o referido hospital se apropria da tecnologia, e os reflexos deste fato nos processos internos e na tomada de decisões gerenciais na organização.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Depois de transcritas, as entrevistas foram e avaliadas mediante análise de conteúdo. Este método se constitui de um conjunto de técnicas de apreciação das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam ao pesquisador inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004). Minayo (1994) afirma que o fator comum presente nesse conjunto de técnicas é a inferência, uma hermenêutica[13] fundamentada na dedução.

Desta forma, esta ferramenta se torna muito útil para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso, uma vez que os fatos sociais podem causar uma sensação equivocada de compreensão espontânea. Nesse sentido, só é possível alcançar uma significação além do perceptível em uma leitura simples por meio do emprego de técnicas que viabilizem a descoberta de conteúdos e estruturas que deem um significado mais profundo à mensagem (BARDIN, 2004).

Em concordância com o modelo apresentado por Bardin (2004), esta pesquisa adotou as três fases propostas pela autora para a tarefa de análise de conteúdo, a saber:

1) Pré-analise:

Etapa cujo objetivo é organizar e planejar as ações iniciais que permitam a operacionalização da pesquisa, com o propósito de disciplinar seu desenvolvimento, sendo também a fase na qual o pesquisador deve estar aberto a novas proposições que poderão ser aproveitadas no andamento da análise.

A autora sugere também a construção de um *corpus*, que seria o conjunto de documentos a ser submetido à análise de conteúdo. No caso do presente estudo, o *corpus* é constituído pelas transcrições das entrevistas aos informantes-chave e aos sujeitos selecionados, bem como os relatórios do SIG da Rede InovarH.

2) Exploração do material:

Considerada pela autora a fase mais longa e cansativa, compreende as operações de codificação do conteúdo, o que corresponde ao tratamento do

[13] Entende-se hermenêutica como o ramo da filosofia que se dedica ao debate acerca da compreensão humana e a interpretação de textos escritos (STEIN, 2004).

material, agrupando as informações coletadas em categorias de análise. O trabalho de categorização é definido por Bardin (2004) como a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) de acordo com critérios previamente estabelecidos.

As categorias são definidas pela autora como classes semânticas que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse realizado em função de características comuns a esses elementos.

Segundo Bardin (2004), os critérios para categorização podem ser semânticos, congregando categorias temáticas; sintáticas, agrupando verbos e adjetivos; léxicos, classificando as palavras segundo seu sentido, aproximando os sinônimos e os significados próximos e expressivos, que visam reunir expressões associadas à emoção.

Para esta pesquisa, revelou-se mais producente a escolha pela categorização semântica, devido ao caráter qualitativo dedutivo do estudo desenvolvido, já que o que se busca aqui é a compreensão dos fatores humanos e organizacionais envolvidos no fenômeno. A definição das categorias de análise a serem utilizadas neste trabalho foi realizada junto à elaboração dos instrumentos de coleta de dados, pois parte-se do entendimento que é necessário proceder a essa estruturação desde a fase inicial da investigação, de forma a orientar todo o seu desenvolvimento.

Desse modo, alinhados ao objetivo geral e aos objetivos específicos desta pesquisa, os roteiros de entrevista foram concebidos de forma a identificar informações que permitam elucidar a pergunta norteadora e atingir os objetivos propostos, sendo os dados coletados agrupados em quatro categorias de análise, conforme ilustra a figura abaixo:

Figura 2 - Categorias de análise

Fonte: Pesquisa do Autor.

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:

Segundo Bardin (2004), o objetivo da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção e, muitas vezes, também de recepção das mensagens. Neste processo, a inferência se impõe como pré-requisito à interpretação dos dados coletados, objetivo final da análise de conteúdo. A autora entende a inferência como uma operação lógica que valida uma proposição em razão dos vínculos que esta mantém com outras consideradas verdadeiras.

A descrição dos dados abarca o levantamento de características do texto, que são tratadas e resumidas à fase de interpretação, que se ocupa de atribuir significado a essas características encontradas no conteúdo analisado (BARDIN, 2004).

Dessa forma, as transcrições das entrevistas foram fragmentadas de acordo com o enquadramento das respostas nas categorias de análise determinadas. Trabalhando em cada categoria, a análise dos dados se deu por meio de inferências baseadas em variáveis diversas, além do conteúdo em si, percebidas pelo pesquisador, no ambiente, e registradas em diário de campo; bem como pelo arcabouço teórico e empírico adquirido durante a fase exploratória.

Os trabalhos de categorização foram realizados com o suporte do *software* NVivo, versão 9, que é um programa de suporte à análise de dados que permite trabalhar tanto com dados oriundos de fontes textuais (entrevistas, relatórios, artigos, revisões bibliográficas, etc.) quanto com arquivos de áudio, vídeo e imagens gráficas. A codificação pode ser feita por vias distintas, a depender da natureza do

documento primário. No caso desta pesquisa, foi utilizada a codificação simples, uma vez que se estava trabalhando com documentos estruturados. A interface gráfica do *software* é extremamente amigável ao usuário, e permite fácil acesso a todos os recursos oferecidos pelo programa, sendo necessários apenas poucos cliques para concretizar uma operação. O programa possibilita, ainda, a geração de diversos tipos de relatórios, tanto gráficos quanto textuais.

PARTE 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Respeitando as etapas do modelo proposto por Bardin (2004) para a análise dos dados coletados junto ao campo, determinou-se que a técnica da análise temática seria bastante aderente ao propósito deste estudo, uma vez que, agrupadas semanticamente, se evidenciam as correlações entre as colocações dos entrevistados e a realidade organizacional da Rede InovarH.

De acordo com Minayo (2000), a análise temática consiste em desvendar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência revelem algum significado para o objetivo analítico desejado. Assim, procedendo à estruturação preliminar dos instrumentos de coleta de dados, orientada pelas premissas e objetivos desta pesquisa, percebeu-se que as unidades de registro significativas desejadas desdobravam as quatro categorias de análise propostas, enriquecendo o trabalho à medida que propunham questionamentos que buscavam ampliar a compreensão dos fenômenos observados.

Assim, de posse da categorização temática das unidades de registro significativas coletadas, buscou-se desprender o seu núcleo de compreensão, codificando as informações de acordo com o número de referências verificadas junto às fontes (transcrições) pelos mecanismos de codificação simples do *software* NVivo, chegando à categorização dos seguintes temas:

a) Categoria de análise 01: Importância atribuída à comunicação e às TICs

- Importância atribuída à comunicação no âmbito dos serviços de saúde;
- Percepção sobre a comunicação entre as equipes assistenciais e administrativas;
- Percepção sobre a utilização das TICS nas atividades de comunicação das organizações hospitalares;
- Principais desafios impostos à comunicação e à TICs no ambiente das organizações de saúde.

b) Categoria de análise 02: Existência de uma estratégia de comunicação orientada à integração dos processos;

c) Categoria de análise 03: Aspectos facilitadores e dificultadores à adoção do SIG.

- Nível de conhecimento sobre a Rede InovarH;
- Nível de conhecimento sobre o SIG;
- Razões da não utilização do SIG;
- Razões da ausência de registro de parte dos indicadores;
- Postura do profissional de saúde frente à comunicação e às TICs.

d) Categoria de análise 04: Lacunas e oportunidades na utilização do SIG

- Aproveitamento das informações do SIG na tomada de decisões;
- Contribuições efetivas do SIG para o desempenho dos hospitais;
- Percepções sobre a otimização dos processos por meio de ferramentas tecnológicas de comunicação;
- Percepções sobre outros Sistemas de Informação utilizados na gestão dos processos hospitalares.

Desta forma, procede-se à discussão sobre os eixos temáticos acima destacados, buscando estruturar as respostas à pergunta norteadora desta investigação. As análises realizadas recebem o respaldo das opiniões dos profissionais entrevistados, validando ou refutando as premissas deste estudo e as demais coletadas junto ao referencial teórico.

5.1 CATEGORIA DE ANÁLISE 01: IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À COMUNICAÇÃO E ÀS TICS

5.1.1 Importância Atribuída à Comunicação no Âmbito dos Serviços de Saúde

As referências a este eixo temático se observaram na totalidade da amostra, estando presentes nas falas de todos os entrevistados; sempre em posicionamentos positivos quanto a esta percepção. Desse modo, é possível afirmar que as atividades de comunicação são entendidas como de fundamental importância para o

desenvolvimento dos processos assistenciais e administrativos dos hospitais. Nesse sentido, o profissional de comunicação do Hospital C destaca que:

> Na verdade, a Comunicação é fundamental e imprescindível pra qualquer organização. Para a (área de) saúde, em especial, [...] porque envolve uma série de questões relativas à segurança do paciente, todos os tipos de manuais, de guias de orientações são instrumentos de comunicação. E, às vezes, o profissional de saúde não tem competência técnica suficiente *pra*[14] identificar qual é o público certo, que tipo de linguagem deve ser utilizada [...]. Então, por várias razões a comunicação é percebida como algo importante, de extrema relevância para as unidades de saúde.

Esta afirmação fortalece a literatura, ao permitir a verificação empírica da correlação entre a Comunicação e a segurança do paciente. O mesmo entrevistado ainda enfatiza que:

> [...] principalmente essas novas influências da Qualidade, do processo de Acreditação Hospitalar, que estão chegando cada dia mais nas unidades, têm trazido com muita força a questão da Comunicação. Então, isso *tá* sendo uma coisa interessante pra que os gestores compreendam melhor a importância da Comunicação, porque, na maioria das vezes, o que dificulta é que o gestor é um profissional de saúde, e eles não têm (experiências em Comunicação) na sua história e na sua vida acadêmica, *né?* [...] essa bagagem de comunicação é imprescindível para o sucesso desse processo (de Acreditação) dentro da organização. Então, a meu ver, isso tem mudado um pouco. Lentamente, mas tem mudado (Profissional de Comunicação – Hospital C).

Assim sendo, podemos afirmar também que as demandas de padronização das normas apresentadas pelos processos de Acreditação Hospitalar têm contribuído para trazer a Comunicação à centralidade das discussões, uma vez que esta é entendida como facilitadora dos processos que culminam com a certificação da assistência.

Observa-se também que, as inúmeras tarefas, que a comunicação assume no ambiente hospitalar, levam à dispersão dos seus processos e, consequentemente, das informações por eles difundidas. Apesar da grande importância percebida, constatou-se que a comunicação no ambiente assistencial ainda é altamente fragmentada, e que esta não eficácia é empecilho à integração dos processos, conforme se verifica no entendimento do profissional de Comunicação do Hospital D:

---

[14] Adotou-se o uso do itálico para registro das realizações orais, ou seja, das informações verbais descontraídas, contextualizadas no âmbito das entrevistas.

> [...] em saúde é uma situação muito complexa, porque existe a comunicação *stricto sensu*, ligada à disciplina, Comunicação, que diz respeito ao relacionamento institucional, à questão da propaganda, das relações públicas. Existe a comunicação entre setores, mais ligada à questão da relação entre pessoas da área estratégica (administrativa) e operacional (assistencial). Existe a comunicação especifica da área técnica institucional, que é a comunicação de saúde que está relacionada às normas e procedimentos em saúde tanto ligadas à gestão, se o hospital for credenciado ou fizer parte da ISSO, quanto ao aspecto institucional − desde a questão do controle da infecção hospitalar até uma norma ou instrução de trabalho pra procedimento cirúrgico, por exemplo. Enfim, na área de saúde existem várias comunicações − e qual é o grande problema na minha visão, de assessora de comunicação, que cuida só de uma dessas vertentes: é que, na verdade, a pulverização das mensagens no nível operacional (assistencial) existe, e acabam existindo lacunas [...] ela (a comunicação) é muito segmentada, não tem um fluxo na unidade, por exemplo, a UTI tem sua própria comunicação, que inclui desde conversas técnicas entre residências e preceptores ou entre o responsável pelo setor de UTI e o resto da equipe, enfermagem, a parte dos auxiliares, os maqueiros, os fisioterapeutas [...] mas é tudo muito segmentado, não há uma conexão. Obviamente a comunicação na área de saúde deve ser também segmentada, pois cada área tem suas particularidades, mas é necessário também pensar os fluxos de comunicação como uma serie de circuitos concêntricos, é necessário também haver uma comunicação entre essas áreas porque existem informações que dizem respeito a um só setor, outras a vários setores e outras que dizem respeito à unidade como um todo.

Esta fala evidencia a necessidade de integrarem-se os profissionais envolvidos na assistência por meio de canais de comunicação, através dos quais circulem informações cujo teor seja de importância destacada não só para os grupos profissionais, isoladamente, mas principalmente para o conjunto dos recursos humanos envolvidos no cuidado, de forma a viabilizar o bom entendimento do conjunto de normas e procedimentos que compõem o processo hospitalar, assim como toda e qualquer informação que vise ao compartilhamento dos saberes em saúde – assumindo, assim, o caráter sequencial e complementar da multidisciplinaridade nesta área. Dessa forma, assume-se que sem uma Comunicação eficiente no ambiente hospitalar, ocorre o comprometimento de todo o serviço assistencial, conforme fica claro em:

> A comunicação é o principal elemento de socialização da informação como um todo. Então, se há um déficit na comunicação, eu acho que todo o restante do serviço termina entrando também em desacordo, porque a informação não é passada de maneira adequada, independente de qual seja ela (Coordenação do NHE – Hospital A).

Também se percebe que há forte vinculação entre os processos comunicacionais e a formulação de estratégias gerenciais e práticas em serviços de

saúde, uma vez que por meio da Comunicação se consegue traçar um panorama fidedigno das operações em andamento, mensurando impactos das decisões tomadas e possibilitando a correção de equívocos. De acordo com o Coordenador do NHE do Hospital C:

> As atividades de comunicação são superimportantes no serviço de saúde, porque informam ao gestor como está a sua gerência, a sua instituição, o municia de informações que dizem respeito ao funcionamento do hospital como um todo, dando direções de como e onde investir e de como contornar problemas existentes e prevenir o surgimento de novos.

A importância da Comunicação nos serviços de saúde está diretamente relacionada à eficiência da interação entre as equipes assistenciais e administrativas dos hospitais. No âmbito de tais organizações, espera-se que os canais de comunicação atinjam o corpo de colaboradores de forma integrada, possibilitando o intercâmbio de informações de forma ágil e em linguagem de fácil entendimento a todos os envolvidos. Essa compreensão se revela em diversas referências na amostra, a exemplo do que nos traz a direção do Hospital B:

> Há que haver uma comunicação facilitada entre os profissionais de saúde de todas as áreas: médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, que abranja também os que se dedicam à gestão da máquina administrativa. Tem que haver uma comunicação fluida, rápida, fácil, e o alvo principal da ação é o paciente. Essas comunicações devem ser feitas de maneira clara, dentro de uma fluidez e rapidez desejável com o franco entendimento de todas as partes. Esse equilíbrio resulta de um aperfeiçoamento do processo e do tempo, o que é absolutamente desejável.

Neste momento destaca-se a necessidade de definição acerca dos parâmetros de relevância das mensagens. Posto que no ambiente hospitalar circula uma grande quantidade de informações, de variadas fontes, questiona-se quais seriam as mais relevantes para o compartilhamento, com vistas à melhoria dos processos, e se percebe-se que não há parâmetros estabelecidos, gerando-se assim mais um entrave no processo, situação que pode ser ilustrada na contribuição da direção do Hospital A:

> [...] hoje nós temos um grave problema não só dentro da unidade hospitalar, mas na comunicação entre os pares nas unidades de saúde como um todo. Então *isso é de uma maneira geral*. Particularmente aqui dentro do hospital, nós temos muitas deficiências no tocante às comunicações, tanto nas comunicações internas como na hora da gente divulgar esses atos que vêm (da administração). Seja uma simples CI de notificação, ou uma simples

> comunicação de algum dado, por exemplo: óbitos [...] todos os trabalhadores da unidade precisam estar sabendo, mas aí surge uma dificuldade muito grande. O que divulgar *pra* eles (colaboradores)? O que é que é efetivamente relevante para a melhoria dos processos de trabalho dentro da unidade? O que é que é mais importante?

Fortalecendo este juízo, outras contribuições embasam o entendimento de que esta falta de parâmetros deve-se ao pouco traquejo dos profissionais da assistência com as tarefas da comunicação, aliado à falta de diálogo entre os processos, dificultando-se dessa forma a definição de prioridades em comunicação, o que pode ser verificado em:

> Cada profissional (médico) elege suas próprias prioridades, porque pra ele tudo é importante [...] e esse profissional não se apega a informações administrativas, é raro. Então muitos só leem o que escrevem, sem essa visão multiprofissional da coisa. E isso dificulta o trabalho, porque hoje em dia cada vez mais o médico, em algum momento, também tem que atuar como gestor [...]. As práticas de atendimento na emergência, por exemplo, geram impactos em diversos setores, a política de gestão de recursos impacta diretamente a qualidade do serviço [...] então essas informações têm que estar postas, mas não há esse diálogo (Coordenador do NHE – Hospital C).

Recorrente nas referências entre diretores e coordenadores de NHEs, este tema não apresentou ocorrências entre os profissionais de comunicação dos hospitais estudados, o que indica que estes atores ainda não estão atentos à necessidade de orientar os esforços em comunicação destas organizações no sentido da integração setorial, com atuação principalmente no apoio à definição destes parâmetros.

Desse modo, surge a necessidade de buscar subsídios que revelem as percepções dos sujeitos sobre a comunicação entre as equipes assistencial e administrativa nos hospitais estudados, de forma que se possa compreender como sobrevém tal interação, e os reflexos percebidos destas relações no cotidiano dos profissionais e no serviço prestado.

5.1.2 Percepções sobre a Comunicação entre as Equipes Assistenciais e Administrativas

Embora as percepções sobre a importância da comunicação destaquem a centralidade destas atividades para a prestação de serviços de qualidade em saúde

e para a gestão destas organizações, a avaliação da interação entre os atores que operacionalizam os processos produtivos que se desenvolvem no âmbito dos hospitais indica que esta comunicação ainda é percebida como incipiente e falha.

É notório nas falas dos entrevistados que a troca de informações entre estas equipes nos hospitais estudados ainda ocorre de forma insatisfatória, e observa-se um descontentamento quanto a pouca predisposição de ambas as equipes em procurar conhecer mais o trabalho uma da outra, suas rotinas e suas demandas. Desse modo, um dos primeiros entendimentos que se pode aferir é que se revela desejável nos serviços de saúde que haja uma um cultura de intercâmbio de vivências entre a equipe multiprofissional, conforme se pode constatar em:

> Eu acho também que a gente precisa dar um pouco mais de importância ao trabalho do outro. O momento em que eu passar a entender mais o assistencial e o assistencial passar a entender mais do administrativo, um ia conhecer melhor a necessidade do outro e vai saber melhor ajudar o outro de muitas formas (Coordenador do NHE – Hospital A).

> Eu acho que a comunicação é falha, porque assim: o profissional da área assistencial não consegue visualizar a importância do trabalho administrativo. A mesma coisa se repete no trabalho do profissional do administrativo [...]. Por que, por exemplo, eu trabalhei durante muito tempo na emergência e hoje eu estou administrando, ajudando a administrar esta instituição. Então a minha visão é muito mais ampla do que na época que eu trabalhava na assistência. Como eu já trabalhei na assistência e hoje trabalho no administrativo, então eu *acho que* é esse o *link* que falta. Eu vejo que são dois trabalhos diferentes mais com o mesmo tipo de objetivo, que é o cuidado. Mas os trabalhadores em si não conseguem visualizar isso. Não se sabe que se falta um cartucho de impressora na hora que o paciente entra, isso vai barrar todo o trabalho porque o computador não vai gerar uma simples ficha, não é mesmo? (Direção – Hospital A)

Assim, fica claro que, de forma a facilitar o processo de comunicação, deve haver uma maior interação entre esses atores, na qual se consiga destacar a indissociabilidade das tarefas para o bom funcionamento do sistema como um todo. Nesse sentido, a direção do Hospital D apresenta uma alternativa adotada com o intuito de encurtar a distância entre esses profissionais:

> [...] nós temos uma reunião de autoavaliação periódica, em que todas as áreas participam. Cada vez em que ocorre, determinadas áreas são indicadas e preparadas para fazer a sua apresentação para todo da instituição, que participa e interage com essas apresentações, e assim a gente sabe como *tá* ocorrendo em todas as áreas, o que *tá* havendo de bom, de melhor e de ruim [...] e isso é uma coisa que já *tá* arraigada aqui no hospital, essa cultura dos departamentos dialogarem entre si.

Entretanto, tais iniciativas não se observaram em outros hospitais da amostra. O entendimento generalizado é de que este entrosamento é difícil e burocrático, e que, muitas são as lacunas a serem preenchidas, de forma a obter-se a fluidez desejada das informações no ambiente dos hospitais estudados, o que se comprova em:

> Eu *acho que* é falha (a comunicação) também porque há uma burocratização muito grande do contato entre o administrativo e quem exerce o assistencial. Mesmo com o avanço tecnológico as informações ainda são muito *retardadas*. E *pra* tudo se tem uma burocracia, um protocolo [...]. Tem que ser revista (a comunicação), para que se possa encurtar essas distâncias, trazer os profissionais mais pra perto um do outro (Coordenador do NHE – Hospital A).

