



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – NPGA**

JAIME NOGUEIRA DA GAMA

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR:
ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL PRIVADO, DE ATUAÇÃO
GERAL E MÉDIO PORTE.**

Salvador
2009

JAIME NOGUEIRA DA GAMA

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR:
ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL PRIVADO, DE
ATUAÇÃO GERAL E MÉDIO PORTE.**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Guimarães Cardoso

Salvador
2009

Escola de Administração - UFBA

G184 Gama, Jaime Nogueira da
Gestão da informação hospitalar: estudo de caso de um hospital privado, de atuação geral e médio porte / Jaime Nogueira da Gama. – 2009.
174 f.

Orientador: Prof.º Dr.º Claudio Guimarães Cardoso.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração, 2009.

1. Hospitais – Administração - Bahia. 2. Tecnologia da informação. 3. Sistemas de informação gerencial. 4. Hospital Jorge Valente.
I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Cardoso, Claudio Guimarães. III. Título.

362.11098142

JAIME NOGUEIRA DA GAMA

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR:
ESTUDO DE CASO DE UM HOSPITAL PRIVADO, DE
ATUAÇÃO GERAL E MÉDIO PORTE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

26 de março de 2009.

Banca Examinadora

Ana Verena Almeida Mendes

Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade de São Paulo (USP)
Hospital São Rafael

Claudio Guimarães Cardoso – Orientador

Doutor em Comunicação e Cultura Contemporânea pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia

À minha esposa Jacqueline, minha alma gêmea, pelo seu profundo incentivo e amor.

Aos meus filhos Gabriel e Daniel, pelo amor, carinho, respeito e compreensão.

Ao meu pai, pelas suas mãos, agora nos meus ombros.

À minha mãe, pelo incansável incentivo aos estudos.

Aos meus irmãos, Márcia e Guilherme, com as respectivas famílias, pela rica história.

À Família Canuto e seus “mil” agregados e à casa de Itabirito, palco de minhas leituras e com suas inúmeras e alegres confraternizações.

Ao meu Orientador e Amigo, Prof. Dr. Claudio Cardoso, pela paciência e dedicação (e ao Franz Café que tanto acolheu nossas reuniões de orientação).

À Dra. Ana Verena Almeida Mendes, pela amizade e pelos grandes e prazerosos projetos que fizemos juntos, unindo a Medicina e a Tecnologia da Informação.

A Vera Canovas, pelo caminho.

À Dinâmica Energética do Psiquismo, pela caminhada.

A Hermes, Andreia, Lauro e Eliane, grandes e mineiros amigos, que sedimentam minhas origens.

A George e Ivanil, os primeiros amigos da Bahia.

Ao Dico, Daniela, Mauricio Lucas e Bianka, “casais de afilhados” e amigos de longas datas.

A Fernando e Mônica, amigos de fé, de vinho, de lua e de Nietzsche.

Aos amigos Mário e Stella, pelo apoio e dicas na reta final.

A Lora, Prado, Grace, Annia, Marcelão, Xandinha, Kleber, Patrícia, Rodrigo, Cynthia, Eugenio, Bianca, Roberto, Rosana, Rogério Peres, Silvana, Rogério Grijó e tantos outros, que muito me ajudaram como verdadeiros amigos e grandes filósofos.

Aos grandes amigos mineiros, Maia, Simone, Totonho, Guilherme, Zé Antonio, Helinho, Verinha, e tantos outros...

A todos os amigos do Grupo Família, pela intensa doação.

A Deus, por sua sabedoria incomum.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Jorge Valente Filho, já presente em outra dimensão, grande visionário e criador do Grupo Promédica, por me inserir e reconhecer no segmento de saúde.

Ao Dr. Humberto Silveira Alves, amigo, diretor do Hospital Jorge Valente, pelo seu incondicional apoio dessa caminhada, iniciada em Guarajuba, em janeiro/2007.

A Tereza Valente, presidenta do Grupo Promédica, pela sincera amizade, pelo “primeiro amigo” e pelo carinhoso apelido “Gameta GT”.

A Jorge Oliveira, diretor do Grupo Promédica, amigo de charutos, vinhos e grandes “filosofadas”.

Ao Dr. Jorge Pereira, cabeça genial, pela abertura do tema de pesquisa.

Ao estimado Prof. Denis Alcides Rezende, pela disponibilização de sua tese como instrumento de pesquisa.

À Profa. Vera Mendes, pelo novo convívio através da Rede InovarH, com o propósito de uma rica troca de conhecimento na área de saúde.

Ao Dr. Luiz Soares, pela leitura crítica, disponibilidade e inteligentes sugestões.

Ao Dr. Luis Carlos Nogueira, amigo, grande cruzeirense e consultor da Promédica, um entusiasta da gestão da informação.

A alguns profissionais especiais, que de uma forma ou de outra tanto contribuíram para a minha presença nesse mundo hospitalar, como Dr. Maltez, Dra. Tânia, Dra. Carol, Dr. Antonio Raimundo, Dra. Marisa, Dr. Atalah, Stella, Hilda, Janaina, Solange, César, Dra. Anna K, Eduardo, Celina, Vanessa, Fátima Monteiro, Anete, Sueide, “prima” Risete, Marques, Jurandir e tantos outros...

Ao NPGA, professores, funcionários e colegas de turma, especialmente, Prof. Pinho, Prof. Quintella, Profa. Tânia, Prof. Chico Teixeira, Profa. Maria do Carmo, Profa. Beth, Profa. Paula, Prof. Tenório, Prof. Jair, Prof. Genauto, Prof. Sandro, Prof. Maria Teresa (minha nova amiga mineira), Anaelia, Dacy, Daniela Moscon, Alba, João Gualberto, Fred, pelo rico convívio.

Ao amigo Adriano Miranda, grande incentivador da minha caminhada.

Ao Prof. Carlos Palma, Prof. Jairo Gomes e Prof. Nestor, amigos e verdadeiros parceiros.

Ao Prof. Nildo Leite e Prof. Rosa Helena (também em outra dimensão), que tanto reconheceram meu potencial acadêmico.

À competente e amiga Profa. Pat Moraes, pelo apoio na revisão final e inúmeras contribuições.

A Luíze Meirelles, pelo apoio na leitura final.

Aos meus amigos Rodrigo Valadares e Fabíola Grijó, pela colaboração na convergência dos temas de pesquisa.

À Edileusa, com suas poderosas vitaminas de abacate e que tanto cuida de mim lá em casa.

Aos CPDs do Grupo Promédica, em especial, Eduardo (glorioso “OCP”), Leo, Orlando, Zeca, Ricardo, Maurício, Marcos Almeida e Arnaldo Diniz pela longa caminhada juntos no árduo trabalho na nossa prazerosa área de informática.

A Fernando Pessoa, pelas pedras no caminho, que me fazem construir castelos.

Ao Paciente, por sua alma.

Mande notícias do mundo de lá
Diz quem fica
Me dê um abraço, venha me apertar
Tô chegando
Coisa que gosto é poder partir
Sem ter planos
Melhor ainda é poder voltar
Quando quero
Todos os dias é um vai-e-vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim, chegar e partir
São só dois lados
Da mesma viagem
O trem que chega
É o mesmo trem da partida
A hora do encontro
É também de despedida
A plataforma dessa estação
É a vida desse meu lugar
É a vida desse meu lugar
É a vida.

GAMA, Jaime Nogueira da. *Gestão da Informação Hospitalar*: estudo de caso de um hospital privado, de atuação geral e médio porte. 174 f. il. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2009.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo compreender os efeitos dos conhecimentos gerados pelos estudos da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão do Hospital Jorge Valente, de atuação geral, privado e de médio porte. O trabalho está fundamentado por um quadro teórico baseado na gestão da informação e no contexto organizacional relacionado ao conceito de hospital como um dos elementos integrantes do sistema de saúde e articulado com uma pesquisa de campo aplicada, onde o problema foi abordado como um estudo de caso, exploratório e de cunho qualitativo com análise de conteúdo. O instrumento de pesquisa utilizado baseia-se em Rezende (2002), que propõe quatro construtos: sistemas de informações, tecnologia da informação, recursos humanos e contexto organizacional. Foram conduzidas entrevistas seguindo o enquadre desses construtos e as respostas foram categorizadas seguindo a temática de Bardin (1977). À guisa de conclusão, o presente estudo indica a necessidade de uma gestão da informação e traz contribuições às discussões que já vêm sendo realizadas no campo teórico, tendo em perspectiva o ambiente hospitalar. Demonstra ainda que a utilização de estratégias qualitativas de pesquisa pode contribuir para os avanços que vêm sendo realizados na área da gestão hospitalar. Além disto, oferece um panorama de dados devidamente categorizados que possibilitam uma compreensão dos efeitos dos conhecimentos gerados pelos estudos da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão hospitalar. Vários trabalhos futuros são sugeridos visando maior aprofundamento e melhor investigação sobre a gestão da informação hospitalar.

Palavras-chave: Gestão da Informação. Sistemas de Informações. Gestão Hospitalar. Hospital Jorge Valente.

GAMA, Jaime Nogueira da. *Management of Hospital Information: case study of a general nature hospital, private and medium-sized*. 174 pp. ill. 2009. Master Dissertation – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2009.

ABSTRACT

This dissertation aims to identify and understand the effects of knowledge generated by studies of information management on promoting improvements on the management of Jorge Valente Hospital, of a general nature, private and medium-sized. The work is grounded on a theoretical framework based on information management and organizational context related to the concept of a hospital as a integral component of the health system, combined with an applied field research, where the problem was treated as a exploratory study-of-case, with a qualitative and analytical approach of the content. The adopted research instrument is based on Rezende (2002), under his approval, which proposes four constructs: information systems, information technology, human resources and organizational context. Interviews were conducted by following the constructs and responses were categorized in Bardin's theme (1977). As a conclusion term, this study reinforces the need for management information appliances and brings contributions to the discussions that have already been carried out considering the theoretical field of a hospital as a wealth system component. It also shows that the use of qualitative strategies can contribute to the progress being made in the field of management hospital. In addition, it offers an overview of properly classified information that enable a understanding of the effects of knowledge generated by studies of information management in the promotion of improvements in hospital management In favor of further investigation and analysis on the hospital information management subject, several future work have been suggested.

Keywords: Information Management, Information Systems, Hospital Management, Hospital Jorge Valente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Dados, Informações e Conhecimentos	30
Quadro 2	Projetos e descritivos <i>eHealth</i>	36
Figura 1	Modelo para o equilíbrio organizacional	44
Quadro 3	Classificação das organizações hospitalares	50
Quadro 4	Processos relativos ao produto hospitalar	51
Quadro 5	Processos de apoio hospitalar	52
Quadro 6	Fases e passos da pesquisa	74
Quadro 7	Classificação do Hospital Jorge Valente	73
Quadro 8	Relação de Sistemas de Informações existentes no Hospital Jorge Valente	78
Gráfico 1	Respondentes da pesquisa (por profissão)	80
Gráfico 2	Respondentes da pesquisa (por tempo de experiência)	83
Quadro 9	Construtos e fundamentação teórica	86
Gráfico 3	Visão geral do Construto SI	106
Gráfico 4	Visão das Categorias do Construto SI	106
Figura 2	Resultado da Certificação na Acreditação Hospitalar	108
Gráfico 5	Visão geral do Construto TI	109
Gráfico 6	Visão das Categorias do Construto TI	109
Gráfico 7	Visão geral do Construto RH	110
Gráfico 8	Visão das Categorias do Construto RH	111
Gráfico 9	Visão geral do Construto CO	112
Gráfico 10	Visão das Categorias do Construto CO	112
Gráfico 11	Análise da Categoria A- ou DEPENDÊNCIA-	112
Quadro 10	Análise da Categoria A- ou DEPENDÊNCIA-	114
Gráfico 12	Análise da Categoria B- ou BUROCRÁTICO-	115
Quadro 11	Análise da Categoria B- ou BUROCRÁTICO-	115
Gráfico 13	Análise da Categoria C+ ou SEGURANÇA+	116
Quadro 12	Análise da Categoria C+ ou SEGURANÇA+	116
Gráfico 14	Análise da Categoria D+ ou PRATICIDADE+	117

Quadro 13	Análise da Categoria D+ ou PRATICIDADE+	117
Gráfico 15	Análise da Categoria E+ ou COMPLEXIDADE+	118
Quadro 14	Análise da Categoria E+ ou COMPLEXIDADE+	118
Gráfico 16	Análise da Categoria F- ou INSUFICIENTE-	119
Quadro 15	Análise da Categoria F- ou INSUFICIENTE-	120
Gráfico 17	Análise da Categoria G+ ou AGILIDADE+	120
Quadro 16	Análise da Categoria G+ ou AGILIDADE+	121
Gráfico 18	Análise da Categoria H+ ou IMPRESCINDÍVEL+	121
Quadro 17	Análise da Categoria H+ ou IMPRESCINDÍVEL+	122
Gráfico 19	Análise da Categoria I+ ou COMUNICAÇÃO+	122
Quadro 18	Análise da Categoria I+ ou COMUNICAÇÃO+	123
Gráfico 20	Análise da Categoria J- ou HETEROGENEIDADE-	124
Quadro 19	Análise da Categoria J- ou HETEROGENEIDADE-	124
Gráfico 21	Análise da Categoria K- ou MEDO DA TI-	125
Quadro 20	Análise da Categoria K- ou MEDO DA TI-	125
Gráfico 22	Análise da Categoria L- ou RESISTÊNCIA-	126
Quadro 21	Análise da Categoria L- ou RESISTÊNCIA-	126
Gráfico 23	Análise da Categoria M+ ou INTERAÇÃO+	127
Quadro 22	Análise da Categoria M+ ou INTERAÇÃO+	127
Gráfico 24	Análise da Categoria N+ ou IMPORTÂNCIA DA TI+	128
Quadro 23	Análise da Categoria N+ ou IMPORTÂNCIA DA TI+	128
Gráfico 25	Análise da Categoria O+ ou CONHECIMENTO+	129
Quadro 24	Análise da Categoria O+ ou CONHECIMENTO+	129
Gráfico 26	Análise da Categoria P- ou CONFLITOS-	130
Quadro 25	Análise da Categoria P- ou CONFLITOS-	131
Gráfico 27	Análise da Categoria Q- ou COMPLEXIDADE-	131
Quadro 26	Análise da Categoria Q- ou COMPLEXIDADE-	132
Gráfico 28	Análise da Categoria R+ ou COMPLEXIDADE+	132
Quadro 27	Análise da Categoria R+ ou COMPLEXIDADE+	133
Gráfico 29	Análise da Categoria S+ ou GESTÃO+	133
Quadro 28	Análise da Categoria S+ ou GESTÃO+	134