O grande número de sujeitos que integram os quadros dos grandes hospitais também é visto como um entrave ao processo, pois além dos múltiplos interesses a serem conciliados, o perfil altamente diversificado destes profissionais possibilita a dispersão e o não entendimento das informações, conforme ilustra o profissional de comunicação do Hospital B:

> Eu diria que existe uma grande dificuldade em razão da estrutura [...] hoje a gente tem aqui cerca de 3200 funcionários e muitas lideranças [...]. Vamos dizer que a gente esteja hoje com um grupo de lideranças de uns 150 médicos, que são chefes de setor, e aí fora isso nós temos um grupo de lideranças administrativas que chega a umas 80 lideranças, entre gerências e coordenadores. Então, por mais integrada que seja (a comunicação), ao mesmo tempo é muito dinâmico, são muitas variáveis, são múltiplos profissionais, o hospital funciona 24 horas [...]. É necessário contar com certa boa vontade e certo senso de trabalho em equipe que nem sempre se vê. Cada liderança determina o que é prioridade para si, e como muita coisa se perde na passagem dos turnos e dos plantões, fica por isso mesmo [...].

Notadamente, estes entraves na comunicação entre a assistência e as esferas da gestão nos hospitais revelam suas origens em aspectos culturais ligados às tradições da gestão dessas organizações, como nos traz o Profissional de comunicação do Hospital C:

> [...] são mais de 150 serviços assistenciais que temos aqui. [...] e a gente sabe que a maior barreira é lidar com os coordenadores dos serviços assistenciais que não compreendem isso (a importância de se dialogar com a área administrativa), e também pela história do hospital. A história do hospital é, no passado, o chefe do serviço era “dono” de sua enfermaria, “dono” do seu ambiente, então a gente tá () tentando desconstruir isso, o que é uma mudança cultural, e na verdade, essa é a maior barreira, porque antes você (o coordenador da assistência) tinha o “seu” ambiente, e agora você sabe que o “seu” é “nosso”, é algo multi, é algo que tem que ser

> compartilhado para ajudá-lo, então isso *é algo que ter que ser trabalhado* nessas cabeças.

No entanto, a consciência destas lacunas e da importância da comunicação para os serviços de saúde desperta o entendimento de que é necessário retomar o diálogo e construir canais que possibilitem a interação e o intercâmbio de informações entre os processos. Esta é uma compreensão compartilhada por grande parte da amostra, conforme fica claro em:

> Aqui no hospital, especificamente, esse processo ainda não está bem construído, mas estamos no caminho [...]. A gente *tá* num processo de reconstrução, como falei anteriormente, e passando um processo muito grande de mudança de cultura e de processos. Isso ainda está sendo construído, a gente *tá* numa fase intermediária, a gente não *tá* no zero, mas também chegamos ao nosso objetivo, ainda não conseguimos esse elo (entre os processos). (Profissional de Comunicação – Hospital C)

> Este é um processo de aperfeiçoamento progressivo, sempre há muito espaço para progressos, mas a julgar pela disponibilização pessoal cada vez maior por parte de médicos e gestores, acredito que em um futuro próximo tenhamos um quadro diferente do atual. As pessoas estão se abrindo para a comunicação, e isso, no meu entendimento, já é um grande progresso nesse sentido (Direção – Hospital B).

Curiosamente, mesmo afirmando que a comunicação é de fundamental importância no ambiente hospitalar e reconhecendo que são muitas as falhas e obstáculos nos fluxos de informações entre a equipe multidisciplinar, a amostra destacou que, da forma com vem sendo trabalhada, a comunicação tem contribuído positivamente para a execução das tarefas nos hospitais estudados. De forma recorrente, as opiniões levam ao entendimento de que esta abertura (lenta, porém, progressiva) em relação à comunicação tem colaborado com o trabalho nas organizações. De acordo com a direção do Hospital A:

> Eu tenho a certeza que (a comunicação intersetorial) tem colaborado muito, até porque mais ou menos cinco anos atrás, nós não sabíamos nada sobre nada que acontecia aqui dentro do hospital, e hoje temos indicadores que têm os ajudado muito, têm facilitado os processos de trabalho e realmente enriquecido muito nosso serviço.

O profissional de comunicação do Hospital B destaca que:

> [...] (a comunicação intersetorial) tem colaborado, sim. Agora existe uma exigência muito grande hoje da nossa área de TI, cujo líder é um cara altamente *antenado* e que cobra bastante de todos a questão do

> preenchimento de todos os formulários, o envolvimento na intranet, etc. Então por conta disso temos visto um *feedback* muito bacana.

Esta contribuição já permite verificar a importância do envolvimento dos gestores das TICs nestes processos, que será devidamente discutida em momento oportuno ao longo da análise. Ainda sobre as percepções sobre a contribuição da comunicação para o trabalho nos hospitais, o profissional de comunicação do Hospital A afirma que:

> Há alguns anos, as pessoas aqui (no hospital) nem se conheciam [...] hoje já há uma interação maior, já há uma cultura de ler o mural antes de iniciar seu turno, dar uma olhada na intranet [...]. Antes de virmos *pra* cá (estruturação do Departamento de Comunicação do Hospital) não existia uma formalidade para divulgar as coisas como temos hoje, no sentido de institucionalizar os canais [...] antes, se um enfermeiro tinha uma TV *pra* vender, chegava lá no mural e colocava seu cartaz, do lado da escala, dos informes da nutrição, enfim, era muito bagunçado. Por isso ninguém dava atenção àqueles espaços. Hoje, *o cara* vê e pensa "olha, isso foi assinado por Dr. X, deve ser importante", e *pra* ler o mural. *Acho que* isso foi muito importante nesse sentido, pois o mural deixou de ser um espaço qualquer de divulgação para se tornar um canal institucional de comunicação, e todo mundo hoje presta atenção no que veiculamos lá. E isso com certeza tem contribuído para que as pessoas trabalhem mais bem informadas sobre os processos internos.

A ponderação crítica do Coordenador do NHE do Hospital C, além de reconhecer que ainda há muito para ser trabalhado neste sentido, também destaca a importância da estruturação de canais de comunicação interna, eficientes, dentro do hospital:

> Eu acredito que (a comunicação) poderia estar colaborando muito mais, estamos hoje muito aquém do que uma informação poderia agregar para uma gestão melhor aqui dos serviços da unidade. Por vários fatores eu digo que ela (a comunicação) poderia ser um pouco melhor, mas vou me ater ao que, *pra* mim, é mais flagrante: os meios de comunicação são precários aqui no hospital [...] então fica difícil fazer a informação circular. Quando a gente conseguir não só socializar esta informação, mas, principalmente, fazer os dados circularem eficientemente, vamos poder colher melhores frutos do trabalho da gente.

Analisando os canais de comunicação interna adotados pelos hospitais estudados, percebe-se que os instrumentos de comunicação visual ainda são predominantes, em especial o mural informativo. A intranet também figura como um dos instrumentais utilizados para facilitar a comunicação, com boa resposta por

parte dos usuários, mas seu alcance entre o efetivo só apresentou variações entre as organizações. O profissional de comunicação do Hospital C enumera que:

> [...] são muitos os canais que utilizamos aqui. Trabalhamos muito com cartazes, *banners* e com os murais, porque aqui é bem grande e assim podemos pulverizar as informações em todo o espaço. A gente tem um *mailing list* de mais de cinco mil *e-mails* cadastrados, que a gente envia () um boletim eletrônico. A gente tem um cadastro de todas as áreas assistenciais, divididos em tabela: nutrição, enfermagem, medicina, e assim também com o administrativo: compras, licitações, RH [...] *aí a gente* manda (a mensagem), a depender do público-alvo [...]. A gente tem uma TV na recepção principal e o objetivo é botar nas outras recepções também, que é uma TV que *a gente* chama de TV Corporativa, mas na verdade funciona mais como um mural eletrônico, vamos dizer assim [...]. Mas hoje, no âmbito interno, o principal canal de comunicação é a intranet. Eles (os colaboradores) não estavam se envolvendo tanto (com a intranet) porque antes o sistema tava () com a cara muito sisuda, técnica, fria. Foi construída, inclusive, pelo NTI que é o Núcleo de Tecnologia da Informação, e eles alimentavam tudo e gerenciavam conteúdo e tudo dependia deles. Hoje não, a gente tem uma nova intranet, onde quem alimenta é *a gente* (o departamento de comunicação), quem gerencia é a gente, os relatórios somos nós que geramos.Fazemos toda a parte de gerenciamento das relações em torno da intranet, entendeu? *A gente* assumiu isso, na verdade, porque viu que eles (NTI) não estavam prontos *pra* lidar com isso, com essa demanda de trabalho, e essa humanização, vamos assim dizer, do sistema contribuiu para que mais funcionários aderissem ao seu uso.

Demonstrando concordância com este entendimento, o profissional de Comunicação do Hospital B destaca que:

> [...] temos os murais internos, que são bastante fortes, e temos também a TV Corporativa[15], que *a gente tá* ampliando, nas recepções, aonde a gente faz uma programação hoje que deve estar aí em uns quarenta minutos. Essa programação é *pra* divulgação, *pro* público que estiver nessas recepções [...]. Temos também dois jornais – um da Mantenedora e outro do próprio hospital, voltado *pro* público interno em geral. Eu sinto a necessidade de ter um veículo voltado *pro* médico, que a gente não tem ainda. Nós estamos produzindo um novo *site*, porque o que hoje *tá* lá *tá* há mais de cinco anos defasado, então a gente *tá* com um novo *site* pra vir aí, com grandes possibilidades de comunicação [...]. Existe a intranet também, mas acredito que ela esbarra no mesmo problema dos meios impressos: grande parte dos profissionais não tem o hábito da leitura no trabalho, [...] então *a gente* ainda precisa estimular esse hábito, para sentirem a necessidade de ler, e só depois transformar ela (a comunicação) somente em eletrônica. Hoje, a gente tem a preocupação ainda de imprimir, e vai ter, imagino por mais alguns anos, nem sei quantos.

---

[15] Entende-se TV Corporativa como uma nova ferramenta de apoio à Comunicação Organizacional predominantemente voltada para o público externo (clientes e fornecedores), que busca na plataforma audiovisual mais um canal de divulgação de mensagens do interesse da organização para estes segmentos de público. Também é utilizada, no âmbito interno, no apoio a treinamentos diversos, onde é entendida como uma ferramenta de ensino a distância. (HINGST, 2006).

Esta nova menção à TV Corporativa indica que esta tem sido uma ferramenta cuja utilização está crescendo no ambiente dos hospitais, aproveitando justamente o tempo de espera dos usuários e as grandes possibilidades oferecidas pelo formato. No entanto, o que mais chama a atenção neste ponto é a observação feita ao aspecto cultural relacionado ao hábito de leitura do profissional da assistência, que se fortalece na literatura e encontra respaldo também nas percepções do Profissional de Comunicação do Hospital A:

> Infelizmente hoje aqui no hospital a gente trabalha muito com papel. Só o meio digital não dá [...] telefone hoje em dia o pessoal muda, imagine *email*. *Acho que* a palavra impressa ainda tem mais valor nesse nosso meio, não sei, acho que esse é o problema com a intranet aqui [...].Todos os setores têm acesso a ela (a intranet). Todos os computadores com acesso a internet, que são todos os computadores daqui, toda vez que você vai acessar a internet a página inicial é do Hospital, com interface de acesso à nossa intranet, e todo funcionário tem um *login* cadastrado. Mas se já é difícil que as pessoas leiam um pedaço de papel, imagine uma CI em meio digital, ou, pior ainda, alimentar dados estatísticos em uma planilha de um sistema [...].

Diante do exposto, fica claro que as ferramentas tecnológicas estão presentes no cotidiano das organizações hospitalares, no desempenho do importante papel de mediar o diálogo e a difusão de informações em tais ambientes. Entretanto, também se percebe muitas resistências e limitações ao uso destes instrumentos e à sua incorporação às rotinas dos profissionais. Desta forma, proceda-se nesta análise ao debate das percepções acerca do papel das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) nas relações entre os indivíduos nos hospitais.

5.1.3 Percepções sobre a utilização das TICs nas Atividades de Comunicação das Organizações Hospitalares

Primeiramente, faz-se necessário registrar uma observação feita no campo, que dimensiona a grande associação entre o termo TICs e o Prontuário Eletrônico. Esta parece ser a ferramenta mais lembrada pelos entrevistados, uma vez que grande parte dos exemplos dados pelos atores faz referência a ele.

De uma forma geral, as TICs são percebidas como grandes aliadas dos profissionais de saúde como um todo, porém também se destacam as dificuldades

na adoção de práticas e processos orientados pela tecnologia. Ocorrem muitas e repetidas referências à falta de visão multidisciplinar por parte de toda a equipe, o que se revela, também, um entrave à utilização mais maciça das TICs nos hospitais. Conforme o profissional de comunicação do Hospital C:

> É imprescindível (o uso de TICs nos hospitais). Porque, na verdade, a tecnologia é uma aliada da comunicação no processo, principalmente no fluxo das informações; ela facilita muito, principalmente na questão da velocidade e da interatividade. Então, na verdade, deve existir sempre uma parceria de todas as unidades ligadas à tecnologia − que geralmente são os centros de tecnologias dos hospitais − com as assessorias de comunicação. É o que *a gente tá* tentando fazer aqui, é um pouco difícil porque o olhar do pessoal da TI é um pouco restrito, *pro* olhar das pessoas de comunicação. Mas é um trabalho em parceria que a gente vem construindo com o tempo [...].

Este entendimento encontra fundamento em outros sujeitos da pesquisa, que também destacam a importância da socialização das informações envolvidas na prática assistencial, por meio das TICs, ao tempo em que revelam que esta integração entre a equipe multidisciplinar está aquém das possibilidades efetivas, como fica claro em:

> *A gente* precisa usar essas tecnologias para melhorar a comunicação, assim como todos os procedimentos. Porque eu ainda *acho que* todas estas informações que a gente tem disponível são muito boas, são informações que eu posso utilizar para melhorar a prática no cotidiano do trabalho. Eu posso utilizar esses instrumentos para melhorar a qualidade do serviço do trabalhador em si e do usuário que precisa desse trabalho [...]. Então todas essas ferramentas que a gente usa são de uma importância fundamental, mas infelizmente ainda não podemos contar com a adesão em massa dos colaboradores, são muitas as barreiras, os obstáculos [...] (Diretor – Hospital A).

A área assistencial é, reconhecidamente, a mais distante das TICs no ambiente hospitalar, e a origem deste distanciamento aponta para o perfil da atividade médica, conforme o profissional de Comunicação do Hospital A:

> Na parte assistencial, são importantes (as TICs) mas não tem como (utilizá-las). No administrativo *a gente* até consegue. No administrativo tem computador, tem salas que tem ate quatro computadores, tem murais, a maioria tem *email*. Já na questão dos médicos é mais difícil, porque o médico chega aqui, vai pro plantão, atende os pacientes, e não fica no computador. Então está deixando de ver as informações no *email*, de olhar a intranet. No administrativo funcionam (as TICs), já no assistencial é mais o contato físico mesmo. *Deixa* nas mesas os informativos, os avisos nos murais e aí eles (os médicos) veem.

Todavia, se observa referências recorrentes à utilização de sistemas e produtos informacionais diversos pelos profissionais da assistência, a exemplo de Prontuário Eletrônico, visto como uma das principais TICs em saúde. Todos os hospitais da amostra adotam esta ferramenta, porém sua utilização é mais lembrada pelos atores dos Hospitais A e B – também aqueles que mais fazem uso do SIG da Rede InovarH. Assim sendo, a direção do Hospital B exemplifica que:

> Eu vou citar como exemplo do que... existem vários, mas, *pra* mim, a utilização do Prontuário Eletrônico é o exemplo máximo em serviços de saúde. Então, *tá* muito claro, ao longo dos últimos anos, que o Prontuário Eletrônico é uma ferramenta de extraordinária valia, quando convenientemente utilizado por todos os profissionais. Permite uma comunicação rápida, legível, atenta e, à medida que o processo se aperfeiçoa, o serviço como um todo também se aperfeiçoa. Vou citar um exemplo só, de como isso é extremamente válido: se o médico prescreve uma menção de interações medicamentosas, o sistema o alerta para alergias que o paciente possua, então com isso aperfeiçoamos todo o processo de prescrição de métodos ou terapias. Então, esta representa uma ferramenta de comunicação de enorme importância para o trabalho do médico.

Além da importância para os processos, esta análise também fortalece a literatura ao constatar que prevalece, no campo, o entendimento de que há a necessidade de alinharem-se as TICs ao Planejamento Estratégico da organização; de forma não somente a institucionalizar as ferramentas, mas, principalmente, no sentido de criar uma rotina na qual a alimentação e a análise dos dados seja uma prática habitual dos profissionais.

> Acredito que essas ferramentas (TICs de uma forma geral) são fundamentais nas organizações de saúde, e no mundo moderno como um todo, não há prática profissional hoje em dia que não envolva o manuseio de alguma Tecnologia da Informação. Aqui, nós propomos isso em nosso Planejamento Estratégico, o Coordenador de TI participa das decisões [...]. Isso é importante porque as pessoas passam a pensar o trabalho em torno da tecnologia, e isso é muito positivo porque muitas vezes o funcionário é avesso à tecnologia porque lhe falta prática, então tem os treinamentos, e o uso contínuo [...] o que leva a uma grande adesão de todos (Diretor – Hospital C).

Nesse sentido, também se constata que a organização do trabalho em torno das TICs aproxima o funcionário das ferramentas, mas que isso, por si, não é suficiente para promover a integração dos profissionais e das informações no contexto hospitalar, uma vez que esses sistemas não são integrados, o que não possibilita a confluência dos dados (em momento oportuno da presente análise se

discutirá sobre os demais Sistemas de Informação em Saúde), como destaca o coordenador do NHE do Hospital A:

> As tecnologias estão mais próximas hoje das equipes, os serviços funcionam muito em cima da tecnologia, mas eu acredito que não há ainda uma interação. *Acho que* cada serviço tem seus programas específicos, tem um sistema específico, exatamente de coleta e estruturação de dados, mais ainda não há uma interação ideal para que a gente possa visualizar toda esta tecnologia como sendo um instrumento real de gestão. As informações ficam isoladas, sinto que precisamos visualizar os dados micro, em cenários macro, e *isso essas* tecnologias ainda não nos dão [...].

Mais uma vez fica clara a importância da institucionalização do uso das TICs nos hospitais, bem como a necessidade da convergência das informações que fluem pelos diversos sistemas operados pelas organizações de saúde, quando se considera o entendimento do profissional de Comunicação do Hospital B, para quem:

> Aqui nós temos vários Sistemas Gerenciais, nós não temos um sistema único. Agora, isso é uma imposição mais da Gestão mesmo do hospital, *né* ? É mais uma burocracia a ser cumprida, então por isso eu *acho que tem* uma adesão muito grande. Agora, o que eu vejo é que as áreas, muitas vezes, não têm uma facilidade de acesso a essas informações, porque elas não se agrupam em lugar nenhum,ficam isoladas dentro desses sistemas. As pessoas precisam perpassar por vários sistemas e gerar uma nova grade, às vezes os sistemas não se comunicam. Então falta um sistema integrado, *né* ? Que possibilite que esses atores todos se conectem.

O coordenador do NHE do Hospital C, ao ratificar os posicionamentos acima, vai além ao afirmar que:

> Nós utilizamos inúmeras Tecnologias de Informação, aliás, nosso núcleo é muito informatizado e baseado muito em Tecnologias de Informação. Nós utilizamos uns seis ou sete sistemas aqui [...] e *isso* é muito bom, ao mesmo tempo em que confunde um pouco, porque muitos indicadores são repetidos, e *a gente* acaba alimentando o mesmo dado várias vezes [...]. Eu me arriscaria a dizer que hoje em dia, no Brasil, **a saúde está em grande medida dependente das Tecnologias de Informação** (grifo nosso).

Tal declaração implica um questionamento natural: se é, de fato, verdade que a saúde no País depende fortemente das TICs, como enquadrar tal assertiva em um contexto que indica a não utilização das ferramentas como comportamento padrão, e um ambiente informacional confuso e redundante? A contribuição do profissional de comunicação do Hospital D revela uma perspectiva contrária às demais, que

ilumina e singulariza o debate, à medida que enumera alternativas para contornar o cenário atual:

> Hoje em dia, no meu entendimento, que sou profissional desta área (comunicação), não vejo como trabalhar em saúde sem esses recursos (TICs), porque é algo que já está muito enraizado nos hospitais [...], principalmente depois do Prontuário Eletrônico, essa coisa de trabalhar com Sistemas de Informação ficou mais presente *pro* médico, porque *pra* quem está do outro lado, no administrativo, essa já era uma realidade [...]. Quando se fala de TICs se fala de muita coisa [...], vamos falar então de Redes Sociais, *Facebook*, que sou eu que faço a gestão da *fan page* do Hospital. Hoje temos de diretores médicos a terceirizados de serviços gerais em nossa rede de "amigos" [...], então a tecnologia *tá* aí *pra* todo mundo. O que falta *pra* nós aqui no Hospital, no âmbito da Comunicação Interna, eu acho que é trabalhar a interface desses sistemas, trabalhar melhor *layout*, cores, tornar mais *friendly*[16], sabe? [...]. A gente sabe que não basta alimentar (o Sistema), tem que se envolver, criar o hábito [...] acho que não basta ser imposto, *sei lá*, normatizado (o uso das TICs) pela gerência [...] esses são aspectos que a gente sabe que ajudam a trazer o usuário *pra* perto da ferramenta. [...] eu não opero nenhum (Sistema de Informação), mas já tive acesso a alguns, e até ao nosso próprio aqui do Hospital, e são difíceis de navegar, tem comando em inglês, umas linhas muito duras, cores frias [...] não é um ambiente confortável, então *pra* quem já não tem essa bagagem, isso com certeza já gera uma resistência no primeiro momento que é difícil de tirar depois [...].