Gráfico 30	Análise da Categoria T+ ou QUALIDADE+	134
Quadro 29	Análise da Categoria T+ ou QUALIDADE+	135
Quadro 30	Limitações da pesquisa	150
Quadro 31	Pesquisas futuras	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Foco dos sistemas <i>eHealth</i> : dados, informações ou conhecimentos	37
Tabela 2	Classificação dos sistemas <i>eHealth</i> : ST, SE, SIG ou SAD	38
Tabela 3	Dados da situação brasileira – saúde	39
Tabela 4	Construto SI: Categoria A- ou Categoria DEPENDÊNCIA (-)	89
Tabela 5	Construto SI: Categoria B- ou Categoria BUROCRÁTICO (-)	89
Tabela 6	Construto SI: Categoria C+ ou Categoria SEGURANÇA (+)	91
Tabela 7	Construto SI: Categoria D+ ou Categoria PRATICIDADE (+)	92
Tabela 8	Construto SI: Categoria E+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+)	93
Tabela 9	Construto TI: Categoria F- ou Categoria INSUFICIENTE (-)	94
Tabela 10	Construto TI: Categoria G+ ou Categoria AGILIDADE (+)	95
Tabela 11	Construto TI: Categoria H+ ou Categoria IMPRESCINDÍVEL (+)	95
Tabela 12	Construto TI: Categoria I+ ou Categoria COMUNICAÇÃO (+)	96
Tabela 13	Construto RH: Categoria J- ou Categoria HETEROGENEIDADE (-)	97
Tabela 14	Construto RH: Categoria K- ou Categoria MEDO DA TI (-)	97
Tabela 15	Construto RH: Categoria L- ou Categoria RESISTÊNCIA (-)	98
Tabela 16	Construto RH: Categoria M+ ou Categoria INTERAÇÃO (+)	100
Tabela 17	Construto RH: Categoria N+ ou Categoria IMPORTÂNCIA DA TI (+)	101
Tabela 18	Construto RH: Categoria O+ ou Categoria CONHECIMENTO (+)	101
Tabela 19	Construto CO: Categoria P- ou Categoria CONFLITOS (-)	102
Tabela 20	Construto CO: Categoria Q- ou Categoria COMPLEXIDADE (-)	103
Tabela 21	Construto CO: Categoria R+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+)	104
Tabela 22	Construto CO: Categoria S+ ou Categoria GESTÃO (+)	105
Tabela 23	Construto CO: Categoria T+ ou Categoria QUALIDADE (+)	105
Tabela 24	Diálogo dos Construtos – visão geral	136
Tabela 25	Diálogo dos Construtos – visão das palavras/termos ordenados	138
Tabela 26	Diálogo dos Construtos – visão das categorias e pressupostos	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEOs	<i>Chief Executive Officer</i>
CIOs	<i>Chief Information Officer</i>
CO	Contexto Organizacional
GI	Gestão da Informação
HJV	Hospital Jorge Valente
PEE	Planejamento Estratégico Empresarial
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PETI	Planejamento Estratégico da Tecnologia da Informação
RH	Recursos Humanos – pessoas
SAD	Sistemas de Apoio à Decisão
SE	Sistemas Especialistas
SI	Sistemas de Informação
SIG	Sistemas de Informações Gerenciais
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
ST	Sistemas Transacionais
TI	Tecnologia da Informação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL	22
2.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO	22
2.1.1 Dados, Informações e Conhecimentos	27
2.2 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	32
2.2.1 Principais Fundamentos	32
2.2.2 Como Ferramenta	35
2.2.3 Como Infra-estrutura	40
2.2.4 Como Transformação	43
2.3 CONTEXTO ORGANIZACIONAL DOS HOSPITAIS	46
2.3.1 A Organização Hospital	47
2.3.2 O Prontuário Médico	54
2.3.3 O Prontuário Eletrônico	57
2.3.4 Recursos Humanos de Organizações Hospitalares	63
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	66
3.1 MÉTODO DE PESQUISA	66
3.1.1 Natureza da Pesquisa	67
3.1.2 Abordagem do Problema da Pesquisa	68
3.1.3 Caracterização dos Objetivos da Pesquisa	71
3.2 TÉCNICAS DA PESQUISA	71
3.2.1 Desenho da Pesquisa	72
3.2.2 Fases e Passos da Pesquisa	72
3.3 COLETA DE DADOS DA PESQUISA	75
3.4 ABRANGÊNCIA DA PESQUISA	76
3.4.1 Campo de Investigação da Pesquisa	77
3.4.2 Sujeitos da Pesquisa	78

3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA	82
3.5.1 Respondentes da Pesquisa	82
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	85
4.1 ORGANIZAÇÃO DOS CONSTRUTOS	86
4.1.1 Organização dos Construtos – Visão Geral	87
4.1.2 Organização dos Construtos – Visão de Cada Construto	88
4.1.3 Visão do Construto SI – Sistemas de Informações	89
4.1.4 Visão do Construto TI – Tecnologia da Informação	94
4.1.5 Visão do Construto RH – Recursos Humanos	96
4.1.6 Visão do Construto CO – Contexto Organizacional	102
4.2 ANÁLISE GERAL DOS CONSTRUTOS	106
4.2.1 Análise do Construto SI – Sistemas de Informações	113
4.2.2 Análise do Construto TI – Tecnologia da Informação	119
4.2.3 Análise do Construto RH – Recursos Humanos	123
4.2.4 Análise do Construto CO – Contexto Organizacional	130
4.3 DIÁLOGO DOS CONSTRUTOS E DISCUSSÃO DOS PRESSUPOSTOS	135
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICE A – E-mail de solicitação de uso de questionário	158
APÊNDICE B – Carta de apresentação do questionário	161
APÊNDICE C – Questionário (perguntas abertas)	162
APÊNDICE D – E-mail de agradecimento de participação	164
ANEXO A – Apresentação do Hospital Jorge Valente e da <i>holding</i> Promédica	165

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde é uma das últimas indústrias de alta *performance* a se estruturar no uso das tecnologias da informação e dos sistemas de informações. Algumas variáveis desse segmento são levadas em conta por muitos especialistas em saúde, com fortes crenças e pressupostos, dotando esse cenário de considerável complexidade: os pacientes sempre buscam mais tratamentos; melhorar a qualidade significa aumentar custos; a própria tecnologia também causa elevação de custos; a qualidade não pode ser medida de forma significativa; a cobertura universal é a única resposta; ou dar autoridade e responsabilidade aos consumidores é a única solução.

Dessa forma, há indícios de que a natureza da prestação dos serviços de saúde precisa ser transformada e reformar o sistema de assistência à saúde conduz à reforma da própria competição. Esse raciocínio leva a crer que reformar a competição significa transformar as estratégias, as estruturas organizacionais e as práticas de avaliação dos vários atores desse sistema. O resultado é que muitos indivíduos talentosos e bem-intencionados que trabalham no sistema, acabam muitas vezes, atuando contra o valor para o paciente.

A maneira de transformar o sistema de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes. No entanto, a melhoria do valor não tem sido a meta central dos participantes do sistema. Em vez disso, o foco tem recaído somente na minimização dos custos e na luta sobre quem vai pagar pelo quê. O resultado é que muitas das estratégias, estruturas organizacionais e práticas dos vários atores do sistema estão seriamente desalinhadas com o valor para o paciente. Além disso, o foco no valor ao paciente não deve ser apenas no nível de intervenções isoladas, e

sim no ciclo completo do atendimento, em que o valor é realmente determinado (PORTER; TEISBERGER, 2006).

Vários participantes desse sistema são conhecidos: os pacientes, que se preocupam com o custo do seguro e com a qualidade dos tratamentos; os empregadores, que arcam com apólices mais onerosas e funcionários insatisfeitos; os médicos e demais membros de um corpo funcional, com rendimentos reduzidos, sobrecarga de trabalho, vários vínculos profissionais, risco de processos judiciais e submetidos a diversas burocracias; os planos de saúde, cada vez mais regulados, sujeitos a sanções e acirradas competições com foco somente em preço; os laboratórios e fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos, que lançam o que há de melhor para salvar e melhorar a vida dos pacientes, mas são acusados de cartelizar o sistema e provocar a elevação de custos; o governo cujos orçamentos fogem de controle e o próprio conhecimento sobre todo o sistema é, muitas vezes, precário. Um desses participantes, a organização hospitalar, exerce um complexo papel nesse sistema e é um dos temas centrais do nosso estudo.

De acordo com Malagon, Morera e Laverde (2000), o hospital não é apenas uma organização que possui um grupo de profissionais em atitude solícita, prestando seus serviços a vários pacientes que têm a frente de seus leitos, com médicos prescrevendo medicamentos e terapias nutricionais, enfermeiros aplicando ou administrando tais itens nesses pacientes ou fazendo curativos, e fisioterapeutas trabalhando em processos de reabilitação.

Não se trata simplesmente de um lugar para colocar os pacientes sob os cuidados de profissionais de saúde, nem é apenas um lugar aonde vão os doentes que desejam se curar. A recuperação da saúde não é a única responsabilidade de um hospital. Embora a sua finalidade seja a preservação das condições físicas ideais do indivíduo e a meta fundamental seja salvaguardar a vida, o conceito de um hospital abrange uma série de recursos variados, elementos e dispositivos que, submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Dessa forma, um hospital vai além das suas atividades: profissionais em diversas especialidades executam o atendimento aos pacientes, assistência clínica e cirúrgica é prestada aos doentes, pesquisas científicas são realizadas, a administração ocorre em todos os níveis, a docência é praticada com estudantes de ciências da saúde, a educação continuada é desenvolvida

com os colaboradores, especialistas são formados, estratégias são traçadas, leis e normas são seguidas, novas tecnologias são pesquisadas e adquiridas, problemas trabalhistas são enfrentados, serviços religiosos são oferecidos, novos seres nascem e outros encerram sua jornada. Enfim, o hospital possui inúmeras atividades que devem funcionar de forma harmônica e coordenada, transformando esse participante do citado sistema de saúde num elemento de elevada importância.

Além desse conjunto de atividades da organização hospitalar – composta por pessoas, recursos físicos (infra-estrutura, tecnologia e insumos), recursos financeiros e normas para o desenvolvimento e a prestação de serviços de saúde, é necessário que se leve em consideração o enorme volume de dados que, tacitamente, compõe de forma fundamental um sistema de informações integrado, apoiado por uma infra-estrutura tecnológica robusta que possa proporcionar suporte aos processos operacionais, táticos e estratégicos da organização.

Tal cenário é um forte gerador de informações (série de dados processados) de apoio decisório e produtor de novos conhecimentos concernentes à dinâmica da organização e do seu entorno. Embora os hospitais tenham as suas próprias características funcionais de coleta, armazenamento, processamento e distribuição de dados e informações, também fica evidente que cada organização tem as suas particularidades de funcionamento, operação e gestão, mesmo existindo aspectos comuns aos sistemas de informações.

A sociedade industrial observada por De Masi (1999) produzia, sobretudo, bens a serem consumidos. Já a sociedade pós-industrial produz conhecimento, administração de sistemas e a capacidade de programar a mudança ou o futuro. A programação do futuro, segundo o autor, utiliza-se da mercadoria informação. Tarapanoff (2001), por sua vez, sinaliza que a informação sendo um bem, deve ser gerenciada numa visão integrada de todos os recursos envolvidos no seu ciclo, incluindo a informação propriamente dita (conteúdo), os recursos tecnológicos, as pessoas (recursos humanos) envolvidas e o contexto no qual a organização está inserida.

Dessa forma, o principal objetivo da *gestão da informação* é identificar e potencializar os recursos informacionais de uma organização, a fim de ensiná-la a aprender e adaptar-se tanto às mudanças internas quanto às mudanças ambientais. A criação, aquisição, armazenamento, análise e uso da informação promovem a estrutura para o suporte ao crescimento e ao desenvolvimento

de uma organização inteligente, adaptada às exigências e às novidades do ambiente no qual se enquadra.

Diante da complexidade do segmento de saúde e da organização hospitalar, além da necessidade de sinergia dos vários elementos envolvidos na geração de valor para a recuperação do paciente, a proposta do presente trabalho configura-se em um campo de investigação e pesquisa da aplicação da gestão da informação hospitalar.

Vale destacar a importância do pesquisador atuar profissionalmente em um campo que concentra vários dos atores citados, desde a unidade hospitalar, passando pelos vários profissionais envolvidos, até a operadora de planos de saúde, possuindo uma cultura de gestão da informação aplicada a propósitos gerenciais e apoio aos processos.