Isto posto, cabe verificar quais desafios se apresentam à Comunicação e às TICs nas organizações hospitalares, de forma a aumentar o envolvimento dos profissionais, não só com as ferramentas tecnológicas mas, principalmente, com o hábito de se comunicar com seus pares, visando a uma confluência de informações que gere impactos na qualidade do serviço oferecido.

5.1.4 Principais desafios Impostos à Comunicação e às TICs no Ambiente das Organizações de Saúde

Quando se propôs tal questionamento aos sujeitos da pesquisa, a primeira resposta registrada era sempre: "muitos", seguida de pausa reticente. Em seguida, cada entrevistado expunha uma tarefa diferente a ser cumprida, indicando que cada ator respondeu aquilo que lhe parecia mais perceptível em sua organização; o que

---

[16] *Friendly*, ou "amigável" (tradução livre), é uma expressão utilizada no jargão da informática relacionada a aspectos tais quais: se o ambiente de determinado *software* é acessível ou não aos usuários, se o visual é confortável à leitura, se a navegação entre as telas segue ordem lógica, se os menus são claramente identificáveis, etc.

confirma, também, a multiplicidade dos desafios que se impõem à Comunicação e às TICs nos hospitais estudados.

Primeiramente, chama a atenção a opinião do diretor do Hospital C, para quem:

> [...] *eu acho que* o que mais falta, mais até do que conscientização, é treinamento [...] e isso é urgente, pois assim como você (o pesquisador) está me dizendo que nós não estamos alimentando o Sistema da (Rede) InovarH (o SIG), tenho certeza que muitos outros (Sistemas) também estão abandonados, ou seja: a tecnologia está dada, já é algo incorporado, e nós estamos perdendo tempo, e tempo é dinheiro [...]. Muitas vezes *tá lá* (o sistema) e a pessoa nem sabe pra que serve, porque não recebeu treinamento, não sabe pra que aquilo é importante, e isso não é só uma coisa só da (Rede) InovarH não, até os próprios sistemas do SUS eles vêm aqui, instalam e não voltam mais [...]. E *pra* mim, que sou gestor deste hospital, fica claro que todas as etapas do serviço sofrem com isso, porque deixa de existir uma comunicação que é fundamental para o trabalho assistencial.

A fala do entrevistado já revela uma possível causa da não utilização do Sistema pelo hospital, porém tais relações serão devidamente discutidas em análise própria, adiante. O que é importante aqui é o entendimento de que as TICs estão enraizadas nas organizações, e que, desse modo, o abandono de tais ferramentas compromete o processo como um todo. Os profissionais de comunicação dos hospitais A e C registram outras demandas inerentes a estes campos, que também comprometem os processos de comunicação e a utilização das TICs nos hospitais:

> O principal (desafio) é a falta de verba, principalmente para o setor de comunicação [...]. Infelizmente, este não é um departamento considerado como estratégico para o hospital, e vemos isso na hora da divisão dos recursos, ainda mais que este é um hospital público, e o orçamento é bastante engessado. Todo o nosso trabalho aqui é muito na base da parceria com os diretores, na compreensão da equipe de forma geral [...] então por isso somos bem-sucedidos pelo menos em nossa missão básica, que é a de fazer as informações circularem, na medida do possível. Ter um Sistema de Informação que trouxesse aqui *pra* mim dados do hospital todo é um sonho, ia render um material incrível [...] mas sei que é algo fora de nossa realidade financeira (Profissional de Comunicação – Hospital A).

> Na verdade, o maior desafio é você tentar conciliar o que se pretende nos processos com a ferramenta certa, porque é exatamente o entendimento do processo que vai te levar a uma definição correta do instrumento de apoio adequado. E isso às vezes encarece o produto, porque em saúde temos demandas muito específicas, o que torna toda tecnologia *pra* nós é mais cara [...]. E também insisto: falta uma interação maior com o corpo clínico. A natureza do serviço cria determinadas demandas que precisam ser discutidas entre os grupos. Então quando a comunicação quando não participa, ou quando a Tecnologia da Informação também não participa

> desse processo, isso não anda bem, porque médico entende de saúde, quem vai orientá-los na definição desses parâmetros? Então, a maior dificuldade é você conseguir interligar o "grupo saúde" à equipe de tecnologia e à comunicação. O maior desafio hoje é você conseguir que essa interface, que essa união seja bem trabalhada, *pra* que os processos realmente atinjam resultados melhores (Profissional de Comunicação – Hospital C).

Desta forma, percebe-se que as limitações financeiras são barreiras importantes a serem transpostas, uma vez que comunicação e tecnologia são áreas que requerem investimentos constantes, de modo a permitir a implantação das soluções mais eficazes e, principalmente, a garantir a continuidade das ações implementadas. Mais uma vez, também se observa a falta de abertura da equipe assistencial como um desafio a ser vencido, evidenciando a importância deste diálogo para o melhor andamento dos processos. A fala do Profissional de Comunicação do Hospital C revela, ainda, uma incongruência com o posicionamento do diretor de sua unidade, que afirma, conforma já exposto, que o profissional de TI em sua organização é sempre envolvido nas discussões. Talvez esta seja uma postura desejável adotada e recomendada pela alta gestão, porém fica claro que tal prática ainda não foi incorporada pela equipe em seu cotidiano.

Também se destaca, novamente, a importância da congruência das informações coletadas pelos diversos atores envolvidos nos processos. É possível constatar que existe uma demanda por ferramentas tecnológicas que reúnam as diversas informações coletadas e as disponibilizem em uma única plataforma, de acesso geral, para que, assim, seja possível não só ter-se acesso aos dados de outras áreas, como também visualizar-se o andamento do trabalho na organização como um todo. Encontra-se suporte a esta afirmativa quando se considera que:

> Olha, eu *acho que* é necessário ter uma ferramenta que consiga mostrar o cenário do hospital como um todo [...], *acho que* não temos hoje aqui algo desse tipo, e isso faz falta porque se perde a visão do todo, cada um acaba só tendo acesso àquilo que ele mesmo colocou lá, e isso é válido enquanto registro, mas essa é uma informação que ele já tem [...]. O interessante é poder juntar as informações da enfermagem, com as da epidemiologia, com as da área de saúde ocupacional [...] quem sabe um problema de surto de infecção não possa ser resolvido com uma boa campanha sobre higiene e segurança? [...] as possibilidades são inúmeras, mas esse não é o tipo de informação que chega aqui, então insisto que essa coisa da convergência é fundamental [...] (Profissional de Comunicação – Hospital B)

> O que eu vejo como fundamental é o maior diálogo entre médicos e gestores [...] e isso pode ser facilitado pelas tecnologias. O ideal é que essas ferramentas consigam agrupar todos esses dados coletados pela

> assistência e pelo administrativo para com isso traçar um perfil do nosso trabalho [...], e os sistemas que operamos hoje não dialogam entre si, embora às vezes sejam alimentados com os mesmos dados, só que cada um é *pra* uma finalidade específica e então ficamos sem esse *feedback* geral [...]. Isso demanda trabalho em conjunto, definição de indicadores comuns [...] então é bem como você (o pesquisador) colocou, realmente é um desafio muito grande colocar esses profissionais lado a lado para pensar *isso* por um viés único (Coordenador do NHE – Hospital C).

Assim, é possível notar que, é desejável que os Sistemas de Informação possam convergir suas informações, de forma a apresentar, a todos os funcionários, indicadores que revelem como o trabalho tem se refletido na assistência. Essa técnica possibilita rápidas soluções aos problemas, a partir do compartilhamento dos dados e da consciência da complementaridade dos saberes para a otimização de tarefas envolvidas no cuidado. E também mais uma vez percebe-se a importância do diálogo entre equipes assistenciais e administrativas para a definição daquilo que é realmente importante ser divulgado, bem como para que se identifique como cada área pode contribuir para a melhoria dos serviços prestados − sempre com base nas informações disponibilizadas pelas ferramentas tecnológicas e pelos demais processos de comunicação que ocorrem no interior dos hospitais.

Desta forma, busca-se, agora, aferir se as organizações estudadas adotam alguma estratégia de comunicação específica que vise integrar o processo assistencial ao administrativo, de modo a favorecer a interação de tais profissionais e, com isso, a fluidez das informações de uma maneira geral por toda a organização.

5.2 CATEGORIA DE ANÁLISE 02: EXISTÊNCIA DE UMA ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ORIENTADA À INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS

A codificação do material bruto (transcrições das entrevistas) revelou referências incipientes a esta categoria de análise. De forma direta, apenas dois sujeitos na amostra se posicionaram em relação às estratégias de comunicação que visem à convergência de informações entre a equipe multiprofissional, indicando sempre que até então não existem tais iniciativas implementadas em suas organizações:

> Realmente é algo que não tem estado em nossa pauta, vou te dizer por que [...] temos uma demanda muito grande em comunicação externa, são os pacientes e toda a parte da filantropia, da obra assistencial, que é amplamente divulgada [...] em comunicação interna temos todas essas tarefas ligadas às normas, segurança, e as demandas do RH, ouvidoria, Qualidade [...]. Aqui (setor de Comunicação) somos só eu e mais um assistente, é humanamente impossível [...], mas, na verdade, como temos também toda essa dificuldade que já discutimos (da interação entre as equipes), reconheço que uma estratégia, um plano de ações, algo estruturado, é uma coisa que não *tá* na nossa pauta por todos esses fatores [...], mas é claro que isso não diminui a importância desta vertente da comunicação aqui no hospital, é fundamental, como já disse, mas é algo que infelizmente não temos como operacionalizar no curto prazo (Profissional de Comunicação – Hospital D).

> A gente também *tá* construindo isso junto (Comunicação e resto da equipe), porque todos os planos de comunicação não estavam focados nisso não (na integração). Estamos no início, pensando as diretrizes básicas, não dá *pra* dizer que é uma realidade [...]. Essa coisa de pensar e fazer essa interligação entre os serviços, principalmente usando a Tecnologia da Informação, não existia como plano de ação da assessoria de comunicação. Com o processo de Acreditação Hospitalar, essa necessidade está se tornando mais evidente e a gente, agora, é que está partindo para construir um plano de comunicação que envolva essas questões, entendeu? (Profissional de Comunicação – Hospital C)

Esta última ponderação reforça que as exigências impostas pelas metodologias de Acreditação Hospitalar atuam positivamente ao pressuporem um ambiente informacional e comunicacional bem estruturado − como condição primeira para a padronização dos processos − que leva à certificação. Assim, entende-se que, em hospitais acreditados, a comunicação entre as equipes assistenciais e administrativas deva fluir de forma satisfatória. Como não existem hospitais acreditados na amostra, não há como verificar tal inferência.

As observações realizadas no campo permitem afirmar que um grande impedimento à construção de estratégias comunicacionais que objetivem integrar tais equipes é justamente a estrutura e a rotina dos departamentos de comunicação dos hospitais estudados. Tais setores contam sempre com equipe reduzida (máximo de quatro funcionários no Hospital C, sendo que o profissional do Hospital A trabalha sozinho) e baixos orçamentos (à exceção do Hospital B que, por realizar também campanhas voltadas para o mercado, destina uma verba maior para custear as veiculações em mídias de massa).

Deste modo, tais profissionais não contam com recursos financeiros nem humanos para operacionalizar ações que demandem a mobilização de tantos atores no ambiente organizacional, ficando, assim, atados às demandas indispensáveis,

predominantemente relacionadas a atividades de assessoria de imprensa e a ações pontuais de *endomarketing*. Logo, percebe-se que a Comunicação Administrativa não é uma vertente da Comunicação Organizacional observada por estes profissionais como uma tarefa também a ser cumprida, que necessitasse ser considerada na adequação de prioridades das pautas desses setores, uma vez que as relações que ajudam a criá-las e mantê-las revelam-se como indispensáveis ao modelo desejado de gestão das organizações hospitalares.

Em referência indireta à necessidade de formulação destas estratégias, a direção do Hospital A nos traz que:

> Eu volto a bater na mesma tecla, que é a da necessidade desse diálogo (entre médicos e gestores). *Eu acho* que esse envolvimento não vai ser espontâneo, ninguém vai acordar um belo dia decidido a se comunicar melhor. Então seria interessante que o gestor tivesse isso amarrado ao seu planejamento, uma espécie de *check-list* de comunicação [...] para orientar os profissionais sobre como se comunicar, com quem e para que. Isso tem que ser estruturado, porque se não esse encontro não vai acontecer nunca [...]. Nunca tinha parado *pra* pensar sobre isso, *taí* uma coisa que eu vou querer discutir na próxima reunião de planejamento, porque esse "norte" é uma coisa que eu *acho* que faz falta aqui no hospital.

Portanto, percebe-se que os gestores ainda não possuem um claro entendimento da importância de estruturarem-se adequadamente os departamentos de comunicação dos hospitais, para que estes possam atuar como núcleos de articulação, entre as equipes assistenciais e administrativas. Todavia, são passíveis de sensibilização perante estas demandas, já que possuem o entendimento da importância desta comunicação − o que pode ser o primeiro passo na consolidação de tais estratégias. Em outros momentos, na presente análise, também ficará clara a importância do envolvimento da alta gestão para as questões aqui observadas.

Quando se fala em "estratégia de comunicação em saúde", no âmbito interno, as respostas dos profissionais de comunicação dos hospitais estudados indicam sempre uma orientação ao trabalho com murais e boletins informativos (impressos e digitais), com os objetivos de cumprimento de uma agenda institucional da organização, divulgando notícias e atos administrativos de interesse geral, e de divulgar normas de segurança e assuntos relacionados à qualidade, conforme sintetiza a profissional de comunicação do Hospital A:

> Eu acredito que se pode chamar de uma comunicação estratégica, inteligente, em saúde a comunicação que dê ao público interno informações

> claras, objetivas e coerentes em relação ao trabalho desenvolvido, apontando os profissionais que se destacaram [...] que facilite a compreensão da burocracia da máquina pública [...] e que haja na conscientização da equipe para os procedimentos de segurança e as normas de higiene [...]. Para *isso temos aí* nossos murais, os boletins, as *news-letters*, que eu *acho que* têm cumprido esse papel [...].

Já entre os entrevistados ligados à área de saúde (diretores e coordenadores dos NHEs), as percepções sobre as estratégias comunicacionais remeteram aos Sistemas de Informação em Saúde, notadamente ao Prontuário Eletrônico, reiterando não só a importância das TICs para a comunicação neste setor, como também o entendimento de que os dados sobre a assistência precisam circular entre a equipe:

> Hoje em dia temos que orientar essa nossa comunicação pela tecnologia, não tem jeito [...] hoje em dia o Prontuário Eletrônico é uma realidade, temos vários pontos de acesso em todas as enfermarias [...] e temos também vários sistemas, como esse de vocês (o SIG da Rede InovarH), que são muitos bons porque agrupam muitas informações que são muito boas *pra* todo o andamento do serviço, você fica sabendo quanto tem de infecção, de partos, de óbitos [...] e isso facilita o trabalho da enfermeira, do médico, da qualidade [...]. É por isso que o hospital tem que pensar na tecnologia na hora de estruturar sua comunicação, porque hoje em dia tudo gira em torno dessas tecnologias aqui dentro (Diretor – Hospital D).

Percebe-se, entretanto, que em ambas as abordagens não se apresentam considerações sobre a integração dos dados da assistência com os da gestão. Por um lado, os Sistemas de Informação da área assistencial, de uma forma geral, principalmente o Prontuário Eletrônico, não atingem as esferas administrativas, por outro, as informações − disponibilizadas nos meios cujo alcance engloba ambas as esferas − não são percebidas como de grande relevância pela equipe médica, justamente por sua natureza genérica. Desta forma, é possível afirmar que os hospitais estudados carecem de estratégias e canais de comunicação que realmente orientem e normatizem os fluxos de informações entre os atores que movimentam os processos produtivos hospitalares.

Nesse sentido, mais uma vez observa-se que as TICs ainda são vistas como “possíveis” aliadas na interação entre os processos, facilitando a operacionalização das estratégias que possam ser adotadas. Como se vê, o SIG da Rede InovarH é percebido ainda como uma possível alternativa a este cenário informacional bipolarizado conforme se apresenta:

> É importante integrar os dados, as informações, isso ajudaria muito, mas ainda não temos a tecnologia certa [...] esses Sistemas de Informação que nós operamos aqui só tem mais informações da assistência, não vejo muita relevância administrativa significativa em parte razoável delas [...] e, veja bem, estou à frente desta equipe (NHE), que dialoga diretamente com ambas as áreas, então digo isso de cátedra. Talvez essa ferramenta que você (o pesquisador) está me falando (o SIG da Rede InovarH) possa atuar nesse sentido [...], mas *pra* eu preciso primeiro ver quais são esses indicadores, tenho que me familiarizar [...] mas tudo indica que sim (Coordenador do NHE – Hospital C).

Uma vez que se entende que o SIG da Rede InovarH é uma ferramenta que busca justamente a coleta de indicadores assistenciais e administrativos − com vistas à apresentação do panorama geral de operação dos hospitais e com a possibilidade da comparação dos resultados entre as outras organizações que compõem a Rede InovarH, facilitando a identificação de boas práticas gerenciais e médicas que influenciam diretamente na qualidade da assistência − é necessário compreender o porquê do distanciamento dos hospitais em relação a este instrumento que, aparentemente, viria suprir justamente essas lacunas na interação entre a equipe multidisciplinar, que já está disponível, há bastante tempo, para aplicação nestas organizações. A esta discussão dedica-se a análise subsequente da categoria.

5.3 CATEGORIA DE ANÁLISE 03: ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES À ADOÇÃO DO SIG

Dada à tamanha distância percebida entre os profissionais do setor de saúde e as TICs, as abordagens nesta Categoria visam à compreensão dos fatores humanos e organizacionais que facilitam e/ou dificultam a incorporação do SIG à rotina dos hospitais estudados. De tal modo, buscou-se averiguar o conhecimento dos sujeitos sobre a Rede InovarH e sobre o SIG, no intuito de levantar percepções referentes ao seu grau de envolvimento com a organização e seu Sistema: de forma a possibilitar a identificação das falhas e lacunas que contribuíram para o quadro atual de esvaziamento do Sistema e para o distanciamento entre os hospitais da Rede. Ao mesmo tempo, também se buscou observar se a resistência do profissional da área médica às TICs, registrada pela literatura e adotada como

premissa nessa pesquisa, se verifica realmente no campo e, em que medida, tal oposição implicaria a adoção do SIG pelos hospitais.

5.3.1 Nível de Conhecimento sobre a Rede InovarH

Grande parte dos entrevistados respondeu positivamente quando perguntados se conheciam a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH), sendo que apenas dois sujeitos (o diretor do Hospital B e o coordenador do NHE do Hospital C) declararam nunca ter ouvido ao menos falar da Rede. Chama a atenção o fato do Hospital B ser o segundo que mais alimentou o Sistema desde sua implantação na unidade e, mesmo assim, seu principal gestor não tem conhecimento sobre o significado da Rede e quais as suas finalidades.

Entretanto, o entendimento que os profissionais de comunicação declaram ter sobre a Rede se revela parcial e limitado, proveniente de referências feitas principalmente às atividades acadêmicas da Rede, notadamente o curso de Especialização em Gestão Hospitalar, promovido em parceria com a Escola de Administração da UFBA e com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Esta assertiva baseia-se em:

> O meu entendimento é pouco, porque eu não tenho tanto acesso. Mas eu sei que vocês (Rede InovarH) têm a parceria aqui com o Hospital, que tem também a Pós-graduação em Gestão Hospitalar [...] e aqui nós temos vários colegas que fazem e eu vejo que eles estão se qualificando [...] tudo que eles aprendem lá eles estão vindo aplicar aqui. Eu *acho que* esse ambiente que a rede favorece é bem interessante, porque é uma iniciativa para qualificação dos profissionais da saúde conduzida por profissionais da saúde [...] e levando a dificuldade daqui para sala de aula, eles acabam trazendo outras soluções de como estar administrando os problemas (Profissional de Comunicação – Hospital A).

> Eu vou ser bem sincera, eu acesso muito pouco (o portal da Rede). Eu acessei logo quando iniciou (a participação do Hospital na Rede) e percebia que faltavam notícias realmente “frescas” sobre os outros hospitais, então eu senti a falta de novidades, de informações mais atualizadas [...] não sei como é que *tá* agora [...]. Aqui eu nunca soube de que forma o hospital estava interligado, como era essa parceria com vocês (Rede InovarH). Sempre soube que o hospital estava na Rede, que tem a questão das palestras e da Especialização, porque muita gente aqui faz ou já fez [...] mas nunca soube quem é que administrava (a Rede), de que forma, por que, quais são os objetivos. *Isso* eu não tinha conhecimento até o dia de hoje, entendeu? (Profissional de Comunicação – Hospital C).

> Conheço a Rede InovarH, sim, já fui convidada por eles para dar uma palestra sobre Balanço Social lá na Escola da Administração [...] acho muito importante essas atividades de qualificação, *a gente* sempre recebe aqui os cursos *pra* divulgar, tanto a Especialização em Gestão Hospitalar quanto os *workshops*, as palestras [...]. Agora, o que é novidade *pra* mim é essa questão do Sistema (SIG), eu não sabia que existia essa contrapartida, vamos dizer assim [...] *pra* mim, por se tratar de algo ligado à UFBA e por nós também sermos um hospital de ensino, *achava que* era realmente mais algo ligado ao ensino, à qualificação profissional (Profissional de Comunicação – Hospital D).

Desta forma, entende-se que o viés colaborativo da Rede é ignorado por boa parte da população com a qual a organização se relaciona, o que pode influenciar negativamente na manutenção das relações que levam à manutenção da operação do SIG no longo prazo. As percepções sobre tais atividades revelam-se evidentes entre os diretores dos hospitais estudados que conhecem a Rede.

Estes atores demonstraram conhecimento maior sobre as atividades da Rede, muito se devendo ao envolvimento que cada um destes sujeitos mantém com a Rede InovarH em atividades alheias ao exercício de suas funções na gestão dos hospitais estudados. O Diretor do Hospital A, o que mais alimenta o sistema, é ex-aluno da Pós-Graduação em Gestão Hospitalar, e entusiasta do SIG, pelo seu envolvimento com a estruturação do Sistema no decorrer do curso; o Diretor do Hospital também mantém relações colaborativas com a Rede, desde sua criação, sendo também professor da referida Especialização; e o Diretor do Hospital D tem assento no Comitê Gestor da Rede – o que se apresenta como um paradoxo ao fato deste hospital ser o único na amostra que nunca realizou nenhuma entrada no sistema, o que será discutido em profundidade adiante.

Entre esses entrevistados já se observa maior conhecimento não só sobre as atividades de pesquisa e ensino desenvolvidas pela Rede, como também das articulações institucionais que são viabilizadas pela organização com vistas à cooperação técnica e científica, e dos esforços voltados à identificação e divulgação de boas práticas gerenciais. Ao mesmo tempo, se reconhece que o envolvimento dos Hospitais com a Rede não produz os impactos desejados na gestão das organizações, pois este relacionamento ainda é incipiente, conforme é possível constatar em:

> [...] o trabalho que a Rede faz é excelente, só que muitas vezes as pessoas não têm consciência dessa importância, e então não dão o apoio necessário

> que a Rede precisa, porque a Rede não pode funcionar sozinha [...]. Então, se deixar, (a Rede) cai no esquecimento. As pessoas não vão buscar a Rede, mas também observo que a Rede não vai até os hospitais, não tem um acompanhamento, e isso é um aspecto a ser trabalhado [...]. A proposta em comunicação da Rede é muito boa, mas falta adesão por parte dos hospitais parceiros (Diretor – Hospital D)

> Eu *acho que* nós utilizamos pouco daquilo que a InovarH pode dar pra gente. Eu sei que a InovarH é uma Rede que tem vários pesquisadores que podem ajudar *o norteamento* dos trabalhos dentro das unidades hospitalares [...] mas nós ainda utilizamos pouco ou quase nada dessa Rede. Então eu *acho que* só alimentar os indicadores é pouco, temos que partir *pra* uma troca mais profunda, ver como esse nosso trabalho pode ser melhorado com a ajuda de outros parceiros [...] e como a InovarH pode nos ajudar nisso? (Coordenador do NHE – Hospital A)

> *Me* parece que a relação da Rede InovarH com todos esses atores precisa evoluir [...] o tempo passou, muitas pessoas deixaram seus cargos, e não foi feita uma sustentação, todo esse efetivo novo que nós temos aqui não deve conhecer a Rede, *eu acho* [...] o que é uma pena, pois tenho consciência da grande parceria que estamos deixando de lado (Diretor – Hospital A).

Desta forma, se evidencia que, por sua vez, a Rede InovarH não mantém um relacionamento contínuo com as organizações que lhe são aderentes, o que se revela como numa das razões do esvaziamento do Sistema, já que considerável parte dos colaboradores, de uma maneira geral, não conhecem os propósitos e atribuições da Rede, logo, podem não conhecer seu Sistema e suas funcionalidades.

Portanto, o que se pode inferir é que a percepção que se tem da Rede InovarH, no âmbito dos Hospitais estudados é, em boa medida, segmentada, o que impossibilita que os atores envolvam-se em profundidade, devido ao desconhecimento dos benefícios que poderiam resultar desta relação. Esta ausência perante os hospitais enfraquece o poder de atuação da Rede, e pode comprometer a retomada das atividades junto às organizações mais distantes.

Assim, avance-se na análise, procedendo à discussão sobre as percepções acerca do Sistema de Informações Gerenciais da Rede InovarH, onde se busca examinar, além do grau de conhecimento a seu respeito, as razões da sua não utilização ou da falta de alimentação dos indicadores em sua totalidade.

5.3.2 Nível de Conhecimento sobre o SIG

As abordagens ao campo revelam que, embora a Rede InovarH seja uma organização bastante lembrada, não se percebe a mesma quantidade de referências ao seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG). Apenas os diretores dos Hospitais A, C e D e o coordenador do NHE do Hospital A afirmaram conhecer o SIG, porém, exceto os atores do Hospital A, os demais afirmaram também não utilizá-lo com o sistema.

Entre os profissionais de comunicação, o desconhecimento foi total. Todavia, uma vez apresentada a ferramenta, percebe-se que grande interesse foi despertado entre estes sujeitos, conforme se observa em:

> [...] (o SIG) é interessante por que informação, conhecimento é sempre importante, e para nós, da comunicação, é um pouco mais [...] então *a gente* sabendo *das coisas* pode ajudar divulgando [...] dessa maneira vamos poder incentivar a equipe para a correção dos erros. [...]. Então *acho* interessante porque *a gente* pode *estar ajudando* a passar essas informações para os coordenadores das equipes, pensando nos meios, nas técnicas, *pra* que a informação não se perca. Agora a questão do manejo não é interessante, eu *acho que* o interessante é ter os dados em mãos, não alimentar (o SIG), não faz parte das nossas funções [...] (Profissional de Comunicação – Hospital A).

> [...] olha como são as coisas, todo esse tempo esse sistema sendo alimentado com esse tipo de informação aqui, e eu não tinha o menor conhecimento [...] o que mais me chamou a atenção é o perfil dos indicadores, porque vocês (Rede InovarH) têm aqui informações não só da assistência, como até de mercado [...] o que, até onde eu sei, nenhum outro sistema oferece, ainda mais com a possibilidade de *benchmarking*, que mesmo sendo anônimo já é uma grande ajuda [...] é uma pena que estejamos passando por este momento (a saída do profissional que gerenciava o SIG na organização) porque isso não pode se perder, e tem que haver sim um diálogo com a comunicação, *pra gente* poder ajudar os diretores sobre como *estar divulgando* essas informações (Profissional de Comunicação – Hospital B) .

O maior grau de conhecimento sobre a ferramenta foi verificado no Hospital A, onde o SIG é alimentado regularmente e na maior quantidade de indicadores, entre a direção e o NHE. Este hospital adotou, por iniciativa própria, um modelo diferenciado de coleta e alimentação dos dados, para que mais sujeitos se envolvessem no processo. Esta iniciativa se mostrou muito bem-sucedida, ao passo

que este é o único hospital, atualmente, no qual o SIG é utilizado de modo adequado, e suas informações utilizadas no apoio decisório dos gestores.

Neste modelo, os líderes de todas as áreas coletam os dados junto às suas equipes, e têm um prazo para enviar estes indicadores tabulados para o Coordenador do NHE, que alimenta o SIG, gera os relatórios e os entrega à Diretoria de Qualidade, para análise e discussão junto aos demais diretores, conforme explica o coordenador do NHE deste hospital:

> A pessoa que lida diretamente com o sistema (SIG) sou eu, mas todo mundo aqui conhece e sabe operar (o SIG), mas deixamos isso com uma pessoa só *pras* coisas não se perderem [...] então cada setor passa *pra* mim mensalmente os valores dos indicadores, estabelecemos até o dia dez para que cada setor passe suas informações do mês anterior [...]. A coleta deles é feita através das admissões na emergência, dos leitos diários das enfermarias, das cirurgias feitas nos centros cirúrgicos, dados do CTIH, do ambulatório, RH, contas médicas, são vários serviços que passam as informações para alimentar o sistema [...]. Dentro desses setores tem sempre uma pessoa que está ciente da existência do SIG, assim, ligando o nome ao sistema. Geralmente só o coordenador, que é quem coleta essas informações, o resto das equipes não conhece a ferramenta.

Desta forma, percebe-se que mesmo no hospital no qual o SIG mobiliza a maior quantidade de atores, o conhecimento sobre a ferramenta vai a um nível organizacional maior em relação àqueles que se envolvem diretamente com ela, mas ainda não atingiu o efetivo em grande parte. Comportamento similar pôde ser observado no Hospital B, mesmo não sendo possível entrevistar a Coordenadora do NHE, devido à sua então recente demissão. Os próprios colaboradores do setor desconheciam o Sistema, fato que, inclusive, dificultou o acesso do pesquisador, o que denota que o manuseio do SIG ficava restrito a um único profissional, que não dava ciência aos seus pares sobre a ferramenta e suas possibilidades.

As contribuições dos sujeitos entrevistados no Hospital C indicam possíveis causas do fraco entendimento sobre o SIG na organização em que trabalham:

> [...] eu sei que Dr. Y (diretor do hospital) é envolvido com a Rede, mas não teria tempo, nem disponibilidade (de atuar como multiplicador), dada à demanda que existe no hospital [...]. Por outro lado, o NHE também não tem esse perfil, *eu acho* [...] vocês (Rede InovarH) lidam com muitos indicadores que não sei se é da competência deles [...], no caso, eu não sei como foi esse acordo, essa parceria (adesão do Hospital à Rede InovarH), mas será que a comunicação foi bem clara nesse momento? Deixando no momento desse convênio a importância dessa alimentação (do SIG), o que é que isso vai trazer *pra* instituição, isso não ficou claro, ou ficou claro para um e não ficou claro *pro* outro [...] então *acho que* falta vocês (Rede InovarH) virem aqui e esclarecer, informar as pessoas, retomar o contato, e nós (setor de

> comunicação) podemos ajudar nisso [...] (Profissional de Comunicação – Hospital C).

> [...] (o SIG) nunca chegou até aqui, e eu já tenho quase três anos à frente desse setor (NHE) [...]. Algum de vocês já ouviu falar? (dirige a pergunta a seus colaboradores, e a resposta é negativa). Então tem algo estranho, já que, como você (o pesquisador) mesmo me disse, seria responsabilidade nossa cuidar desse sistema [...] mas nunca ouvimos falar. Acredito em alguma falha de comunicação por parte de vocês (Rede InovarH) [...] (Coordenador do NHE – Hospital C)

Assim, observa-se uma possível falha da Rede InovarH no momento de promover o SIG no âmbito dos hospitais quando da adesão destes à Rede, no sentido de sensibilizar mais parceiros para esta tarefa, para que o SIG não caísse no esquecimento à primeira baixa profissional na equipe. Quando novamente expostos a uma apresentação da Rede e do SIG, por ocasião das entrevistas, verifica-se que externam o desejo de uma reaproximação entre estas organizações e a Rede, fortalecendo não só os vínculos institucionais, como também promovendo uma nova rodada de debates sobre o SIG e seus propósitos, incluindo treinamentos para sua operacionalização.

Reafirmando este entendimento, e apresentando novas razões para a não utilização do SIG, a profissional de comunicação do Hospital D afirma que:

> [...] então este é um desafio que se coloca *pra* vocês (Rede InovarH), voltarem ao Hospital, falarem mais de si, dizer que já estão aqui há tantos anos e que têm um produto bacana (o SIG) para oferecer, que é *pra* melhoria do nosso próprio trabalho, e fazer uma atualização do pessoal, uns treinamentos [...] primeiro, aqui por ser uma organização filantrópica, do SUS, sempre existiu uma dificuldade muito grande de atualizar essa parte tecnológica, falando da parte de estrutura de tecnologia, de suporte, máquinas, sistemas, enfim. Esse é um lado, mas entra também o lado humano, da responsabilidade, o que eu suponho é que por alguma de mudança de gestão a responsabilidade sobre o gerenciamento do sistema se perdeu [...] então mais uma vez eu digo que talvez seja a hora de vocês voltarem aqui.

Além de corroborar com a percepção de que se deseja entre as organizações estudadas, após essa nova sensibilização, uma reaproximação com a Rede InovarH e com o SIG, a contribuição deste entrevistado fortalece, ainda, o entendimento, já registrado, de que a intensa mobilidade dos profissionais de saúde e as constantes mudanças na gestão destas organizações influencia negativamente a utilização do sistema − já que a capacitação dos profissionais para a utilização do SIG, e a sensibilização destas equipe, não é contínua.

Uma vez que tanto o diretor desta organização (Hospital D), como o diretor do Hospital B, que também não alimenta o SIG, mantêm envolvimento com a Rede e são entusiastas tanto dos propósitos da Rede em si quanto do SIG, é possível afirmar que o engajamento da alta gestão não é o suficiente para divulgar a ferramenta na organização, e conscientizar a equipe sobre a importância de sua utilização. Revela-se indispensável uma atuação conjunta da Rede InovarH, que recebendo o reconhecimento e o respaldo da direção, conseguirá atrair a atenção dos colaboradores e, assim, promover uma maior adesão das equipes às tarefas ligadas à coleta, alimentação e divulgação dos indicadores do SIG, no ambiente das organizações onde atuam.

A contribuição do Profissional de Comunicação do Hospital D assinala, ainda, e existência de entraves de natureza tecnológica à incorporação do SIG à rotina dos hospitais. Conforme as outras organizações da amostra, também foi possível observar, no universo dos hospitais estudados, que a estrutura tecnológica, e em especial a estrutura e os ambientes informacionais, são bastante precários e carecem de grande injeção de recursos financeiros e, principalmente, qualificação e treinamento dos funcionários, de forma a torná-los aptos ao manuseio de tais ferramentas.

De acordo com o Coordenador do NHE do Hospital C:

> No administrativo temos uma quantidade razoável de máquinas (computadores), mas na assistência nem tanto, *é mais* nas enfermarias [...] então essa já é uma barreira muito grande. Aqui (NHE), nós recebemos treinamento para lidar com os sistemas, mas muitas vezes nós é que temos que passar *isso pros* médicos, porque esses treinamentos não chegam até eles [...] a não ser, claro, os treinamentos para operar equipamentos e sistemas de diagnóstico [...] ferramentas que digam respeito diretamente ao trabalho deles.

Podemos também verificar o mesmo entendimento em:

> Eu não sei se você (o pesquisador) está estudando também outros hospitais do SUS [...] mas se estiver eu *acho que* você vai ver que ainda existe uma carência muito grande de Tecnologia da Informação nesses hospitais, pelo menos aqui em Salvador que é o mercado que eu conheço [...] faltam computadores *pras* pessoas, infelizmente não há verba para aparelhar os hospitais nesse aspecto [...] e não é *factoide* da imprensa, ou de político de oposição: existe, sim, grande quantidade de equipamentos que são desperdiçados por falta de mão de obra qualificada [...] essa qualificação demora tanto *pra* chegar que, quando chega, se chega, a tecnologia já está datada [...] (Profissional de Comunicação – Hospital A).

Também foram objeto de investigação no campo as razões da falta de alimentação do número total de indicadores solicitados pelo SIG nos hospitais cuja alimentação era mais frequente. No Hospital A, destaque na amostra, tal abordagem causou certo estranhamento tanto na direção quanto no NHE, uma vez que se acreditava que os indicadores estavam sendo alimentados. Após análise e conferência de alguns relatórios pela equipe do NHE, constatou-se que alguns indicadores da categoria “Gerais de Desempenho” repetem-se na categoria “Específicos de Desempenho”, conforme se comprova em:

> Primeiro *a gente* precisa saber quais são os dados que não estão sendo alimentados, para saber se *a gente* produz esses dados ou não [...]. Por que todos os que nós produzimos estão lançados aqui. *Deixa eu* pegar essas tabelas aqui (busca pastas com relatórios gerenciais impressos do SIG e os discute brevemente com a equipe) [...]. Então, veja só, o que nós podemos te dizer, assim, rapidamente, é que existem alguns indicadores que se repetem [...] e não alimentamos duas vezes o mesmo dado, talvez por isso estejam aparecendo essas lacunas aí *pra* vocês [...] mas de qualquer forma vamos estar mais atentos a isso, mas acredito que seja esse o motivo, porque tudo que temos é posto lá (no SIG).

Mesmo não sendo possível aferir junto ao profissional responsável pelo SIG no Hospital B as razões de boa parte dos indicadores não serem alimentados no Sistema nesta organização, o fato de o SIG ser totalmente desconhecido pelos profissionais do NHE indica que este era um trabalho levado a cabo somente pela então coordenadora. Deste modo, possivelmente esta profissional não conseguia articular todas as informações necessárias à completude dos dados, e o acúmulo de tarefas sob sua responsabilidade a impedia de dedicar mais tempo à coleta desses indicadores.

Dado a todas as dificuldades verificadas no campo − à utilização não só do SIG, como de ferramentas tecnológicas de uma forma geral − buscou-se também verificar em que medida a postura do profissional de saúde, perante as TICs e às atividades de comunicação como um todo, também se constitui em um entrave a tais ferramentas e processos. A esta discussão dedica-se a análise do eixo temático a seguir.

5.3.3 Postura do Profissional da saúde frente à Comunicação e às TICs

De forma a verificar, no campo, se as premissas observadas na literatura, que registram que o profissional da área médica é mais resistente à incorporação de ferramentas tecnológicas às suas rotinas, esta pesquisa buscou junto aos atores mobilizados suas percepções acerca de tal entendimento. Os resultados destas abordagens revelam que, em boa medida, os sujeitos entrevistados confirmam que este posicionamento de fato ainda sobrevive nos serviços de saúde, na atualidade, embora se mostrem otimistas quanto a uma mudança de comportamento a médio / longo prazo:

> [...] então acredito que se trata de mais um embate entre a geração antiga *versus* a nova geração de profissionais [...] porque, de fato, os médicos das gerações antigas, que hoje estão com cinquenta / sessenta anos ou mais têm uma maior dificuldade de lidar com a informática de uma maneira geral porque trabalharam assim toda a vida (sem as TICs), e hoje muitos ainda não entendem a importância destes recursos [...] já essa nova geração que temos hoje, na casa dos trinta anos, nasceu e se criou junto a computadores, vídeo games, e já trazem consigo essa familiaridade com a tecnologia desde a infância [...] mas as perspectivas nesse sentido são promissoras, acredito que num futuro próximo, *isso* (as TICs) *é algo* que estará totalmente incorporado (Diretor – Hospital C).

> Esse quesito realmente já foi pior, hoje já está bem melhor, mas eu acredito que ainda vai levar algum tempo para acabar essa restrição do médico (em relação às TICs). Então temos que analisar esse aspecto por dois lados: Por um lado, o médico muitas vezes não sabe manejar a tecnologia, porque não foi educado para isso [...]. Por outro lado, muitas vezes simplesmente não quer perder tempo, ele quer realmente fazer aquele rabisco que ele *dá lá* no prontuário. *Acho que* tudo isso influencia. Vejo que os médicos mais jovens são mais receptivos (às TICs), enquanto os que já têm mais tempo de serviço são mais refratários, o que é muito natural (Diretor – Hospital D).

> [...] na área de saúde, principalmente no serviço público, tem um pessoal mais antigo que é resistente à tecnologia, que encara um Sistema como apenas mais um conjunto de dados *pra* alimentar [...] então, como ele não teve essa instrução na Academia, isso gera uma resistência [...]. Havia também o mito de que a tecnologia tirava o emprego das pessoas, o que se observava mais até no administrativo, mas isso é algo que hoje em dia já não tem mais força [...]. Hoje temos mais profissionais novos chegando, tanto médicos como enfermeiras, e *eles já preferem muito mais* usar de recursos tecnológicos do que recorrer ao papel [...]. Então muitos médicos hoje preferem até utilizar o *Word*[17] para prescrever o medicamento, carimbar e assinar, do que fazer esse receituário *pra* mão, podendo o farmacêutico não conseguir ler o que estava escrito (Coordenador do NHE – Hospital A).

[17] *Software* de edição de textos criado e distribuído pela empresa Microsoft.

Visivelmente percebe-se que os profissionais da assistência com idade mais avançada mostram-se mais resistentes às TICs do que os mais jovens, o que manifesta que tais profissionais não acompanharam o andamento da evolução tecnológica, indispensável à modernização dos processos hospitalares. As abordagens também promoveram a aferição de que a opinião dos entrevistados sobre o tema remete a certa acomodação do médico em suas rotinas de atendimento, o que os levaria a entender as TICs apenas como mais um trabalho a ser realizado, sem a compreensão da importância destas ferramentas para todo o serviço, conforme se pode verificar em:

> [...] já ouvi até médico dizer que era mais feliz no tempo do prontuário de papel [...], na verdade, eles (os médicos) que me desculpem, mas o que parece é que *eles não gostam de se dar ao trabalho, sabe*? [...] não percebo o entendimento de que a tecnologia hoje já é parte do processo, que é fundamental para o bom funcionamento do hospital [...]. Então funciona assim: o médico chega *pro* plantão, tem que percorrer, *sei lá*, dez ou quinze leitos, mais uma emergência, uma coisa e outra [...] então ele entende que o seu trabalho é assistir esses pacientes [...] o prontuário eletrônico, por exemplo, me parece ser relativamente complexo, se você preencher algo errado, ou não preencher, dá erro e você (o usuário) tem que voltar e refazer o processo [...] os médicos mais antigos estão acostumados a botar qualquer *garrancho* no prontuário *e quem quiser que se vire* [...] os mais novos já pensam diferente, mas os mais velhos veem essas coisas como uma perda de tempo, *no qual* eles poderiam estar atendendo mais pessoas (Profissional de Comunicação – Hospital B).