Como objeto empírico desse estudo foi escolhido o Hospital Jorge Valente (HJV), de caráter geral, médio porte, localizado em Salvador, Bahia, com nível máximo no Sistema de Acreditação Hospitalar, voltado para a garantia da qualidade da atenção médica prestada aos pacientes/clientes. O HJV é a principal unidade da empresa Promédica Proteção Médica a Empresas, operadora de planos de saúde. A metodologia utilizada foi um estudo de caso exploratório, em que foi realizada abordagem qualitativa.

Sabendo dos riscos na escolha de um objeto empírico no qual atua profissionalmente, o pesquisador teve cuidado para não deixar-se impregnar de vestígios de conhecimentos prévios, mas de seguir um caminho na busca de novos conhecimentos.

Considerando as questões já relacionadas, tem-se os seguintes *pressupostos*:

- a) a complexidade do sistema de saúde com o foco desalinhado do valor ao paciente;
- b) a diversidade de posicionamento dos diversos participantes do sistema de saúde;
- c) as organizações hospitalares, importantes participantes do sistema, apresentam inter-relações de alta complexidade, além de um quadro funcional especializado e diverso;
- d) a necessidade de integração entre os vários setores e atividades existentes nas organizações hospitalares, com vistas a promover a saúde de seus pacientes;

- e) o enorme volume de dados compondo um sistema de informações integrado e que necessita produzir informações e conhecimento, que possam proporcionar suporte aos processos operacionais, táticos e estratégicos da organização;
- f) a gestão da informação sendo elemento presente e decisivo para essas organizações.

Dessa forma, coloca-se como *pergunta norteadora* dessa pesquisa: quais são os efeitos da aplicação da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão do HJV?

O *objetivo geral* desse trabalho é compreender os efeitos da aplicação da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão do HJV. São propostos como *objetivos específicos*: proporcionar uma compreensão dos estudos da gestão da informação na atualidade, em particular, daqueles relativos à aplicação na gestão hospitalar e identificar os efeitos gerados na atuação profissional cotidiana do corpo funcional de um hospital, que adota um sistema de informações.

A fim de alcançar o objetivo proposto, essa dissertação está estruturada em quatro capítulos. O *primeiro capítulo* versa sobre a gestão da informação e as principais correntes de autores que a definem, bem como conceitua o papel do gestor da informação. Em seguida, aborda os conceitos mais refinados de dados, informações e conhecimentos, numa visão holística; as principais questões e conexões entre a tecnologia da informação e os sistemas de informações, na ótica de ferramentas de trabalho, como infra-estrutura e como agente transformador nas organizações. Também conceitua o contexto organizacional dos hospitais, sua classificação (características), os processos relativos ao produto hospitalar e os processos de apoio. Aborda ainda os conceitos relacionados ao prontuário do paciente (características, vantagens e funções) e ao prontuário eletrônico do paciente (vantagens, integrações, principais atributos, riscos e obstáculos para a sua implantação) e, finalmente, faz uma apresentação de algumas questões relacionadas aos recursos humanos das organizações hospitalares.

O delineamento metodológico utilizado no estudo para responder à questão proposta está descrito de forma detalhada no *segundo capítulo*. Nele constam o contexto em que a pesquisa foi realizada, a caracterização dos sujeitos participantes e as etapas de investigação. Já o *terceiro capítulo* trata dos procedimentos de apresentação e de análise dos dados obtidos, e dos resultados da investigação, no sentido de responder aos problemas de pesquisa formulados. Uma síntese dos

principais resultados é apresentada no *último capítulo*, com as considerações finais, destacando os aspectos mais relevantes da presente dissertação, as principais contribuições oferecidas, suas limitações e as sugestões de trabalhos futuros nos âmbitos acadêmico e empresarial, que possam dar andamento aos resultados obtidos pelo estudo.

Após estas considerações mais introdutórias, no próximo capítulo serão apresentados os principais conceitos teóricos que fundamentam a dissertação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL

Neste capítulo são trabalhadas as principais correntes teóricas que fundamentam a investigação proposta, voltados à gestão da informação, e uma distinção das definições de dados, informações e conhecimentos. Além disso, as definições de tecnologia da informação e sistemas de informações são apresentadas sobre três óticas: como ferramentas, como infra-estrutura e como agentes transformadores das organizações. Ainda no desenvolvimento conceitual, o capítulo apresenta o contexto organizacional dos hospitais, com a abordagem da organização hospital propriamente dita, o prontuário do paciente, o prontuário eletrônico do paciente e os recursos humanos dessas organizações hospitalares. Todos os conceitos desse capítulo serão úteis na compreensão da forma de tratamento do problema de pesquisa e dos estudos de campo.

2.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO

A Gestão da Informação (GI) envolve todas as ações relacionadas à obtenção da informação adequada, na forma correta, para a pessoa indicada, a um custo adequado, no tempo oportuno, em lugar apropriado e para levar à tomada da decisão correta.

Segundo Starec, Gomes e Chaves (2006), existem diversos enfoques para a gestão da informação. Há uma abordagem, geralmente feita nos cursos de administração, em que a GI visa

incrementar a competitividade empresarial e os processos de modernização organizacional. Esse enfoque acaba privilegiando a administração da tecnologia da informação sintonizada com os objetivos empresariais. O enfoque da área de tecnologia enxerga a GI, ainda que dentro de um contexto organizacional, como um recurso a ser otimizado com o uso de arquiteturas de telemática, ou seja, *hardware*, *software* e redes de telecomunicações. Dessa forma, a GI pode ser definida como um processo que trata de um conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento gerado.

O outro enfoque é da área de ciência da informação, que se aplica ao estudo da informação por si só. A teoria e a prática, que envolve a criação, identificação, coleta, validação, representação, recuperação e uso das informações, têm como princípio o fato de que existe um produtor ou um consumidor de informação, que nela busca um sentido e uma finalidade, conforme apontam Starec, Gomes e Chaves (2006). Esta última abordagem pode ser a mais completa e abrangente, tendo em vista que está voltada para a demanda e fornecimento de informações, assim como para o gerenciamento dos recursos de informação, o monitoramento, a localização, a avaliação, a compilação e a disponibilidade de fontes de informação que, potencialmente, podem suprir a solicitação ou atender às mais variadas demandas.

A tecnologia da informação potencializa a própria informação ao executar o papel de ferramenta de trabalho, infra-estrutura tecnológica e agente transformador. Essa tecnologia revolucionou os conceitos de tempo e de espaço e, com isso, os conceitos da criação, captação, organização, distribuição, interpretação e comercialização da informação. Por outro lado, o fascínio da tecnologia por si só não deve fazer com que seja esquecido o objetivo principal da informação: informar.

De acordo com Davenport (2003) as informações que os computadores podem gerar, de uma forma geral, estão associadas aos interesses das pessoas que utilizam os seus sistemas e manipulam seus processos. O autor ainda coloca que a abordagem em geral aceita para a GI, vista apenas sob a ótica do investimento em novas tecnologias, simplesmente não funciona. Os administradores precisam, na verdade, de uma perspectiva holística, que possa assimilar as alterações repentinas no mundo dos negócios e adaptar-se às sempre mutantes realidades sociais. Essa nova abordagem é definida por Davenport como *Ecologia da Informação*, pois enfatiza o ambiente da informação na sua totalidade.