> Volto a dizer que nós precisamos melhorar muito a questão da gestão de informações dentro das unidades, e para isso precisamos do apoio fundamental do médico, que é quem viabiliza essas informações [...]. Agora estamos aqui com um grupo muito bom de profissionais recém-saídos da Pós de vocês (Especialização em Gestão Hospitalar Rede InovarH/UFBA), onde me parece que se discute muito a questão da tecnologia no auxílio à assistência, não é? [...]. Então esse choque com a tecnologia tem ajudado muito a fazer os profissionais perderem certos vícios no trabalho [...] que os distanciam da informática, dos sistemas, porque hoje eu não vejo tecnologia dissociada da gestão dos hospitais (Diretor – Hospital A).

Assim, percebe-se que a formação continuada e a constante atualização do conhecimento também atuam da diminuição da distância entre os médicos e as TICs, colaborando não só com o SIG, mas com todas as ferramentas tecnológicas presentes nos hospitais de uma forma geral. Mais uma vez é possível, também, avaliar a importância da sensibilização destes atores também em relação ao SIG, uma vez que, conforme defendem os entrevistados, mesmo os colaboradores mais

antigos podem ceder aos apelos da tecnologia, desde que sensibilizados e motivados, conforme nos traz a direção do Hospital D:

> No momento em que ele (o médico) for sensibilizado, e que ele tiver noção de que, realmente, é uma ferramentas boa *pra* ele (o SIG), acho que eles irão adotar [...]. Eu *acho que* é tudo uma questão de valor percebido [...]. Também não nos resta dúvida de que o médico sofre influência direta da gestão, tanto que é a gestão que cria um mecanismo de sensibilização, cria os meios adequados para a implantação dos sistemas. Tem ainda também essa indecisão, essa questão (das TICs) ainda é muito discutida [...] uns dizem que é uma coisa boa, outros dizem que não é, que é apenas mais um trabalho. Acho que uma facilidade, uma aproximação, pode acontecer quando o médico passar realmente a perceber alguma influência direta desses sistemas todos no seu trabalho do dia a dia [...] à medida que ele vai aprendendo a manusear, vai aprendendo a visualizar as informações da enfermagem, da farmácia, da nutrição ali, tudo junto, tenho certeza que essa barreira vai diminuir [...] como falei, é uma questão deles perceberem o valor, a importância das tecnologias (Diretor – Hospital D).

Deste modo, verifica-se que as barreiras que se interpõem entre médicos e as TICs não são intransponíveis, mesmo quando se lida com indivíduos que têm pouca intimidade com tais ferramentas. O tempo a ser investido no manuseio dos sistemas é uma importante variável a ser considerada, tendo em vista, sobretudo, a escassez de profissionais e o excesso de pacientes no serviço público; todavia é necessário que esta sensibilização ocorra principalmente no sentido de informar a este profissional que as TICs são parte importante nos serviços de saúde, que também precisam ser entendidas como prioridade.

Avança-se agora neste debate progredindo à discussão sobre a última Categoria de Análise, por meio da qual esta pesquisa procura esclarecer as lacunas deixadas pela não utilização do SIG nos hospitais estudados, bem como aferir as oportunidades que se apresentam, nas quais o SIG pode atuar como facilitador dos processos assistenciais e administrativos, à medida que facilita a estruturação de processos comunicacionais orientados à tomada de decisão gerencial.

5.4 CATEGORIA DE ANÁLISE 04: LACUNAS E OPORTUNIDADES NA UTILIZAÇÃO DO SIG

Este capítulo objetiva apresentar e discutir os resultados no que se refere às lacunas na gestão da informação e das TICs nos hospitais estudados. Para tanto, buscou-se averiguar as percepções dos sujeitos sobre os demais Sistemas de Informação, adotados pelos hospitais para a gestão dos seus processos, e enfatizar-

se a importância atribuída à sua utilização na melhoria dos processos destas organizações.

Finalizando o capítulo de apresentação dos resultados desta investigação, se discutirá a atuação do SIG nos hospitais nos quais se encontrava em utilização, à época da coleta, visando identificar quais as principais contribuições do sistema para o desempenho destes.

5.4.1 Percepções sobre outros Sistemas de Informação Utilizados na Gestão dos Processos Hospitalares.

De forma a perceber o aproveitamento dos demais Sistemas de Informação utilizados nos hospitais estudados, tratou-se de conhecer quais ferramentas são utilizadas por estas organizações, em quais setores e com quais propósitos. Os resultados dessas abordagens reafirmam o entendimento da fragmentação do ambiente informacional das organizações hospitalares, e corroboram com os demais achados desta pesquisa, que em outras perspectivas já indicavam a falta de integração desses Sistemas.

Por meio das entrevistas foi possível verificar que, exceto nos hospitais que possuem sistema de Intranet (A e C), os departamentos de comunicação dos demais hospitais da amostra não são interligados por nenhum Sistema de Informação, recebendo as solicitações e percebendo o clima e o andamento dos processos organizacionais somente por ocasião de reuniões diversas com demais membros da equipe, quando tais demandas lhes são apresentadas.

Mesmo nas organizações cujos atores contam com sistema de Intranet no suporte à comunicação, tal ferramenta não foi considerada para análise pois a condução desta pesquisa esclareceu que os dados veiculados por este instrumento não são orientados ao embasamento dos gestores na tomada de decisão, e, sim, visam transmitir notícias, de interesse geral, à equipe e, específicas, ao funcionário (acesso a contracheque, ouvidoria, etc.).

Assim, perde-se o envolvimento desses profissionais, cuja atuação no desenvolvimento dos processos, já se revelou fundamental à integração das equipes

assistenciais e administrativas. De acordo com o profissional de comunicação do Hospital D:

> São ferramentas (TICs do setor de saúde de uma forma geral) que não chegam até aqui (departamento de Comunicação), mas eu também *acho que* o perfil desses Sistemas é realmente mais assistencial, não é? De qualquer forma, talvez esse sistema de vocês (o SIG) seja interessante *pra* nós, por juntar dados médicos e administrativos, pois assim poderíamos fazer correlações [...] números isolados sobre infecções, ou óbitos, para o Departamento de Comunicação não são interessantes pela natureza das atividades que nós desenvolvemos neste esse hospital [...] mas, *de repente* com esses relatórios integrados (do SIG) a gente pode identificar um problema de comunicação entre um setor e outro que esteja causando um impacto, sei lá, no departamento financeiro [...] então nós podemos atuar resolvendo esse conflito.

O ambiente informacional dos NHEs revelou-se o mais complexo, em termos de quantidade de Sistemas a serem alimentados e de volume de dados a serem coletados. Verificou-se que nestes setores é muito grande a demanda por informações, visto que existe uma série de SIs alimentados por esses profissionais, conforme contribuição do Coordenador do NHE do Hospital C:

> Aqui nós trabalhamos com vários Sistemas de Informação: tem o SINAN, SMART, SUMAP, RHC, o NOTIFIC, que é a notificação de óbitos [...] e nosso banco de dados (epidemiológicos) interno também, que usamos para fazer estatística.

O entendimento do Coordenador do NHE do Hospital A corrobora com o entrevistado acima, e revela, ainda, que a obrigatoriedade da alimentação de certos Sistemas de Informação é o fator preponderante para a observância da completude dos indicadores:

> Trabalhamos com muitos (Sistemas de Informação), sim, a maioria deles é de alimentação compulsória, principalmente os ligados ao Ministério da Saúde ou à ANVISA. Tem o SINAN, SINASC, o SI-PNI, o RHC [...] e se deixarmos de alimentar recebemos auditoria, tem que se explicar formalmente, porque prejudica o processo de gestão do SUS, onde você (o pesquisador) deve saber que é tudo integrado [...] e eu *acho que* isso prejudica, porque tem dois, três sistemas que às vezes pedem a mesma informação, e isso confunde [...] seria bom se pelo menos os sistemas do SUS fossem integrados, porque *aí a gente* alimentava tudo uma vez só. [...] não estou certo, mas com o SIG de vocês (Rede InovarH) ao todo devem ser uns oito ou nove (Sistemas de Informação alimentados pelo setor) – o que é muito *pra* nossa capacidade em termos de recursos humanos.

O aproveitamento das informações fornecidas por essa ferramenta também foi alvo de investigação nas abordagens, dando conta de que, em sua maioria,

essas informações são utilizadas pela gestão da Rede Pública de saúde no Brasil, e são pouco destinadas à análise dos fatores internos da organização, com vistas à identificação e resolução de problemas . De acordo com o Coordenador do NHE do Hospital C:

> Todos esses sistemas do SUS são voltados para a coleta dos dados nos hospitais do Brasil para que eles tenham um panorama macro da saúde no país: onde ocorrem determinadas doenças com maior frequência, onde estão os surtos, as epidemias, onde se gasta mais, onde ainda precisa de investimento [...] então não é um espelho no qual a gente possa se observar para corrigir nossos erros [...]. Agora, é claro que o manuseio dessas informações faz a gente entrar em contato com nossa realidade, e assim tiramos nossas conclusões também. E temos também nossos sistemas internos, que precisam de uma atenção maior, porque são nossas ferramentas principais, e não são tão utilizados pelos funcionários quanto deveriam.

Ao se referir a “sistemas internos” o entrevistado faz menção à intranet e ao prontuário eletrônico, que são entendidos como as principais ferramentas de difusão de informações no âmbito interno. Assim, percebe-se que há, ainda, carência em relação a um Sistema que possibilitasse a comunicação integrada entre os processos com vistas à autoanálise e à melhoria dos serviços – ausência que poderia ser suprida pela incorporação do SIG à rotina de tal organização, uma vez que os recursos e indicadores do SIG abrangem, exatamente, a lacuna destacada. Contudo, parece existir certa cultura de resistência dos profissionais para alimentar os Sistemas de Informação, inclusive o SIG.

Na esfera da alta gestão, a utilização das TICs, de uma forma geral, mostrou-se ainda mais reduzida. Em boa medida, tal fato é atribuído à extensa agenda dos diretores das organizações hospitalares, que não teriam disponibilidade de tempo para o envolvimento com a ferramenta. À exceção da direção do Hospital A, nenhum outro diretor entrevistado afirmou fazer uso de Sistemas de Informação no exercício de suas rotinas ou na tomada de decisões gerenciais.

As abordagens ao campo revelam que tais atores ainda não estão muito envolvidos com os sistemas de informação de seus hospitais, recebendo apenas as análises prontas, para debater, com base em dados já consolidados por terceiros. Mesmo reconhecendo a importância dessas ferramentas, os gestores, ao que parece, não entendem que o seu envolvimento é primordial para a motivação de outros sujeitos a se relacionarem melhor com as TICs disponíveis nos serviços de saúde. Conforme o diretor do Hospital C:

> Por uma questão de disponibilidade, temos uma equipe de assistência à diretoria que organiza todas essas informações *pra* mim [...] às vezes é muito complicado *pra* mim até checar meu próprio *e-mail*, imagine [...]. Então até sinto falta de *botar a mão na massa*, mas não tenho como investir tempo; primeiro, em treinamento, depois, na familiarização, e depois, no manejo desses programas no meu dia a dia [...] então eu posso até dizer que utilizo, sim, Sistemas de Informação para tomada de decisões gerenciais, mas não lido com eles diretamente.

Ainda nesse sentido, o Diretor do Hospital D afirma que:

> Não resta dúvida que um Sistema nessas horas (tomada de decisão) é importante, mas eu não tenho tempo para entrar, olhar, pesquisar [...] as coisas vêm *pra* mim já mastigadas, *pra* eu ter uma visão objetiva dos processos e poder julgar em cima disso, de números, de fatos, entende? [...] A gente tem um sistema de informática aqui, mas é algo que atinge mais a área operacional, as enfermarias, as unidades de atendimento como um todo. Mas não serve como apoio para a tomada de decisão, não.

Analisando o perfil dos diretores dos hospitais amostrados, novamente, à exceção do Diretor do Hospital A (que é uma pessoa mais jovem), todos os demais diretores são indivíduos aparentemente com mais de sessenta anos, o que pode determinar tal distanciamento das TICs – uma vez que os resultados desta pesquisa já mostraram que profissionais de faixa etária mais alta são refratários à incorporação da tecnologia às suas rotinas. Mesmo com toda a carga de atribuições inerentes à sua função, o diretor do Hospital A demonstrou envolver-se diretamente com o SIG, e mobilizar constantemente sua equipe em função desta coleta, não comprometendo o exercício de suas atividades gerenciais.

Pelo exposto, percebe-se que não existe, no universo da amostra, um Sistema de Informações, ou outra TIC qualquer, capaz de integrar informações assistenciais e administrativas, de modo a criar uma base de dados consistente, que auxilie no processo decisório. Desta forma, buscou-se, o entendimento de quais eram as reais contribuições que tais Sistemas, de uma forma geral, traziam para a melhoria do serviço das organizações hospitalares.

5.4.2 Percepções sobre a Otimização dos Processos por meio de Ferramentas Tecnológicas de Comunicação

Ao propor abordagens que viabilizassem o entendimento deste eixo temático, percebeu-se que os entrevistados, em boa medida, foram redundantes em suas respostas, repetindo-se em suas percepções sobre a forma como as TICs, de uma forma geral, podem ajudar nos processos hospitalares – outro eixo temático já abordado anteriormente. Advertidos de que o objetivo era compreender como as TICs adotadas por aqueles hospitais, em suas opiniões, estavam contribuindo para a otimização dos processos em tais organizações. As respostas se relevaram não conclusivas, pois não apontaram, efetivamente, nenhuma contribuição relevante destas ferramentas para a gestão dos hospitais estudados.

De uma forma geral, constatou-se que existe a percepção de que há uma agilidade na troca de informações, que não havia antes, mas não se sabe exatamente em que isso impactou a organização ou os entrevistados não souberam como verbalizar as percepções. As respostas conduziam sempre a aspectos genéricos ligados à gestão dos hospitais tais como: “melhorou a troca de informações”, “organizou o banco de dados”, “diminuiu o tempo de resposta aos eventos”, etc. No entanto, buscava-se identificar contribuições mais efetivas, das TICs, aos processos dessas organizações.

Os dois Coordenadores de NHEs entrevistados, por serem profissionais que interagem com tais ferramentas com maior frequência, no exercício de suas funções, foram os sujeitos que agregaram contribuições mais próximas às que se esperava obter neste eixo. Assim, de acordo com o Coordenador do NHE do Hospital C:

> Olha, são muitas (contribuições das TICs), porque hoje somos muito dependentes de informações, de uma forma geral, *pra* tudo nos hospitais. Então tem certos indicadores em saúde que, hoje, norteiam a forma como os hospitais são administrados, e são extremamente importantes para o nosso trabalho, como taxa de ocupação, mortalidade, nascidos vivos, enfim, são muitos [...]. E eu acho que a tecnologia tem sido responsável por uma grande transformação no sistema público de saúde [...] mesmo com todas as dificuldades, hoje a licitação ocorre mais rápido, os pagamentos são mais rápidos, a prestação de contas é mais prática e muita burocracia se simplificou [...] e verificamos isso aqui também, é mais fácil trabalhar hoje do que há dez anos, sem tantos recursos. Se considerarmos que somos um hospital universitário, a parte didática, acadêmica, o controle dos residentes, dos estudantes, também é muito facilitada pelas tecnologias de comunicação [...]

Expandindo nosso entendimento sobre a questão, o coordenador do NHE do Hospital A afirma que:

> *Eu acho* que a principal contribuição é justamente a divulgação, a socialização dos dados coletados, dos resultados obtidos, porque aqui prezamos muito a questão da informação, porque sem informação não tem conhecimento [...] então isso se torna importante porque sabemos exatamente quanto entra (recursos), quanto sai (pagamentos), quais são as demandas internas de materiais, medicamentos, profissionais [...] como somos um hospital público, também tem toda uma parte burocrática que foi facilitada [...] hoje você resolve muita burocracia *on-line*, coisa que tempos atrás você perdia um dia inteiro de trabalho esperando em algum lugar [...]. Hoje, no final do dia, a gente sabe quantas pessoas foram atendidas, quanto foi gasto de gaze, esparadrapo, soro, quantos médicos deram plantão, quantos não vieram [...] e com isso a gente se programa, programa melhor a administração dos recursos, é mais rápido e efetivo na cobrança aos profissionais [...] então todos os reflexos dessa tecnologia estão bem aqui ao nosso redor [...].

Percebe-se que o conhecimento advindo das informações fornecidas pelas TICs, nos hospitais, se destaca como principal contribuição percebida. Uma vez que os serviços de saúde são intensivos em conhecimento e dependem de instrumentos que viabilizem a multiplicação deste mesmo conhecimento entre a equipe multiprofissional, no ambiente hospitalar, revelando-se assim de grande valia para a otimização desses processos. Observa-se também que as TICs atuaram positivamente na mitigação da burocracia imposta pela dinâmica do serviço público.

Neste momento, também se destaca mais uma oportunidade para o SIG, que seria a de abranger, igualmente, em seu alcance, os organismos governamentais (Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, que se encontram articulados na Rede InovarH) para, desta forma, diminuir a distância entre tais instituições e os hospitais conveniados e da rede própria. Esse fato, diminuiria, do mesmo modo, a burocracia e facilitaria os trâmites legais que fossem passíveis de celeridade por meio da tecnologia.

O Coordenador do NHE do Hospital C faz, ainda, uma observação que denota a existência de um questionamento justamente sobre os efeitos das TICs na vida prática dos profissionais de saúde, já tão assoberbados de tarefas e carentes de suporte às suas práticas:

> [...] então temos que avaliar, não é? Eu não conheço o SIG, então eu não sei se é **proveitoso** ou se é **trabalhoso,** entendeu? *A gente* já tem uma série de indicadores, *nós* geramos sérios indicadores hospitalares aqui, para alimentar uma série de sistemas, muitos de alimentação **obrigatória**,

> então temos que analisar até que ponto seria realmente uma ajuda (a utilização do SIG) ou se seria só mais retrabalho. [...] porque *a gente* precisa realmente de uma inovação, e não de mais uma tarefa, porque em que isso vai nos ajudar? [...] eu não conheço os indicadores (do SIG), mas se existe *isso* que você (o pesquisador) me falou de integrar dados financeiros, médicos *e tal*, *de repente*, já pode ser um diferencial que nos interesse [...] porque indicadores assistenciais já são muitos, não precisamos de mais, mas esse cruzamento pode ser interessante, sim (grifos nossos).

Reafirma-se, desse modo, que nas organizações estudadas observam-se diversas lacunas em suas demandas em TICS − que seriam cumpridas pelo SIG − no caso de sua utilização, já que o perfil de desempenho desejado é o oferecido pelo sistema. É possível constatar também que a grande quantidade de indicadores a serem coletados gera um ambiente informacional confuso e complexo, cujo envolvimento é entendido como mais uma tarefa burocrática a ser executada, diariamente, com baixa percepção de impacto no cotidiano desses profissionais. Além disso, a fala acima deixa transparecer que são alimentados apenas os indicadores obrigatórios.

Portanto, muito embora os atores no universo organizacional estudado demonstrem relativo entendimento sobre comunicação e TICS para os serviços de saúde, o que se verifica é que, mesmo defendendo a adoção de tais práticas, a distância entre esses profissionais e a tecnologia é tão grande que se torna difícil reconhecer os impactos efetivos e os resultados da incorporação tecnológica em suas organizações.

Desse modo, busca-se, a seguir, compreender como o SIG é percebido pelos hospitais nos quais é alimentado, visando entender as reais contribuições deste sistema para o desempenho organizacional de tais unidades. Espera-se que esse entendimento permita verificar se o SIG cumpre ou não seu papel de ferramenta de suporte à decisão gerencial.

5.4.3 Aproveitamento das Informações do SIG na Tomada de Decisões

As perguntas que visavam à compreensão deste eixo temático estavam presentes nos instrumentos de coleta, direcionados aos diretores dos Hospitais A e B − dado o entendimento de que somente a alta gestão de um hospital em dia com a alimentação do SIG poderia dar contribuições que indicassem se o Sistema cumpre

seu papel de ferramenta de suporte à tomada de decisões gerencias. Assim se revelando as efetivas contribuições do SIG para o desempenho dessas organizações.

Todavia, uma vez que o diretor do Hospital B afirmou não ter nenhum conhecimento sobre o SIG, não foi possível realizar tal abordagem junto a este sujeito, já que não teria contribuições a agregar por nunca ter se envolvido com o sistema. Assim, entende-se que, neste hospital, o SIG ficava restrito à utilização de uma única pessoa, e suas informações não circulavam entre os meios pelos quais deveria, de forma a cumprir seu papel, ou seja, não chegavam à alta gestão, descaracterizando a ferramenta como instrumento de suporte gerencial.

Portanto só foi possível observar tais percepções junto à direção do Hospital A, que considera o SIG uma das mais importantes fontes de dados da organização:

> Hoje em dia não tem como pensar aqui uma reunião de diretoria sem a pasta do SIG [...] é uma coisa que os outros diretores sempre me cobram, pois sou eu quem leva esses indicadores para análise [...] todos gostam, pois fazemos uma discussão única *em cima* de um único relatório, porque é tudo condensado (a forma como os indicadores são apresentados), e isso é bom porque nos poupa tempo, e as pautas são sempre enormes [...] (Diretor – Hospital A).

Sobre os indicadores de maior relevância percebida, o gestor destaca:

> Nós temos um indicador que eu acho muito relevante é a entrada de pacientes no hospital − que é um dado que em que a gente vê qual é a quantidade de pacientes que entram nas unidades, ano a ano, mês a mês [...]. Então esse é um dado importante porque *em cima disso* a gente tem como trabalhar a questão do RH aqui dentro, aonde a gente precisa colocar funcionário, onde não, e trabalha também com a questão da gestão da qualidade [...]. Os indicadores de cirurgias também são importantes, porque quando *a gente* trabalha com indicadores de cirurgia *a gente* não só trabalha com a quantidade, mas principalmente com a qualidade dessa cirurgia, e tem ainda a parte de cirurgias suspensas, que é um indicador muito interessante [...], a questão das infecções também, para o CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospital) [...]. Os indicadores de faturamento dentro da unidade também são muito bons, porque *a gente* pode trabalhar a questão das contas médicas [...] (Diretor – Hospital A).

Deste modo, o diretor do referido hospital afirma que são muitas as contribuições que o SIG promove para o desempenho da organização, já que os indicadores do Sistema são amplamente discutidos. Então é possível afirmar que, no Hospital A, o SIG cumpre um importante papel no processo de tomada de decisões,

pois suas informações são analisadas e consideradas pela diretoria. Em uma visão geral sobre o tema, o diretor afirma que:

> [...] isso é algo que eu não tenho como quantificar *pra* poder te dizer (as contribuições do SIG), mas no geral eu digo que somos muito felizes aqui por ter o SIG funcionando, por todas essas razões que já conversamos [...] mesmo com toda a dificuldade de pessoal, de aparelhagem, e principalmente de consciência da própria equipe, aqui fazemos um esforço enorme (para manter o SIG atualizado), mas recompensa porque vemos os resultados. Temos uma ferramenta muito útil para a captação de dados de todo o hospital que nos facilita na hora de traçar um cenário real, macro, que nos dá uma boa visão do todo das operações [...] e isso é fundamental porque o serviço de saúde é muito fragmentado, e assim podemos ver todas essas partes uma ao lado da outra [...] e com isso observamos onde *a gente* pode melhorar, onde *a gente* pode trabalhar, que tipo de procedimento *a gente* pode buscar para melhorar a produção da equipe [...] porque os indicadores mostram a raiz do problema, então podemos pensar numa solução para causa dele, para que ele não ocorra de novo (Diretor – Hospital A).

Portanto, entende-se que no Hospital A o SIG é percebido como uma ferramenta de alto valor, pois facilita por meio de seus indicadores a visualização simultânea dos resultados de ambos os processos produtivos da organização, suprindo os gestores com informações de grande relevância para a tomada de decisões gerencias, que vão atuar nas causas das lacunas observadas, evitando assim suas recorrências.

Buscando algum exemplo prático que ilustrasse a atuação do SIG junto à direção no processo decisório ou na identificação e/ou solução de entraves nos processos hospitalares, o entrevistado afirma que:

> São muitas situações porque estamos (direção) discutindo muito *em cima disso* (dos indicadores do SIG), então (o SIG) nos ajuda muito nas decisões do dia a dia, nos dá um entendimento para as nossas decisões individuais que extrapolam aquela reunião pontual. Mas houve uma situação em que o SIG ajudou muito [...] porque houve uma situação aqui em que a comparação de certos gastos com medições do SIG, naquele período, nos ajudou a ver que havia algo errado, e isso deu início a uma longa investigação [...] não posso falar muita coisa sobre o caso, pois isso se tornou um processo administrativo, mas posso dizer que sem essa visão macro que o SIG dá não seria possível fazer as correlações, talvez até fosse, mas demoraria muito mais tempo e talvez os prejuízos fossem maiores (Diretor – Hospital A).

Na visão do entrevistado, a importância do SIG para o evento relatado destacou-se pelo fornecimento de um relatório que permitia a visualização e a comparação não só de indicadores da assistência, como também indicadores administrativos e financeiros, de forma integrada. Sendo assim, se reconhece que

este diferencial permitiu a identificação da gênese do problema, facilitando a atuação dos gestores e evitando maiores transtornos. Portanto, mais uma vez destaca-se a importância do SIG na integração das informações entre os processos assistenciais e administrativos nos hospitais, com vistas ao fundamento da alta direção para a tomada de decisões.

Desta forma, embora não seja possível fazer generalizações, é possível afirmar que o SIG, quando corretamente compreendido e utilizado pelos atores que operacionalizam o Sistema, pode desempenhar um papel importante no processo decisório dos hospitais que o adotam, pois seus indicadores e a forma articulada como são apresentados facilitam uma visão integrada dos processos, viabilizando uma tomada de decisão consciente e instruída por informações fundamentadas.

Em vista da exposição sobre a percepção possível de ser extraída das abordagens junto ao campo, sobre os fenômenos estudados, e de sua devida análise mediante os instrumentos metodológicos propostos, procede-se à exposição das considerações finais desta pesquisa, nas quais se tece as inter-relações entre os achados desta investigação de modo a verificar se os seus objetivos foram cumpridos, e, principalmente, a formular resposta (ou respostas) à sua pergunta norteadora.

PARTE VI CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo desta dissertação foi realizar uma análise crítica sobre o papel da comunicação e utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) no suporte à tomada de decisões gerenciais em hospitais, mediante revisão de literatura e realização de estudo de caso com o Sistema de Informações Gerenciais (SIG) da Rede InovarH/Ba, em quatro hospitais de grande porte que possuem Termo de Adesão à Rede InovarH/Ba. Buscou-se o entendimento dos sujeitos em relação à importância da comunicação e das TICs para o serviço de saúde, com ênfase nas suas percepções sobre o referido Sistema e suas contribuições à gestão das instituições hospitalares, ou as razões de sua não utilização nos hospitais que não incorporaram o SIG às suas rotinas.

As entrevistas foram dirigidas aos profissionais de comunicação, aos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHEs) e aos diretores dos hospitais. Os resultados foram tratados mediante análise de conteúdo.

A seguir, relaciona-se os objetivos com os principais resultados e retoma-se os pressupostos, de forma a destacar as principais contribuições desta dissertação ao campo do conhecimento pesquisado, bem como procede-se a recomendações sobre pesquisas futuras, que possam contribuir no entendimento de aspectos que não foram abordados por este trabalho, mas que tenham sua importância destacada para a seara da gestão das organizações hospitalares.

Portanto, a partir do conhecimento sistematizado pela revisão, e efetuado o estudo de campo, foi possível concluir que:

1) Sobre a importância atribuída à comunicação e às TICS como ferramentas de viabilização de processos e suporte à gestão em serviços de saúde

Coadunando com a literatura, as abordagens ao campo permitiram constatar que se reconhece que a Comunicação é entendida como um processo de fundamental importância, no ambiente hospitalar, visto que atua na integração da equipe multidisciplinar, coordenando o alinhamento entre as diversas tarefas de alta complexidade que se desenvolvem, simultaneamente, nestas organizações − os processos paralelos de produção. Chama a atenção o fato de todos os sujeitos

entrevistados terem se posicionado positivamente frente à comunicação, revelando-se muito confortáveis em prestar esclarecimentos, acerca de tema tão alheio às ciências da saúde (à exceção, obviamente, dos profissionais de comunicação abordados). Essa constatação contrasta com os baixos níveis de aproveitamento das ferramentas e canais de comunicação verificados junto aos hospitais estudados.

As respostas dos entrevistados dão conta de que existe a certeza de que, de uma forma geral, a comunicação é fator decisivo para as organizações hospitalares, pois é por meio desta que se desenvolvem todos os demais processos assistenciais e administrativos, uma vez que o serviço hospitalar é, em sua natureza, altamente dependente da informação para a prestação de uma assistência segura e de qualidade ao paciente. Todavia, o que se percebe é que as atividades de comunicação, mesmo com toda a sua relevância destacada, ainda não são compreendidas como processos secundários neste âmbito, visto que não se observou, na prática, a aplicação dos princípios defendidos pelos sujeitos.

De forma semelhante, também se reconhece, entre os sujeitos, que as TICs são poderosas ferramentas que muito têm a agregar aos processos hospitalares, uma vez que por meio destas se entende ser possível alcançar a sinergia necessária à integração entre a equipe multidisciplinar, envolvida na assistência e as esferas administrativas, favorecendo um ambiente informacional orientado à gestão eficiente destas organizações e ao agrupamento das informações relativas aos procedimentos médicos adotados no serviço prestado a cada paciente.

No entanto, o que se observa na prática, também corroborando com a literatura revisada, é que, nos hospitais pesquisados, as TICs ainda não estão devidamente incorporadas às práticas dos profissionais, principalmente no âmbito da assistência. A utilização de tecnologias e sistemas de informações, no ambiente hospitalar, ainda está, em boa medida, restrita ao Prontuário Eletrônico, o que já é um grande passo, em relação ao passado recente, mas se encontra, ainda assim, muito aquém do estabelecido como desejável entre os entrevistados.

Assim como a Comunicação, verifica-se que o uso das TICs ainda se dá com bastante resistência nos hospitais estudados, visto que os próprios sujeitos reconhecem que a rotina da prática médica afasta estes profissionais destas ferramentas, e que a estrutura tecnológica dos hospitais ainda não oferece o suporte adequado à utilização de tais instrumentos. Portanto, se conclui que a correta incorporação das TICs aos serviços de saúde está diretamente ligada às iniciativas

da alta gestão no sentido de incorporar as ferramentas tecnológicas ao Planejamento Estratégico dos hospitais, institucionalizando assim, o seu uso e criando mecanismos favoráveis a que seu manejo e alimentação tornem-se práticas habituais e imperativas no ambiente hospitalar.

Observou-se que há um grande contrassenso nos hospitais analisados: por um lado, os profissionais reconhecem, defendem e recomendam fortemente que haja uma maior abertura à Comunicação e às TICS nos hospitais. Por outro, verifica-se que o modelo da assistência ainda está bastante arraigado em parâmetros ultrapassados, nos quais as informações sobre o cuidado só circulam entre os envolvidos na assistência, e as informações administrativas permanecem restritas aos gestores.

Desta forma, a visão global do serviço prestado ainda não está disponível à maior parte dos colaboradores das organizações estudadas, cujo entendimento sobre os processos permanece parcial e limitado ao âmbito no qual atuam, seja assistencial ou administrativo. A importância atribuída a estes recursos é muito grande, porém a prática revela que este é um posicionamento meramente ideológico, dada à realidade das operações nestes hospitais, nas quais se verifica que a Comunicação e as TICs não são tratadas com a mesma relevância e deferência a que são referidas.

Assim, considera-se que o entendimento da importância da Comunicação e das TICs para a viabilização de processos no ambiente hospitalar é presente nestas organizações, e que também se compreende a importância dessas para a segurança do processo decisório. Porém, as barreiras a serem transpostas ultrapassam fatores físicos e estruturais dos hospitais pesquisados, demandando maior imersão nos fatores humanos intrínsecos à operacionalização dos processos comunicacionais e das TICs nos hospitais.

No caso específico dos quatro hospitais pesquisados, chama a atenção mais uma característica que estes têm em comum: todos são Hospitais de Ensino, e, sendo assim, sua inserção é estratégica na formação de profissionais de saúde mais preparados para lidarem com a TICs na Sociedade da Informação. Deste modo, o distanciamento da tecnologia pode comprometer o desenvolvimento de capacidades nesses profissionais, que lhes serão fundamentais em suas futuras rotinas em um cenário que se orienta cada vez mais pela comunicação e pelas TICs.

2) Sobre as estratégias de comunicação adotadas pelos hospitais

As abordagens e observações junto ao campo permitem afirmar que os hospitais estudados não contam com nenhuma estratégia de comunicação orientada à integração dos processos administrativos e assistenciais, com vistas ao fortalecimento dos fluxos de informações entre os profissionais e ao embasamento do processo decisório. Nesse sentido, a importância destacada pelos poucos sujeitos que se manifestaram sobre a questão, notadamente os profissionais de comunicação das organizações estudadas, contrasta com o posicionamento adotado em relação à estruturação de ações comunicacionais complementares e continuadas nestes hospitais, no intuito de se agregar valor a todo o processo.

Uma vez que se adota o entendimento de que as práticas de comunicação atuam diretamente na construção, difusão e assimilação dos objetivos e estratégias organizacionais, nota-se que os hospitais, apesar de possuírem profissionais da área de comunicação, não utilizam o potencial de trabalho deste profissional na formulação de estratégias comunicacionais que beneficiem a otimização dos processos de trabalho.

Os departamentos de Comunicação das organizações pesquisadas contam com profissionais de grande qualificação na área e detentores de conhecimentos sobre os serviços de saúde. Porém, observou-se que tais profissionais têm contribuído de maneira tímida para a disseminação e a manutenção de boas práticas comunicacionais, posto que as demandas cotidianas que se apresentam os distanciam das tarefas de gestão estratégica da informação, e a estrutura da qual dispõem está muito aquém das necessidades destes setores para pleno funcionamento.

Os departamentos de Comunicação, no universo dos hospitais estudados, ainda são entendidos como setores de menor importância, sem conexão com as estratégias das organizações. Esta afirmação deriva da observação da localização, da estrutura física, dos equipamentos e dos recursos humanos de tais departamentos. Quase sempre, a divisão de Comunicação ocupa espaços exíguos nos hospitais, a equipe encontra-se sempre reduzida, e a falta de suporte tecnológico e de aportes financeiros consistentes faz com que estes líderes se ocupem com tarefas corriqueiras (como fixação de avisos em murais, elaboração de

releases e matérias sobre atividades prosaicas da organização), dificultando o seu envolvimento com as questões macro-organizacionais e as TICs.

Assim, percebe-se que os hospitais pesquisados não observam os princípios de alinhamento entre as estratégias comunicacionais e da organização, revisados por esta investigação, os quais defendem que a colaboração entre a comunicação e a alta gestão é fundamental na viabilização dos processos organizacionais e na resolução de problemas. Em se tratando dos serviços de saúde, tal colaboração apresenta-se ainda mais desejada, dada a grande fragmentação do ambiente comunicacional dos hospitais, demandando estratégias que busquem a integração de públicos com interesses altamente variados em torno da otimização das tarefas e, consequentemente, da melhoria da qualidade do serviço.

3) Sobre os aspectos facilitadores e dificultadores à adoção do SIG

Foram identificadas mais dificuldades do que facilidades à incorporação do SIG às rotinas dos colaboradores das organizações estudadas. Os principais aspectos **dificultadores** têm sua origem no desconhecimento e no pouco envolvimento com a Rede InovarH e seu SIG nas organizações que lhe são aderentes. As abordagens permitem afirmar que a Rede InovarH, mesmo com sua forte atuação no âmbito da qualificação profissional, ainda é muito pouco conhecida por seu viés colaborativo – um dos requisitos básicos à sua existência como organização em rede.

Esse fato demonstra que a Rede InovarH necessita desenvolver uma política de comunicação com estes hospitais pois, o distanciamento entre a Rede InovarH e suas organizações parceiras contribui negativamente para o êxito dos propósitos da Rede: promover a aprendizagem e a inovação em gestão hospitalar, por meio da coleta e socialização dos indicadores de desempenho dos hospitais e demais organizações prestadoras de serviços de saúde participantes, visando à identificação de boas práticas gerenciais e à comparação dos resultados. A fraca comunicação entre Rede e hospitais pode estar contribuindo para os resultados encontrados, nos quais apenas um, dentre os quatro diretores entrevistados, envolve-se com o Sistema de Informações Gerenciais, ferramenta que viabiliza tais objetivos organizacionais da Rede.

Observou-se que o SIG é um instrumento praticamente desconhecido entre a população pesquisada. Mesmo nos hospitais que mantinham em dia sua alimentação à época da coleta de dados, só foi possível observar conhecimento sobre o SIG entre os atores que lidavam diretamente com a ferramenta (Coordenação do NHE e Direção do Hospital A). A surpreendente situação do Hospital B revela que, nesta organização, o SIG ao que parece só era conhecido pelo então coordenador do NHE, pois com a saída deste profissional nenhum outro colaborador assumiu a tarefa de coletar os indicadores e alimentá-lo. Assim, mais um hospital abandona o uso do sistema, indicando que a alta rotatividade profissional neste serviço e a descontinuidade administrativa também são sérios empecilhos à adoção do SIG nos hospitais estudados.

A postura do profissional médico também se revela como um dos grandes dificultadores à adoção do SIG nas organizações pesquisadas. O estudo de campo revelou que ainda existe entre esses profissionais uma grande resistência à incorporação de ferramentas tecnológicas aos processos assistenciais, que se deve em boa medida aos médicos de maior faixa etária. Tais sujeitos entendem as TICs, de uma forma geral, apenas como trabalhos extras, que os tiram de suas rotinas de atendimento. A pouca intimidade desses atores com a tecnologia e as demandas sempre urgentes fazem com que os médicos sejam bastante resistentes à incorporação tecnológica em suas rotinas de trabalho.

Neste ponto, percebe-se também que o perfil do médico pode ser um aspecto **facilitador** à adoção do SIG, uma vez que foi possível verificar que os profissionais mais jovens e que participam com frequência de capacitações e aperfeiçoamentos são mais receptíveis às TICs de uma forma geral, por terem mais intimidade com a tecnologia. Além de formarem uma geração na qual a tecnologia se fez presente desde muito cedo, tais incursões na área acadêmica sempre os coloca frente aos desafios impostos pela modernidade na prática médica, onde as TICs assumem papel de destaque, conforme exposto.

Assim, é possível que a academia, devidamente inserida em todo um cenário proposto pela Sociedade da Informação, atue positivamente na sensibilização destes atores para a importância das TICs, levando mais e mais profissionais a pensar a tecnologia como fator estratégico em suas rotinas cotidianas. Sensibilização, aliás, que parece ser o principal caminho apontado pelos sujeitos entrevistados para uma maior adesão ao uso do SIG nos hospitais estudados.

Posto que se reconheça a importância das TICs para os serviços de saúde, e que se entenda que tais ferramentas ocupam posição de destaque nos processos gerenciais, observa-se que por meio da sensibilização é possível motivar até os profissionais mais velhos e reticentes em relação à tecnologia. Mesmo com o grande desconhecimento em relação ao SIG, uma vez apresentados os recursos e funcionalidades do Sistema, verificou-se que este se destaca pela capacidade de congregar as mais diversas informações, com vistas à integração entre os processos produtivos, o que suscitou o interesse dos entrevistados.

Tendo em vista também o grande hiato no relacionamento entre a Rede InovarH e os hospitais estudados, conclui-se que ações de retomada dos vínculos institucionais e de reapresentação do SIG a estas organizações são não apenas bem vistas, como também desejadas pelos sujeitos, que identificaram no SIG uma possível alternativa ao cenário informacional confuso e fracionado presente nas organizações pesquisadas, mas com potencial de uso. Tais iniciativas necessitam retomar o marco zero, visando a um alcance maior do que estritamente os profissionais que se envolvem com a alimentação do SIG, de forma a criar uma cultura orientada ao compartilhamento de informações e à colaboração intersetorial.

Desta forma, é possível promover uma reaproximação dos hospitais não só em relação à Rede, como principalmente em relação ao SIG, removendo as barreiras cognitivas à tecnologia e agregando valor a este produto informacional, expondo a aderência deste às demandas dos hospitais.

4) Sobre as lacunas observadas e as oportunidades que se revelam ao SIG

As oportunidades favoráveis à utilização do SIG nos hospitais pesquisados revelam-se justamente nas lacunas deixadas por sua não utilização, conforme dão conta as abordagens ao campo. As entrevistas deixam claro que nos hospitais é extremamente desejável um Sistema de Informações capaz de alinhar a equipe assistencial à administrativa, possibilitando um entendimento expandido das operações nestas organizações e embasando assim a tomada de decisões gerenciais com maior propriedade de causa.

A experiência bem-sucedida do Hospital A mostra que, mesmo com todas as atribulações da rotina de um hospital público de grande porte, é possível apropriar-se da tecnologia e utilizá-la em benefício da organização, visto que, neste hospital, o

processo decisório se revelou otimizado pela adoção do SIG. Para tanto, porém, foi necessário descentralizar a operação do SIG, trazendo mais atores para as tarefas de coleta dos indicadores, pois se revela humanamente impossível, nesse cenário, apenas um colaborador manusear tamanha quantidade de informações.

Nos hospitais estudados, destacou-se a insatisfação dos profissionais que manuseiam os Sistemas de Informação em face da quantidade de indicadores e informações repetidas solicitadas por estes instrumentos. Uma vez que o SIG solicita muitos indicadores comuns na assistência hospitalar, apresenta-se uma oportunidade a uma inovação no Sistema que o permite alimentar-se automaticamente destes valores, quando da entrada destes em outros sistemas. Recurso que facilita a rotina de alimentação dos dados, tornando-a menos cansativa para os profissionais, cuja pauta de trabalho é sempre bastante extensa.

Considerando-se o exposto, conclui-se que os objetivos específicos desta dissertação foram plenamente cumpridos, ao passo que foi possível a observação de todos os fenômenos propostos. Por meio da compreensão dos aspectos relacionados à importância da Comunicação e das TICs para os serviços de saúde, bem como do delineamento do panorama da utilização do SIG pelos hospitais estudados à época da coleta, os resultados desta pesquisa permitem tecer a análise crítica que se propõe em seu objetivo principal.

O conjunto dos achados também permite afirmar que esta dissertação confirma o pressuposto adotado de que, nos hospitais, os processos de Comunicação Organizacional são predominantemente voltados à área assistencial, à medida que comprova não só que a Comunicação Administrativa não é uma vertente trabalhada sistematicamente nestas organizações; como também que as ferramentas e canais comunicacionais adotados têm seu foco na área assistencial e nas informações percebidas como de maior relevância para estes profissionais, ou seja, informações médicas.

Da mesma forma, esta investigação fortalece as premissas postas pela literatura, que fundamentaram a construção da problemática estudada. De acordo com Andrade (2010), existe considerável resistência, principalmente na classe médica, à adoção de inovações tecnológicas na gestão dos processos hospitalares. Esta pesquisa confirma tal premissa, visto que foi possível observar no universo investigado uma notável resistência dos profissionais da área médica, em especial os de maior faixa etária, à utilização de TICs em suas rotinas de trabalho.