No contexto da *Ecologia da Informação* devem ser levados em conta os valores e as crenças empresariais sobre a informação (cultura), a forma como as pessoas realmente usam a informação e o que fazem com ela (comportamento e processos de trabalho), as armadilhas que podem interferir no intercâmbio de informações (política) e quais os sistemas de informações já instalados apropriadamente, e, por fim, a tecnologia. Infelizmente, na maior parte das empresas, os administradores da tecnologia da informação – analistas de sistemas, programadores, gerentes de informática e profissionais de uma forma geral ligados ao setor – procuram resolver os problemas informacionais apenas com tecnologia, sem considerar como as pessoas e as informações se relacionam.

McGee e Prusak (1994) afirmam que a tecnologia deve ser considerada como suporte da informação e que esta sim deve estar de acordo com as necessidades da organização. Portanto, informação é um recurso estratégico que necessita de atenção e tratamento gerencial adequados. Gerenciá-la é um processo que consiste na apresentação de um problema ou de uma necessidade de informação referente à matéria-prima, à produção, ao capital, à gerência, à tecnologia e a outros assuntos de interesse das empresas.

Davenport (2003) ressalta que o principal enfoque do processo deve estar nas necessidades e na satisfação dos clientes da informação, transformando a administração informacional em algo realmente efetivo. O autor ainda salienta que são poucas as organizações que têm seus processos sistematizados de forma clara. Segundo ele, é de suma importância que a organização identifique todos os passos de um processo informacional, no que diz respeito às fontes e às pessoas, a saber:

- a) Determinação das exigências: envolve a compreensão do que realmente é necessário no que tange à informação, diz respeito ao entendimento do mundo dos negócios;
- b) Obtenção: atividade ininterrupta que abrange a captura de informações nas fontes mapeadas e sua classificação em estruturas pertinentes, criação de categorias de informações, formatação e estruturação, entre outras;
- c) Distribuição: trata-se do modo como a informação é formatada e disseminada para os indivíduos da empresa. Uma arquitetura informacional eficiente, com suporte da tecnologia, pode conduzir os usuários à informação das quais precisam de forma também eficiente;

- d) Utilização: é a etapa final de todo o processo de gerenciamento informacional, quando a informação capturada, contextualizada e distribuída é utilizada.

Os passos do processo informacional conduzem a GI a desempenhar um papel fundamental na definição da estratégia organizacional e no seu gerenciamento eficiente, implicando a necessidade de uma consciência do próprio papel da informação na definição dessas estratégias. Mais do que isso, a informação deve ter a capacidade de possibilitar alternativas de estratégias que podem ser visualizadas através dela própria. (MCGEE; PRUSAK, 1994)

Marchiori (2002) afirma que, de uma maneira geral, o gestor da informação busca mapear os pontos de uso de informação, identificando as necessidades e requisitos junto aos clientes ou usuários da informação. Segue-se então o processo de coleta e avaliação da qualidade da informação solicitada, seu recebimento, possível armazenamento e as etapas de distribuição e uso. Além disso, o profissional deve implementar uma estratégia de acompanhamento de resultados, como parte de sua atuação integrada às equipes de trabalho da empresa, pois estas estarão estimulando, cada vez mais, a criação de equipes especializadas em informação.

Esses grupos de pessoas são aqueles que agregam valor à informação. São profissionais que interpretam, analisam e sintetizam os conteúdos dos dados colocados à disposição na empresa e/ou coletados de forma consistente nos ambientes internos e externos. Essas equipes reúnem profissionais de áreas técnicas e gerenciais, cuja sinergia é orientada para o desempenho do negócio. Nesse grupo as relações interpessoais e os atributos de liderança, aliados ao conhecimento de fontes e acesso a tecnologias, indicam o cenário para o uso inteligente da informação e da criação de ambientes favoráveis ao compartilhamento e uso efetivo do conhecimento.

Quanto ao uso das tecnologias, a própria evolução e obsolescência destas em espaços de tempo cada vez mais curtos têm dificultado a definição de cenários de formação profissional e de habilidades específicas. Para os profissionais da informação, mais do que o domínio de tecnologias, importa a sua capacidade de aprender de forma rápida, a flexibilidade para trabalhar em sistemas com diferentes exigências de informação e conhecimento, as habilidades interpessoais e as capacidades de assumir riscos, atender ao público, se adaptar às mudanças e trabalhar de forma independente.

A demanda de atividades de informação exige conhecimentos sobre temas como: redes de informação, sistemas gerenciadores de bases de dados, busca em bases de dados públicas e comerciais, aplicações de microcomputadores e redes, programação, dentre outras. Paralelamente a tais conhecimentos, o gestor da informação deve assumir uma postura e uma abordagem sócio-técnica, identificando os grupos de trabalho que deve interagir, definindo o que o grupo precisa para trabalhar (equipamentos, informação, ambiente etc.), a maneira como encara e controla as variáveis e como as pessoas do grupo se inter-relacionam (seus papéis e fronteiras). A partir daí, desempenhar as seguintes atividades:

- a) Auxiliar na definição das atividades dos usuários e na explicitação de suas necessidades de informação;
- b) Localizar e disseminar informações de qualidade e criar a consciência estratégica para a captação de informação de interesse;
- c) Priorizar informações relevantes para o usuário e/ou grupos de usuários;
- d) Personalizar a forma de apresentar a informação;
- e) Utilizar ferramentas de modelagem e apresentação da informação – visando torná-la atraente – e metodologias para o desenvolvimento de sistemas de informação;
- f) Desenvolver o pensamento crítico e analítico para entender problemas de informação e comunicação conforme as perspectivas técnicas, tecnológicas, organizacionais e pessoais;
- g) Administrar com a tecnologia de informação, analisando criticamente seu custo, qualidade e complexidade.

A gestão da informação ganhou grande relevância em função dos métodos e aplicativos existentes no processo de uso dos recursos tecnológicos. Com a evolução tecnológica e dos negócios, a presença da gestão da informação é ampliada, a partir da sua capacidade de apoiar a geração de conhecimentos, tornando-se efetivamente presente nos mais variados segmentos de negócio, incluindo a área de saúde. (ALBERTIN, 2001)

Após as principais definições relacionadas à GI, é importante destacar a diferença existente entre dados, informações e conhecimentos, e como cada um deles participa e se integra nas organizações.

2.1.1 Dados, Informações e Conhecimentos

Conforme visto na seção anterior, a GI deve ter um caráter holístico, voltada às demandas informacionais da organização, tomando-se o cuidado para que não seja abordado somente sob o enfoque da tecnologia na sua essência. Termos como dados, informações e conhecimentos são citados de uma forma geral, considerando-se certo domínio público em relação aos seus conceitos. A presente seção tem o objetivo de clarear tais definições.