Igualmente, comprova-se o entendimento de Jbilou e colaboradores (2008), que afirmam que a utilização das TICs nos serviços de saúde traz transformações gerenciais e práticas, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados não só por facilitar a comunicação, mas também por facilitar o acesso a informações diversas e a resultados de pesquisas. Os resultados indicam que as TICs efetivamente favorecem o andamento dos processos produtivos hospitalares, contribuindo positivamente tanto para a prática médica quanto para a administrativa, e subsidiando de forma mais segura o processo de tomada de decisão gerencial. A experiência do Hospital A, mais uma vez, destaca os ganhos em sinergia obtidos por meio do uso das TICs (no caso, o SIG), e seus reflexos no desempenho gerencial e operacional da organização.

Comunicação (processo) e Tecnologias de Informação e Comunicação (ferramentas) são percebidas pelas organizações estudadas como de fundamental importância para os processos hospitalares, visto que possibilitam a integração de uma equipe multiprofissional historicamente segregada pelas especificidades dos seus ramos de atuação. Existe o entendimento da importância, mas não se verifica, na prática, a incorporação desses instrumentos nas rotinas cotidianas das organizações hospitalares estudadas, pelas inúmeras razões já citadas.

O processo de tomada de decisão gerencial nestes hospitais ainda ocorre, em boa medida, sem o suporte de tais ferramentas, uma vez que o que se verifica é a não existência, em operação, no universo pesquisado, de nenhuma TIC que se proponha ao papel de viabilizadora de processos gerenciais integrados, visto que as tecnologias em utilização ainda trabalham no modelo da fragmentação: ou agregando dados assistenciais ou administrativos, servindo de apoio somente a uma área ou outra, sem promover a convergência destas informações. Assim, o processo decisório ainda se fundamenta em informações pulverizadas, coletadas de forma pontual, para finalidades específicas, que não permitem, isoladamente, a formação de juízo de valor por parte dos gestores sobre as operações em andamento em um ambiente organizacional de alta complexidade.

Desta forma, o SIG se destaca neste contexto por suprir as lacunas operacionais deixadas pelos outros Sistemas de Informação em Saúde, que não atuam de modo a integrar os múltiplos indicadores assistenciais e administrativos necessários ao embasamento consistente da tomada de decisões gerenciais. No entanto, o modelo de utilização do SIG ainda carece de adequações, visto que a

centralização de sua operacionalidade nas mãos de poucos sujeitos contribuiu negativamente para a sustentabilidade do Sistema.

Exemplo disso são os profissionais de comunicação destes hospitais, que não estão tão envolvidos neste processo o quanto poderiam. Condição que não colabora para o sucesso do SIG nestas organizações, uma vez que não é possível fomentar a comunicação intersetorial sem a participação destes atores. Deles poderia advir a contribuição na formulação de estratégias adequadas, a cada universo organizacional, e na sensibilização dos colaboradores para a cooperação.

Portanto, diante do exposto, e respondendo à pergunta norteadora desta dissertação, percebe-se que a incorporação do SIG aos processos de Comunicação Organizacional dos hospitais que integram a Rede InovarH encontra dificuldades não só na resistência de muitos profissionais em relação à tecnologia e na falta de conhecimento dos envolvidos sobre a ferramenta, mas principalmente na forma de sustentabilidade deste Sistema nos hospitais estudados.

A não participação dos profissionais de comunicação do processo de adesão dos hospitais à Rede revelou-se decisiva na divulgação das possibilidades oferecidas por tal articulação, no longo prazo, pode ter também levado ao contínuo enfraquecimento das relações e, logo, da utilização do SIG. Do mesmo modo, a centralização deste recurso nas mãos de poucos indivíduos enfraquece o propósito de fomentar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, uma vez que a comunicação trabalha o sistêmico, ou seja, o conjunto de relações e interações que se desenvolvem nas organizações, as quais não estão restritas somente ao NHE e à alta gestão, senão que a um grande número de colaboradores que, desta forma, por não se envolverem mais com esta ferramenta comunicacional, deixam de colaborar neste processo.

As possibilidades revelam-se quando se admite que o SIG, na perspectiva estrutural, é um instrumento passível de constante atualização e reestruturação. Deste modo, observando tais lacunas, é possível adequá-lo às demandas apresentadas por esta pesquisa, de forma a torná-lo uma ferramenta cuja utilização venha a ser percebida como mais pertinente ainda às organizações prestadoras de serviços de saúde − que busquem o aprimoramento do seu desempenho.

Dada a importância atribuída pelos sujeitos entrevistados a uma ferramenta com as características do SIG, cabe às organizações envolvidas, juntamente com a Rede InovarH, direcionar esforços no sentido de promover ações que deem

sustentabilidade ao SIG, desenvolvendo seminários para reapresentação de seus objetivos e sobre a forma como esta parceria influencia positivamente na gestão dos hospitais e na promoção da aprendizagem organizacional, mediante a comparação dos resultados e identificação das boas práticas possibilitadas pelo SIG − assim como demonstrando o que os hospitais ganham em estar articulados em rede − já que se percebeu uma tendência à alimentação dos Sistemas de Informações que são obrigatórios pela Anvisa e pelo MS.

Reafirma-se, portanto, que de forma a atingir seus objetivos nos hospitais, uma reestruturação do SIG precisa estar articulada a uma reestruturação macro por parte da Rede InovarH e instituições parceiras, de forma a que a sensibilização para o engajamento ao uso do sistema se relacione com o entendimento da importância de sua utilização para a melhoria das rotinas de trabalho e, consequentemente, para o desempenho da equipe como um todo, agregando valor e qualidade aos serviços oferecidos pelos colaboradores, impactando positivamente sobre todas as operações do hospital.

De forma a complementar os achados desta pesquisa, e a enriquecer, ainda mais, o conhecimento no campo da gestão dos serviços de saúde, revelam-se pertinentes outros estudos que se proponham a aprofundar estas relações. Nesse contexto,se configuraria a observância da problemática do ponto de vista da Rede InovarH para as organizações hospitalares que a integram, buscando-se mensurar a qualidade do relacionamento atual e suas possibilidades. Além disso, se verificaria a consecução de seus objetivos como organização em rede. Assim sendo, dentro de um panorama organizacional da Rede, delineado em maior profundidade, seria possível compreender melhor as falhas no processo de estruturação do SIG, e encontrar novas soluções para uma readequação deste às demandas em informação e comunicação destes hospitais.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Magid. O boca-a-boca digital: entrevista a Camila Fusco. **Revista Exame,** São Paulo, 6 maio 2009. ed. 942, n. 8, p. 154.

AGUIAR, Fábio; MENDES, Vera L. P. S. Acreditação hospitalar: a comunicação como ferramenta de viabilização de processos e segurança do paciente. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011, São Paulo. **Anais…** São Paulo: FGV;EAESP, 2011.

ALBAGLI, S.; MACIEL, M. L. Informação e conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. **Cienc. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 9-16, set./out. 2004.

ALBRECHT, Carl. **Programando o futuro:** o trem da linha norte. São Paulo: Makron Books, 1994.

ALBUQUERQUE, A. E. **Planejamento das relações públicas**. Porto Alegre: Acadêmica, 1981.

ALVARENGA, G. M. Aprendizagem organizacional: a busca da compreensão. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008. v. 1.

ALVES, R. C. V. **Web Semântica:** uma análise focada no uso de metadados. 2005. 194f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.

ANDRADE, A. Os Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica: uma ferramenta de gestão. **Rev. Eletr. Enf**., [S.l.], v. 12, n. 1, p. 114-128, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a22.htm>. Acesso em: 06 jun. 2010

ANDRADE, L. I. C. C. **Inovação Gerencial no setor de saúde:** um estudo sobre a aplicação do *Balanced Scorecard* em um hospital privado situado em São Paulo – SP. 2008. 209f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ARAÚJO, V. M. R. H. Estudos dos canais informais de Comunicação Técnica: seu papel na transferência tecnológica e na inovação tecnológica. **Cienc. Inf.** , Brasília, v. 2, n. 08, p. 79-100, 1979.

ARGYRIS, C. **Enfrentando desafios empresariais**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

ARGYRIS, C. Ensinando pessoas inteligentes a aprender. **Aprendizagem organizacional:** os melhores artigos. Rio de Janeiro: Campus, 2006. p. 51-76.

ARRUDA, R. D. Reflexões sobre o uso das TIC por professores de programas de Pós-graduação em Educação Ambiental do Brasil e da Espanha. **Revista Latino-americana de Tecnología Educativa**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 79-96, 2007. Disponível em: <http://campusvirtual.unex.es/cala/editio>. Acesso em: 14 jul. 2010.

BAKIS, R. **Les Réseaux et les Enjeux Sociaux**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. São Paulo: Edições 70, 2004.

BASTOS, Antonio V. B.; SANTOS, Mariana V. Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 47, n.3, p. 1-13, 2007.

BEAL, Adriana. **Gestão estratégica da informação**. São Paulo: Atlas, 2009.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade:** tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1985.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 12, p. 861-870, 2007.

BERVIG, Evandro. **Estudo preliminar do processo de comunicação e de gestão do conhecimento em uma organização militar brasileira**. 2007. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para a qualidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 1, n. 46, p. 15-34, 2000.

BITTENCOURT, Claudia C. **A gestão de competências gerenciais: a contribuição da Aprendizagem Organizacional**. 2001. 320 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

BOLZANI, C. A. M. **Residências Inteligentes:** um curso de domótica. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2004.
BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo Seres humanos. **Rev. Bioética,** Brasília, v.4, n.2, p. 15-25, 1996. Suplemento

_____ . **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS):** proposta versão 2.0, inclui deliberações da 12ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília,DF: Ministério, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2011.

_____ . Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem:** análise do contexto da gestão e das práticas em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____ . Ministério da Saúde. **Portaria 1773/93**. Dispõe sobre o apoio do Ministério da Saúde à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Rede InovarH. Brasília, DF, 2006.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais gestão é mais saúde:** governança para resultados no Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério, 2009. (Textos básicos de saúde).

_____ . Ministério da Saúde. **Portaria 2072.** Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Basília, DF, 2011a.

_____ . Ministério da Saúde. **Portaria 2073.** Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasilia, DF, 2011b.

BYRNE, Z. S.; LEMAY, E. Different media for organizational communication: perceptions of quality and satisfaction. **J. Bus. Psychol.**, USA, v. 21, n. 2, 2006.

CAJAZEIRA, J. E. R.; CARDOSO, C. Comunicação e inovação: correlações e dependências. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Comunicação e Organização:** reflexões, processos e práticas. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor de saúde: notas introdutórias para uma discussão. **Revista de Economia Contemporânea**, [S.l.], v. 3, n.2, p. 97-123, 1999.

CARDOSO, O. O. Comunicação empresarial *versus* comunicação organizacional: novos desafios teóricos**. Revista da Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 1123-1144, 2006.

CARMO, Vadson B.; PONTES, Cecília C. C. Sistemas de Informação Gerencial para programa de qualidade total em pequenas empresas da região de Campinas. **Cienc. Inf.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 49-58, 2001.

CARNEIRO, E. Fatores Críticos para a Gestão da Comunicação. In: NASSAR, P. (Org.). **Comunicação Empresarial:** estratégia de organizações vencedoras. São Paulo: ABERJE, 2006. p. 92-124.

CARR, Nicholas G. **Does IT matters?** Information Technology and the corrosion of competitive advantage. [S.l.]: Harvard Business School Publishing, 2004.

CARVALHO, Helenice. A comunicação como fator crítico de sucesso nos processos de gestão da informação e do conhecimento nas organizações. **UNIRevista**, [S.l.], v. 1, n. 3, jul. 2006.

CASALI, A. M. **Comunicação Organizacional em fusões e aquisições internacionais**. 2006. 204 f. Tese - (Doutorado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Universidade Federal de Santa Catariana, Florianópolis, 2006.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____ . A sociedade em rede: do conhecimento à acção política. In: CASTELLS, Manuel; CARDOSO, Gustavo (Org.). **A sociedade em rede:** do conhecimento à acção política. Lisboa: Casa da Moeda; Imprensa Nacional, 2005. (Série Debates - Presidência da República).

CECÍLIO L. C. O. ; MERHY E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R., Mattos R. A. (Org.) Construção da integralidade:

cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ;IMS;ABRASCO, 2003. p.inicial-final.

CERQUEIRA, Pedro A. B. **Alinhamento entre as estratégias da tecnologia da informação e as estratégias empresariais em organizações hospitalares.** 2004. 190 f. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) - Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, 2004.

COLLINS, S. A.; CURRIE, L. M. Interdisciplinary communication in the ICU. **Stud Health Technol. Inform.**, [S.l.], n. 146, p. 362-366, 2009.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGI.BR). **Pesquisa sobre o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação no Brasil:** TIC Domicílios e TIC Empresas 2009 **= Survey on the use of Information and Communication Technologies:** ICT Households and ICT Enterprises 2009. São Paulo: CGI.BR, 2010. Disponível em: <http://www.cetic.br>. Acesso em 22 ago. 2010.

CROSS e THOMAZ: não estou conseguindo localizar, mas já pedi auxílio

CUNHA, Francisco J. A. P. **Redes Sociais: rumo à inovação, aprendizagem e conhecimento em gestão hospitalar:** um estudo de caso da Rede InovarH. 2010. 168f. Minuta de proposta de tese (Doutorado) – Escola de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ELHAJJI, Mohammed. Novas estratégias organizacionais no cenário global. **Cienc. Inf.**, Brasília, v. 28, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010019651999000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov. 2009.

EVANGELISTA, Marcos F. **Planejamento de relações públicas.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1983.

FIALHO, F. A. P. et al. **Gestão do conhecimento e aprendizagem:** as estratégias competitivas da sociedade pós-industrial. Florianópolis: Visual Books, 2006.

FIALHO, S. Metodologia para a construção e gestão de Redes de Cooperação Interorganizacionais. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de Redes de Cooperação Interempresariais:** em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 123-151.

FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizagem e inovação organizacional:** as experiências de Japão, Coréia e Brasil. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

FLEURY, S. M. T.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

GABRIEL, D. M.; SOUZA, T. C. F.; MACHADO, W. M. T. A Gestão para resultados no Ministério da Saúde: uma reflexão sobre práticas e instrumentos de comunicação. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: SEAD, 2010.

GARVIN, D. A.; NAYAK, P. R.; MAIRA, A. N.; BRAGAR J. L. Aprender a Aprender. **HSM Management**, [S.l.], Jul./Ago. 1998.

GIROUX, H. A. **Disturbing Pleasures:** learning popular culture. Nova York: Routledge, 1994.

GOMES, M. T**.** Entenda as estrelas do Guia Exame**:** as melhores empresas para você trabalhar. **Exame,** São Paulo, Ano 33, 2009, n. 17, ed. 695, p. 48-49.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOMES, S. M. S. et al. Análise da Gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação em hospitais de Salvador-Bahia. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL “A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO (MEDINFOR), 2., 2011. **Anais...** O Porto: FMUP, 2011.

GONÇALVES, E. L. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE Eletrônica**, [S.l.], v. 1, n. 2, jul./dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a02.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2011.

GUARIDO FILHO, E. R.; MACHADO-DA-SILVA, C. L. A influência de valores ambientais e organizacionais sobre a aprendizagem organizacional na indústria alimentícia paranaense. **Rev. Adm. Contemp. (online),** v. 5, n. 2, p. 33-63, 2001. Disponível em: <http://www.scielo. br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000200003&lng=en&nrm =iso>. Acesso em: 22 out. 2011.

GURALNIK, D. B. **Webster´s new world dictionary of the american language**. 2. ed. New York: Simon and Schuster, 1982.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro**. São Paulo: Campus, 1997.

HAMDANI, D. Serviços, criação de conhecimento e inovação. In: BERNARDES, S.; ANDREASSI, T. (Org.). **Inovação em serviços intensivos em conhecimento**. São Paulo: Saraiva, 2007. p.inicial-final.
HINGST, B. TV Corporativa: uma nova perspectiva para a comunicação organizacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 29., 2006. Brasília. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2006. 1 CD-ROM.

JANES, Marcelus W. **A contribuição da comunicação para a saúde:** estudo de comunicação de risco via rádio na Grande São Paulo. 2007. 282f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

JBILOU, J. et al. Combining Communication Technology Utilization and Organizational Innovation: Evidence from Canadian Healthcare Decision Makers. **J Med Syst**., [S.l.], v. 33, n. 1, p. 275-286, 2008.

LIMA, D. C. A Organização na Rede: A influência das novas tecnologias para as relações organizacionais. In: CARDOSO, C. (Org.). **Comunicação Organizacional Hoje II:** novos desafios, novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2004. p. 74-91.

KUNSCH, M. M. K. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. São Paulo: Summus, 2003.

_____ . Comunicação Organizacional: conceitos e dimensões dos estudos e das práticas. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008. v. 1.

INOVARH: portal da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar-Bahia. Disponível em: <www.inovarh.ufba.br> . Acesso em: 20 mar. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos. São Paulo: Atlas, 2001.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Sistemas de Informação com Internet**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1999.

_____ . **Sistemas de Informação Gerenciais**. São Paulo: Prentice Hall Brasil, 2007.

LIMA, S. M. V.; BRESSAN, C. L. Mudança organizacional: uma introdução. In: LIMA, S. M. V. (Org.). **Mudança organizacional:** teoria e gestão. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003. p. inicial-final do cap.

LOVE, M. Communication 2002: the SCM roundtable. **Strategic Communication Management,** [S.l.], v. 6, n. 1, p. 16-27, 2002

LUCAS (2008) – acrescentar após localização da referência – citação p. 28, cap. 3.

LUHMANN, N. The evolutionary differentiation between society and interaction. In: ALEXANDER, J. C. et al. **Micromacro link**. Los Angeles: University of California Press, 1987. p. inicial-final do capítulo.

LUNARDI, G. L.; CORREA, E. I.; BORBA, J. V. Avaliação de sistemas integrados de gestão: um estudo a partir da satisfação dos usuários. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DA PRODUÇÃO (ENEGEP), 24., 2004, Florianópolis. **Anais...** . Rio de Janeiro: ABEPRO, 2004.

MACHADO, I. Tudo o que você queria saber sobre as novas mídias, mas não teria coragem de perguntar a Dziga Vertov. **Revista Galáxia,** [S.l.], 2002. Seção resenhas: texto, som, imagem, hipermídia. n. 3, p. 219-225.

MAGALHÃES, J. C.; RODRIGUES JÚNIOR, T. **A contabilidade gerencial via sistemas de informação aumenta receitas e resultados no Hospital Português**. Salvador: Faculdade Visconde de Cairú, 2004.

MAGALHÃES, K. D. M.; GEDRES, C. A. P. Tópicos emergentes do Sistema de Operação Gerencial. **Administradores.com**. 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/informese/artigos/sistemadeinformacaogerencial/23741/>. Acesso em : 12 fev. 2012.

MALAGNON, L.; MORERA, G.; LAVERDE, P. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

MALIK, A. M. ; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.3., p. 51-59, jul./set. 2001.

MARCHIORI, M. Comunicação interna: um fator estratégico de sucesso nos negócios. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008 (a). v. 1. p. (inicial) - (página final do capítulo citado).

MARCHIORI, M. Cultura e comunicação organizacional: uma perspectiva abrangente e inovadora na proposta de relacionamento inter-organizacional. In: _____ (Org.). **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008 (b). v. 1. p. (inicial) - (página final do capítulo citado).

MARINHO, F. S. Espaço da organização hospitalar: estudo do comportamento do consumidor de serviços de saúde prestados por hospitais privados. 2005. 169 f. Disssertação (Mestrado em Administração) – Universidade Salvador (UNIFACS), 2005.

MARQUARDT, Michael J. **Building a Learning Organization:** a system approach to quantum improvement and global success. New York: McGraw-Hill, 1996.

(MENDES; CUNHA, 2007). Não consigo localizar a referência, mas é um paper de minha orientadora, vou solicitar – p.40, cap.4

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, V. L. P.; CUNHA, F. J. A. P.; TEIXEIRA, F. Redes Sociais de Colaboração: a experiência de uma rede de hospitais. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de Redes de cooperação interempresariais:** em busca de novos espaços para o aprendizado e inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005. p. 77-95

MCGEE, J. V.; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação:** aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como ferramenta estratégica. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLER, P. A. Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. **American Journal of Critical Care,** [S.l.],. n. 10, v. 5, p. 341-350, 2001.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social. In: _____ (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes Editora, 1994.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____ . **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia:** um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOORMAN, D. W. Communication, teams, and medical mistakes. **Annals of Surgery**, [S.l.], n. 245, p.173-175, 2007.

MORAES, I. H. S.; VASCONCELLOS, M. M. Política nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 86-98, jan. 2005.

MOREIRA, J. P. A framework for responsive health policy and corporate communication. **Corporate Communications:** an international journal, [S.l.], v.12, n. 1, 2007.

MURAMATSU, V. **Influências da comunicação digital nos vínculos humanos**. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

NAILON, D.; DELAHAYE, B.; BROWNLEE, J. Learning and leading: how beliefs about learning can be used to promote effective leadership. **Development and Learning in Organizations,** [S.l.], v. 21, n.4, p. 6-9, 2007.

NASSAR, M. R. F. Comunicação: políticas e estratégias para área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 27. 2004. Porto Alegre. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2004. 1 CD-ROM.

_____ . Princípios de Comunicação excelente para o bom relacionamento médico-paciente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: PUC-MG, 2003. Disponível em: <http://www.portalrp.com.br/bibliotecavirtual/relacoespublicas/ relações comospublicos /0206.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2010.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1994.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas de Informações Gerenciais:** estratégicas, táticas, operacionais. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

OLIVEIRA E. X. G.; TRAVASSOS C.; CARVALHO M. S. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, n. 20, p. 386-402, 2004.

PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 40, n. 3, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v40 n3/v40n3a09.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2011.

PEROTTONI, R. et al. Sistemas de Informações: um estudo comparativo das características tradicionais às atuais. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, Edição 21, v. 7, n. 3, maio/jun. 2001. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/ 10183/19461/000308562.pdf?sequence=1>. Acesso em: 06 out. 2011.

PINHO, J. A. G. Investigando portais de governo eletrônico de estados no Brasil: muita tecnologia, pouca democracia. **Revista de Administração Pública**, [S.l.], v. 42, n. 3, p. 471-494, mai./ jun. 2008

PITTA, A. M. R. **A Comunicação Serviços de Saúde/População:** modelos explicativos e desafios a partir das discussões recentes. 1994. 300 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

PLANO Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação 2009 / 2012. Rio Pomba, MG: Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET - RP), 2008. Disponível em: <http://www.cefetrp.edu.br/instituicao/ documentos institucionais/download/pdtic_cefetrp.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2010.

PORTER, M. What´s Strategy? **Harvard Business Review**, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 61-78, nov./dez. 1996.

POLDONY, J. M.; PAGE, K. L. Networks forms of organization. **Annual Review of Sociology**, [S.l.], n. 24, p. 57-76, 1998

POLIDORO, M. Odebrecht: a comunicação como processo e a construção de culturas. In: MARCHIORI, M. **Comunicação e Organização: reflexões, processos e práticas**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010. p. inicial-final do capítulo utilizado.

READER, T. W. et al. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. **British Journal of Anaesthesia**, [S.l.], v. 98, n. 3, p. 347-352, 2007.

REIS, M. C. Mudança organizacional, comunicação, criatividade e inovação. In: MARCHIORI, M (Org.). **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008. v. 1,

REIS, M. C.; MARCHIORI, M.; CASALI, A. M. A relação comunicação-estratégia no contexto das práticas organizacionais. In: MARCHIORI, M. (Org.). **Comunicação e organização:** reflexões, processos e práticas. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010. p. inicial-final do capítulo utilizado.

RIEL, Cees. **Principles of corporate communication**. Hemel Hempstead: Prenntice Hall, 1995.

RIVERA, Francisco J U. A gestão situacional (em saúde) e a Organização Comunicante. **Cad. Saúde Publica,** São Paulo, v., n., p., 1996. Completar dados. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X1996000300009&cript=sci_artte xt&tlng =PT>. Acesso em: 12 jan. 2010.

ROESCH, Sylvia M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em Administração:** guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudos de caso. São Paulo: Atlas, 1999.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations.** New York: Free Press, 1995.

SÁ FILHO, Carlos A. C. **Influência das TIC na dinâmica cultural e política de comunidades**. 2006. 290 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos.

SCHEIN, E. H.; CALLAGHAN, D. **Guia de sobrevivência da cultura corporativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2001.

SCHERER-WARREN, I. **Redes de movimentos sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

SCHUMPETER, J. **Teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril, 1982. (Os Economistas).

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 20, p. 272- 276, 2007.

SILVA, B. V. F. Alinhamento da Tecnologia da Informação à estratégia do negócio: uma fonte de geração de retorno aos investimentos em TI. In: CARDOSO, Claudio (Org.). **Comunicação organizacional hoje II:** novos desafios, novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2004. p. 24-42.

SILVA, J. F. Sistema de Informações Gerenciais e a Contabilidade de Custos. **Sappiens :** la comunidad del conocimiento. 2007. Disponível em: <http://www.sappiens.com/pdf/comunidades/contabilidad/SIG_CONT_sappiens.pdf>. Acesso em: 22 mar 2012.

SILVA, J. R. G. da; VERGARA, S. C. Sentimentos, subjetividade e supostas resistências à mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 43, n. 3, p. 10-21, 2003.

SILVA, T. D. **Inovações gerenciais em organizações hospitalares privadas de Salvador**. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SORJ, B. **Brasil@povo.com:** a luta contra a desigualdade na Sociedade da Informação. Brasília, DF: UNESCO, 2003.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, jan. 2002.

STABLEIN, R. Dados em Estudos Organizacionais. In: CLEGG, S. R. et al. **Handbook de Estudos Organizacionais:** reflexões e novas direções. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

STEIN, E. Aproximações sobre Hermenêutica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
STEYN, B. From strategy to corporate communication strategy: A conceptualization. **Journal of Communication Management**, [S.l.], n. 8, p. 168-183, 2003.

STUMPF, M. et al. **Um modelo de integração de informações para o apoio à decisão na gestão da assistência à saúde.** Porto Alegre: PPGA;UFRGS, jun 1998. (Série documentos para estudo; 07).

SOUSA, C. Tecnologias da Informação e Comunicação na região do Algarve. **Dos Algarves**, [S.l.], v. 3, n. 7, jun. 2003. Disponível em: <http://www.dosalgarves.com/revistas/N12/6rev12.pdf>. Acesso em: 01 out. 2011.

SOUZA, R. S. O funcionalismo sistêmico nas teorias social e organizacional: evolução e crítica. **Read**, [S.l.], ed. 19, v. 7 n. 1, jan./fev. 2001.

SYVAJARVI, A.; STENVALL, J. The impact of information technology on human capacity, interprofesional practice and management. **Probl. Perspectives Manag**., [S.l.], v. 1, n. 3, p. 82-95, 2005.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. Teoria da Criação do Conhecimento Organizacional. In: _____ . (Orgs.). **Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008. p. inicial-final do capítulo utilizado.

TEIXEIRA, C. F. Glossário: termos e expressões mais comuns em política, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. In: TEIXEIRA, Carmen, F. (Org.). **Planejamento em saúde:** conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 117-156

TEIXEIRA, S. M. F. **Gestão de Redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

THAYER, L. O. **Comunicação:** fundamentos e sistemas na organização, na administração e nas relações interpessoais. São Paulo: Atlas, 1976.

THOMAS, E. J.; SEXTON, J.B.; HELMREICH, R.L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Crit Care Med**., [S.l.], v. 31, n. 3, p. 956-969, 2003.

TORNATZKY, L. G., FLEISCHER, M. **The Processes of technological innovation**. Lexington Books, 1990.

TURBAN, E.; MCLEAN, E.; WETHERBE, J. **Tecnologia da informação para a gestão:** transformando os negócios na economia digital. São Paulo: Bookman, 2004.

VALLE, A. B. **Sistemas de informações gerenciais em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

VIZEU, Fábio. Poder, conflito e distorção comunicativa nas organizações contemporâneas. In: MARCHIORI, M. **Comunicação e organização:** reflexões, processos e práticas. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010. p. inicial- final do capítulo utilizado.

ZANETTI, E. A Comunicação Interna como ferramenta de Marketing. In: NASSAR, P. (Org.). **Comunicação Empresarial:** estratégia de organizações vencedoras. São Paulo: ABERJE, 2006. v. 2. p. 45 - 63.

WILLIAMS, R. et al. Surgeon information transfer and communication: Factors affecting quality and efficiency of inpatient care. **Annals of Surgery**, [S.l.], n. 245, p. 159-171, 2007.

WOOD JR., T. Mudança organizacional: introdução ao tema. In: _____. (Org.). **Mudança organizacional:** aprofundando temas atuais em administração de empresas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

YANAZE, Mitsuru H. **Retorno de investimentos em comunicação:** avaliação e mensuração. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - PORTARIA 1773/2006

Diário Oficial
Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 145 – 31/07/06 – p.32

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETARIO

PORTARIA Nº 1.773, DE 28 DE JULHO DE 2006

Dispõe sobre o apoio do Ministério da Saúde à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Rede InovarH.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e
Considerando a necessidade de melhoria da qualidade da atenção prestada na rede de assistência médica hospitalar;
Considerando as expectativas dos gestores do Sistema Único de Saúde em contar com um consistente mecanismo de cooperação entre centros acadêmicos e hospitais vinculados a esse sistema, que promova ações voltadas para a qualificação da gestão institucional orientada para melhores padrões gerenciais nesses hospitais;
Considerando a dificuldade de comunicação entre os agentes de criação e reprodução de tecnologias e associadamente os obstáculos para aplicação, de modo sustentado e permanente, de inovações gerencias no conjunto dos hospitais públicos;
Considerando que a atuação em rede e o uso da Internet são formas de diminuir essas limitações, interligando as instituições que compartilham a elaboração de novas propostas e fomentando a comunicação entre os atores presentes nas diferentes fases desses processos; e
Considerando a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde em incluir a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - Rede InovarH - no elenco das Redes Colaborativas integrantes do programa de cooperação técnica no Brasil, resolve:
Art. 1º A Rede InovarH contará com o apoio do Ministério da Saúde para promover e fortalecer a articulação e o intercâmbio entre centros acadêmicos e hospitais, mediante:
I - apoio à sua estruturação e funcionamento, visando consolidá-la como instância de parceria efetiva e permanente na gestão do SUS nas três esferas de governo; e
II - cooperação técnica e financeira às entidades integrantes da rede, fomentando o desenvolvimento e a disseminação de tecnologias, a implantação de inovações e a educação permanente na área de gestão hospitalar.
Art. 2º A coordenação do apoio técnico e financeiro aportado pelo Ministério da Saúde, nos termos do artigo 1º, será feita conjuntamente pelas Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e de Atenção à Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde.
Parágrafo único. A concessão desse apoio poderá ser feita:
I - diretamente pelas citadas secretarias ministeriais ou mediante processos previstos em convênios com outros órgãos públicos; e
II - por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde, mediante planos de trabalho de acordos de cooperação com o Ministério da Saúde.
Art. 3º O Ministério da Saúde envidará esforços conjuntos com a Organização Pan-Americana da Saúde para a articulação da Rede InovarH no contexto dos países integrantes dessa Organização.
Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B - TERMO DE ADESÃO À REDE INOVARH

TERMO DE ADESÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A REDE DE INOVAÇÃO E APRENDIZAGEM EM GESTÃO HOSPITALAR (REDE INOVARH) POR INTERMÉDIO DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFBA E SERVIÇO DE SAÚDE

A Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar, por intermédio da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, com sede, nesta capital, na Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, sala 08 – térreo, Vale do Canela, CEP.: 41.110-903, criada pela Portaria no. 1773 de 28 de julho de 2006, Gabinete do Ministro da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 31 de julho de 2006 neste ato, pela UFBa representada pela Prof. **Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes**, portadora da carteira de identidade nº 1595337 83 SSP/Ba, neste Termo denominada coordenadora da Rede InovarH - Bahia**,** e pelo Serviço de Saúde, denominado _____ com sede _____, _____, sito à Rua _____ CEP: _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, SSP/Ba neste Termo representado, pelo seu Diretor _____, portador de carteira de identidade nº _____, doravante denominado Representante da (Serviço de Saúde), firmam o presente **TERMO DE ADESÃO,** mediante as cláusulas e condições seguintes:

Considerando a iniciativa da Rede InovarH em constituir um espaço de compartilhamento de experiências inovadoras entre hospitais do Estado da Bahia;

Considerando o objetivo da Rede InovarH de contribuir no mapeamento e difusão de tecnologias de gestão e assistência hospitalar;

Considerando o interesse da Rede InovarH em apoiar o desenvolvimento de projetos de educação permanente em Gestão Hospitalar;

Considerando a iniciativa da Rede InovarH em prospectar demandas e prestar auxílio técnico na elaboração, desenvolvimento de projetos de inovação.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constituem objeto do presente Termo de Adesão estabelecer as atribuições das partes signatárias na estruturação e fortalecimento da Governança da Rede InovarH/Bahia.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES

I – São responsabilidades da Rede InovarH:

a. Fomentar a comunicação e a difusão de inovações gerenciais entre organizações prestadoras de serviços de saúde e sociedade civil no Estado da Bahia, fortalecendo vínculos necessários à melhoria contínua da qualidade e adoção de boas práticas de Gestão nos Serviços de Saúde;
b. Aperfeiçoar e manter atualizado o *Site* e desenvolver e implantar o Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH;
c. Realizar atividades de Educação Permanente, em parceria com os participantes da Rede, objetivando o desenvolvimento de habilidades dos profissionais da área e de representantes da sociedade civil em gestão de Serviços de Saúde.

II – São responsabilidades do Serviço de Saúde

a. Contribuir, a partir de ação conjunta, para o fortalecimento da Governança da qual é responsável a Rede InovarH, no que concerne às suas competências;

b. Representar os interesses do Serviço de Saúde junto à Rede InovarH/Ba;
c. Apoiar a Rede InovarH na obtenção de informações quantitativas e qualitativas de desempenho e efeitos das atividades, de acordo com o Plano de Coleta de Dados do conjunto de indicadores da Rede;
d. Participar na divulgação das atividades e resultados da Rede InovarH entre os colaboradores internos e externos do serviço;
e. Alimentar o site da Rede InovarH no que se refere ao seu Serviço de Saúde associado;
f. Identificar e comunicar demandas por inovações tecnológicas em seu respectivo serviço;
g. Prestar auxílio técnico na elaboração e desenvolvimento dos projetos de inovação, bem como auxiliar nas negociações com canais de difusão;
g. Nomear dois representantes legais junto a Rede InovarH.

Representante 01: Nome_____; Cargo: _____; Telefone Fixo:_____; Telefone Móvel:_____;
E-mail:_____.
Representante 02: Nome_____; Cargo: _____; Telefone Fixo:_____; Telefone Móvel:_____;
E-mail:_____.

PARÁGRAFO UNICO

A Rede InovarH **e o Serviço de Saúde** responsabilizar-se-ão pelo cumprimento dos objetivos deste Termo de Adesão.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

Este Termo de Compromisso vigora por tempo indeterminado, de acordo com a missão e visão da Rede InovarH/Ba e seu início dar-se-á a partir da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA – DOS CASOS OMISSOS E DA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

As dúvidas, omissões e conflitos decorrentes da realização do presente Termo serão resolvidos administrativamente, pelas autoridades máximas que o celebram, por mútuo entendimento.

E, por estarem de acordo com as condições aqui estabelecidas, assinam o presente em duas (02) vias, de igual teor e forma, para que produza seus legais efeitos, perante as testemunhas abaixo, que também a subscrevem.

Salvador, __ de _____de _____

_____
Coordenadora da Rede InovarH/BA

_____
Representante do Serviço de Saúde

TESTEMUNHAS: _____ _____

CPF: CPF:

ANEXO C - RESOLUÇÃO 008/2012 CEP/MCO/UFBA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IC 3460. IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014
Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014
Rua do Limoeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-150 – Salvador-Bahia
Telefax.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: cepmco@ufba.br/cepmco@gmail.com

PARECER/RESOLUÇÃO N.º008/2012

Registro CEP. 006/12. (Este número, bem como o do Parecer acima, devem ser citados nas correspondências referentes a este projeto).

Título do Projeto: "Comunicação Organizacional e Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em Hospitais: O caso do SIG / Rede InovarH".

Patrocínio/Financiamento: Financiamento próprio – compatível.

Pesquisador Responsável: Vera Lúcia Peixoto Mendes, Doutora e Mestre em Administração pelo Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração – Universidade Federal da Bahia, Orientando **Fábio Campos Aguiar**. "Curricula Vitae" apensos.

Instituições: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Bahia – Salvador/Bahia

Área do Conhecimento: 6.02 – Administração; Nível: não declarado; Grupo III.

Objetivo Geral: Analisar criticamente o papel da comunicação e utilização de TICs no suporte à tomada de decisões gerenciais em organizações hospitalares. **Específicos**: Verificar a importância atribuída à comunicação e às TICS enquanto ferramentas de viabilização de processos e suporte à gestão em serviços de saúde; Observar se as estratégias de comunicação adotadas contribuem para a integração dos processos; Identificar aspectos facilitadores e dificultadores à adoção do SIG da Rede InovarH nos processos de Comunicação Organizacional dos hospitais que a integram; Apontar lacunas e oportunidades na utilização do SIG da Rede InovarH no apoio a decisões gerenciais nas organizações amostradas..

Sumário do projeto: Ainda há uma grande resistência por parte de alguns gestores em dialogar com o meio externo. Comunicar, porém com clareza, objetividade e transparência tem sido a alternativa mais explorada pelas organizações não só nos momentos em que se necessita contornar uma grave crise de imagem; mas também para constituir um sólido relacionamento com todos os grupos. No âmbito dos serviços de saúde, a comunicação organizacional assume contornos desafiadores, uma vez que ela trata com vidas humanas, sendo importante verificar opiniões, a fim de alcançar não só um consenso, mas também a formação de uma imagem frente à sociedade. As novas **Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs)** revolucionaram a maneira do homem se comunicar, e também trouxeram às organizações formas diferenciadas de dialogar com seus públicos internos e externos. Funcionários gostam de sentir que fazem parte da história da empresa, que estão juntos construindo algo grandioso. A pesquisa que aqui se apresenta toma por objeto de estudo a **Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH)**, rede colaborativa de hospitais que se utiliza do **Sistema de Informações Gerenciais (SIG)** (que são um série de indicadores de produção hospitalar) em seus processos de comunicação. Aparentemente existe considerável resistência, principalmente na classe médica, à adoção de inovações tecnológicas na gestão dos processos hospitalares e (2) que a utilização das TICs nos serviços de saúde traz transformações gerenciais e práticas, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados não só por facilitar a comunicação, mas também por facilitar o acesso a informações diversas e a resultados de pesquisas.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IC 3460. IRB00004123 June 30, 2012 – January 31, 2014
Assurance FWA00002471, May 31, 2011 – February 08, 2014
Rua do Limoeiro, nº 137 – Nazaré Cep: 40.005-150 – Salvador-Bahia
Telefax.: (71) 3283-9210/9211 e-mail: cepmco@ufba.br/cepmco@gmail.com

16 diretores, chefes dos núcleos hospitalares de epidemiologia e assessores de comunicação de hospitais que fazem parte da Rede InovarH serão entrevistados para saber sobre o seu conhecimento e expectativas quanto à implantação da rede em seus estabelecimentos.

Critérios de inclusão: Ser Diretor, Chefe dos núcleos hospitalares de epidemiologia ou assessor de comunicação de hospitais da Rede InovarH em hospitais que tiveram os melhores e piores indicadores.

Critérios de exclusão: Não explicitados.

Cronograma: Consentâneo, adequado.

Análise de riscos: Risco mínimo.

Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade: Os sujeitos podem não se beneficiar. A comunidade pode se beneficiar pelo conhecimento advindo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – O TCLE tem linguagem simples para a população alvo da pesquisa. Objetivos e procedimentos estão descritos adequadamente. A participação voluntária, confidencialidade e privacidade, bem como gratuidade na participação estão asseguradas. Formas de contato tanto do Pesquisador quanto com o Comitê de Ética em Pesquisa estão citados.

Comentários: O protocolo está bem argumentado pode contribuir para o conhecimento. **Projeto Aprovado.**

Salvador, 01 de Março de 2012.

Professor, Doutor Eduardo Martins Netto
Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observação importante: toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste (a) ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução e nas "Recomendações Adicionais" apensas, **bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação,** (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).

ANEXO D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por gentileza assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo ficam garantidos o sigilo tanto da identidade do participante quanto das informações prestadas. Em caso de recusa, o(a) Sr(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:
Título do Projeto: Comunicação Organizacional e Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em Hospitais: O caso do SIG / Rede InovarH

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Mendes
Endereço: Avenida Reitor Miguel Calmon, Escola de Administração da UFBA, s/n, Vale do Canela, Salvador-BA.
Telefones para contato: (71) 3263-7461 / 9974-9532

Pesquisador participante: Fábio Campos Aguiar
Telefones para contato : (71) 8830-0991 / 9307-9351

Esta pesquisa se desenvolve sob supervisão do Conselho de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, situado à Rua do Limoeiro, nº 137, Nazaré, Salvador-BA. Contato através do telefone (71) 3283-9275 ou do e-mail cepmco@gmail.com.

O objetivo deste estudo é analisar criticamente o papel da comunicação e utilização de TICs no suporte à tomada de decisões gerenciais em organizações hospitalares, mediante estudo de caso da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH) e do seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG). A investigação contempla abordagens através de entrevista semi-estruturada ao Diretor Médico, ao coordenador do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (responsável pela alimentação do sistema) e ao profissional de Comunicação do hospital, não prevendo, portanto, abordagens a pacientes. O instrumento de coleta de dados utilizado é o roteiro de entrevista, o qual propõe questionamentos que permitem verificar o entendimento do respondente sobre a comunicação e o uso de TICs nos hospitais, a importância de uma estratégia de comunicação orientada à integração dos processos assistenciais e administrativos, o conhecimento dos mesmos sobre a referida Rede e seu SIG, e os limites e possibilidades deste no apoio à tomada de decisões gerenciais. Não há nenhum risco, prejuízo ou desconforto que podem ser provocados por esta pesquisa. Garantimos o mais absoluto sigilo quanto à identidade dos participantes, bem como das informações prestadas. Da mesma forma, asseguramos o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Profa. Dra. Vera Lucia Peixoto Mendes	**Fábio Campos Aguiar**
Pesquisadora Responsável	**Pesquisador Participante**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Comunicação Organizacional e Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em Hospitais: O caso do SIG / Rede InovarH", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Fábio Campos Aguiar sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o sigilo das informações e da minha identidade, e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve prejuízo de qualquer natureza.

Salvador, _____ de _____ de 2012

Nome (por extenso): _____

Assinatura:_____