Por mais primário que possa parecer, é importante frisar que dado, informação e conhecimento não são sinônimos. O sucesso ou o fracasso organizacional muitas vezes pode depender do conhecimento de qual deles precisamos, com qual contamos e o que podemos ou não fazer com cada um. Entender o que são esses três elementos e como passar de um para o outro é essencial para a compreensão bem sucedida de seus benefícios e como eles atuam na organização. Os autores Davenport e Prusak (2000) descrevem a distinção de dado, informação e conhecimento.

Os *dados* constituem um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos que ocorrem numa determinada realidade. Em um contexto organizacional, os dados são utilitariamente descritos como registros estruturados de transações. Se um cliente vai a um posto de gasolina e enche o tanque de seu carro, essa transação pode ser compreendida sob a ótica dos dados: quem é esse cliente, quando a compra foi realizada, qual é o volume em litros de combustível, quais são o valor pago e o preço do litro desse combustível. Por outro lado, não são reveladas as razões pelas quais esse cliente procurou aquele determinado posto e não outro. Não se pode também prever se esse cliente voltará ao mesmo posto.

Dessa forma, os dados são desprovidos de relevância ou propósito, descrevem apenas parte daquilo que aconteceu, possibilitando julgamentos e interpretações de forma parcial com pouca base sustentável para a tomada de ação. Porém, os dados são importantes para as organizações, em grande medida, por figurarem como a matéria-prima essencial para a criação da informação. As organizações modernas geralmente armazenam dados em algum tipo de sistema tecnológico. Os dados são lançados nos sistemas por departamentos como finanças, contabilidade ou *marketing*. Quantitativamente as empresas avaliam a gestão de dados em termos de custo, velocidade e capacidade: quanto custa obter ou recuperar um dado? Com que velocidade os dados podem ser lançados ou recuperados por um sistema? Qual é a capacidade de armazenamento desse sistema?

Diferentemente dos dados, a *informação* tem significado, relevância e propósito bem mais definidos. Ela não somente proporciona forma ao receptor, como ela própria tem uma forma: está organizada para alguma finalidade. Dados tornam-se informação quando o seu criador lhes acrescenta significado. Essa transformação agrega valor de diversas formas, a saber:

- a) Contextualização: saber qual é a finalidade dos dados coletados;
- b) Categorização: conhecer as unidades de análise ou os comportamentos essenciais dos dados;
- c) Cálculo: analisar os dados matematicamente ou estatisticamente;
- d) Correção: eliminar os erros dos dados;
- e) Condensação: resumir os dados para obtenção de uma forma mais concisa de visualização e entendimento.

Freitas et al. (1997) defendem que a informação é elemento fundamental para as organizações sobreviverem e prosperarem em ambientes de alta competição, pois tem potencialidade para dotá-las de respostas mais ágeis e precisas.

Os termos dados e informações designam dois diferentes conceitos. A distinção entre dados e informações é importante porque permite definir separadamente a necessidade das bases de dados e a necessidade de informações gerenciais. Assim, torna-se possível fornecer ao gerente informações e não dados. Vários são os conceitos de dados existentes. “Pode se entender o dado

como um elemento da informação (conjunto de letras ou dígitos) que, tomada isoladamente, não transmite nenhum conhecimento, ou seja, não contém o significado intrínseco”. (BIO, 1996, p. 32 *apud* FREITAS et al., 1997, p. 26)

Os dados são componentes importantes, contudo eles não produzem automaticamente informações relevantes e oportunas. As organizações podem possuir uma grande quantidade de dados, no entanto – utilizando só eles – não podem coletar, filtrar e apresentar fatos pertinentes que supram as necessidades do tomador de decisão.

Davenport e Prusak (2000) colocam que os dados formam um conjunto discreto e objetivo de fatos sobre eventos ocorridos. Num contexto organizacional, são usualmente descritos como registros estruturados de transações e não apresentam maior relevância ou propósito. Já as informações possuem o significado de mudar a maneira como o receptor percebe algo, criando um impacto no seu julgamento e comportamento. A palavra *informar* originalmente significa *dar forma a*, ou seja, significa dar forma a algo para uma pessoa que a obtém alterando a sua percepção. “Pensar na informação como um dado que faz a diferença” (DAVENPORT; PRUSAK, 2000, p. 3).

Para Stair (1998) as informações compõem um recurso estratégico para o sucesso de um sistema numa empresa que busca a realização de seus objetivos, devendo ser utilizadas como uma vantagem competitiva na gestão de produtos, nos serviços e nas decisões. Segundo Carvalho e Tavares (2001) a tendência é considerar que informação é um conjunto de dados, mas nem sempre esta afirmativa está correta. Os autores defendem que um conjunto de dados só se torna uma informação, se fizer algum sentido e possuir significado para o receptor, uma vez que as informações nas organizações são essenciais em suas diversas áreas.

Ainda de acordo com os autores Davenport e Prusak (2000), o *conhecimento* não é puro nem simples, é uma mistura de vários elementos, é fluido e intuitivo. É difícil de ser entendido plenamente em termos lógicos. O conhecimento existe dentro das pessoas, faz parte da complexidade e imprevisibilidade humana, e seus ativos são muito mais difíceis de serem identificados. O conhecimento deriva da informação da mesma forma que a informação deriva dos dados. Para que a informação se transforme em conhecimento, a dependência de seres humanos é total. Tal transformação ocorre da seguinte forma:

- a) Comparação: de que forma as informações relativas a uma determinada situação se comparam a outras situações conhecidas?
- b) Conseqüências: quais as implicações que estas informações trazem para as decisões e tomada de ações?
- c) Conexões: quais as relações deste novo conhecimento com o conhecimento já acumulado?
- d) Conversação: o que as outras pessoas pensam dessas informações que ajudaram no desenvolvimento de novos conhecimentos?

Davenport (2003) defende uma abordagem que denomina de *ecológica*, conforme citado anteriormente, para o gerenciamento da informação. O autor afirma que a ecologia da informação é a administração integrada da informação centrada em pessoas, cuja ênfase não está na geração e distribuição de enormes quantidades de informações, mas no uso eficiente de uma quantia relativamente pequena. A distinção entre dado, informação e conhecimento pode ser assim percebida:

Dados	Informação	Conhecimento
<ul style="list-style-type: none"> – Simples observações sobre o estado do mundo; – Facilmente estruturado; – Facilmente obtido por máquinas; – Frequentemente quantificado; – Facilmente transferível. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dados dotados de relevância e propósito; – Requer uma unidade de análise; – Exige consenso em relação ao significado; – Exige necessariamente intervenção humana. 	<ul style="list-style-type: none"> – Informação valiosa da mente humana; – Inclui reflexão, síntese e contexto; – De difícil estruturação; – De difícil captura em máquinas; – Frequentemente tácito; – De difícil transferência.

Quadro 1 – Dados, Informações e Conhecimentos

Fonte: Elaboração própria (2008) adaptado de Davenport (2003)

O Quadro 1 demonstra um grau de complexidade e de envolvimento de pessoas, que parte de uma forma menos intensa expressa no conceito de dados até uma forma que envolve mentes

humanas atuando e construindo efetivamente novos conhecimentos, com base em informações cuidadosamente geradas, numa medida coerente.

Davenport (2003) propõe ainda seis características que determinam o valor da informação nas organizações:

- a) Exatidão: para ser percebida como valiosa e utilizada com confiança, a informação deve ser exata;
- b) Oportunidade: a informação deve estar atualizada para ser útil de acordo com cada situação que expresse oportunidades para o negócio ou pessoas;
- c) Acessibilidade: envolve não apenas a capacidade de abarcar a informação com a mente, mas também estruturar um sistema compreensível e que permite extrair dele o que interessa;
- d) Envolvimento: o impacto da informação é a medida de como ela pode envolver o usuário potencial por meio do formato, do meio usado, da apresentação e de outros métodos que possam estimular a sua efetiva utilização;
- e) Aplicabilidade: a informação se torna aplicável quando ela pode ser diretamente utilizada para resolver problemas ou apoiar as decisões nos negócios, sem que isso envolva mais análises e rearranjo de dados;
- f) Escassez: a raridade de uma informação poder ter grande influência no seu valor.

Abordando especificamente o segmento de saúde, observa-se a *informação clínica* no centro das atenções, conforme colocado por Hummel (2006). A necessidade de se pensar o segmento de saúde em escala e com um elevado volume de dados levou a uma necessidade de se investir na gestão das informações dos pacientes. A informação clínica é extremamente antiga, remontando aos tempos dos *médicos hipocráticos*, do século V a.c., cujas obras já apresentam registros clínicos de diagnósticos de doenças como pneumonia, tuberculose, dentre outras. A solução de problemas relacionados ao setor de saúde passa necessariamente pelo tratamento da informação clínica.

Dessa forma, conforme apontado por Cunha (2005), as organizações ligadas à saúde não podem prescindir da informatização, uma vez que a qualidade do atendimento à saúde no país também depende de sistemas de informação bem estruturados. Um sistema de informação implantado em um hospital otimiza a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional (processos gerenciais e assistenciais).

De acordo com o que foi abordado na presente seção, é vital compreender nas organizações a necessidade de se distinguir com clareza a diferença entre dados, informações e conhecimentos. Os três carregam uma dependência entre si nas organizações e o sucesso de um determina o sucesso do outro. Complementando essa abordagem, a próxima seção trata da tecnologia da informação e dos sistemas de informações com seus principais conceitos e forma de visualizá-los.

2.2 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Conforme visto até aqui, os termos tecnologia da informação e sistemas de informações também, de certa forma, são de domínio público. Porém, algumas definições são importantes para uma abordagem inicial.

2.2.1 Principais Fundamentos

O termo *informática* é genérico e engloba vários componentes para o tratamento da informação. Albertin define "Informática como a ciência que tem como objetivo viabilizar, garantir e suportar o tratamento e comunicação das informações de uma organização" (2001, p. 39).

Boar (2002) define *tecnologia da informação* como sendo a preparação, coleta, transporte, recuperação, armazenamento, acesso, apresentação e transformação de informações em todas as suas formas: voz, gráficos, texto, vídeo e imagem. Segundo o autor, a movimentação de informação pode ocorrer entre humanos, entre humanos e máquinas, e/ou entre máquinas. O gerenciamento da informação garante a seleção, distribuição, administração, operação, manutenção e evolução dos bens de tecnologia da informação de forma coerente com as metas e objetivos da organização.

Os negócios estão sendo influenciados pela tecnologia da informação nos mais variados processos existentes em uma organização, desde as operações básicas até os sistemas mais estratégicos, conforme explica O'Brien (2004). Dessa forma, o elemento custo passa a vigorar no cotidiano de tecnologia da informação dessas empresas.

Para Turban, Mclean e Wetherbe (2002), a tecnologia da informação consiste no conjunto de recursos tecnológicos e computacionais para armazenar, manipular e gerar informações e conhecimentos, podendo desempenhar um papel importante nos processos funcionais das organizações. Já na opinião de Graeml (2003), a tecnologia da informação sozinha não tem valor, ela pode qualificar o atendimento aos clientes, atendendo as necessidades da organização.

A tecnologia da informação é formada por quatro elementos: hardware, constituído por computadores, seus dispositivos e periféricos; software, constituído por programas, aplicativos e utilitários; sistemas de telecomunicações, que são recursos que interligam o hardware e o software; e gestão de dados e informações, que consiste no controle de acesso e de níveis de informações, cópias e recuperação de dados. (REZENDE; ABREU, 2006, p. 76).

Já em relação ao conceito de sistema é defendido que:

O nome *sistema*, nas mais variadas áreas do conhecimento e no mundo acadêmico, está relacionado ao alemão Ludwig von Bertalanffy, um cientista que pesquisando na década de 50 sobre o comportamento dos organismos vivos, constatou que esses seres biológicos possuíam pontos em comum, numa interação voltada à consecução de um propósito comum. Com base nessas observações e análises, elaborou a Teoria Geral dos Sistemas, caracterizando-os como sendo um conjunto de partes relacionadas dependente uma das outras. (OLIVEIRA, 2004, p. 74)

Dessa forma, os Sistemas de Informação podem ser assim definidos:

Os *Sistemas de informação* consistem num conjunto de componentes tais como: organização onde existem funcionários que prestam serviços, indivíduos que são treinados para introduzirem os dados nos sistemas e tecnologia da informação, que é o meio em que os dados são transformados e organizados. De uma forma inter-relacionada, esses componentes coletam, recuperam, processam, armazenam e distribuem informações para facilitar o planejamento dentro das organizações. (LAUDON; LAUDON, 1999, p. 128)

Os sistemas podem transformar essas informações para serem utilizadas pelos profissionais da organização, que exercem diversas funções e precisam de informações específicas para realização do seu trabalho. De acordo com Laudon e Laudon (2007), tal fato ocorre em função de um ciclo de três fases:

- a) Entradas: através do lançamento de qualquer tipo de dados gerados na organização pelo desenvolvimento de suas atividades;
- b) Processamento: os dados gerados são organizados até que sejam transformados em informações úteis para a organização;
- c) Saídas: apresentação do que foi processado, ou seja, o resultado do processamento.

Os autores ainda sugerem, no enfoque de sistemas dentro das empresas, os seguintes subsistemas:

- a) Transacionais (ST): refletem o desenvolvimento e os resultados das transações, operações e processos diários necessários para conduzir os negócios da empresa, servem ao nível operacional da organização e apresentam muitos detalhes;
- b) Especialistas (SE): são aqueles usados por profissionais especializados em determinadas áreas da empresa. A missão básica, além da criação de novas tecnologias, é a integração de novos conhecimentos de temas ou processos bem específicos dentro da organização;

- c) Informações Gerenciais (SIG): atendem às funções de planejamento, controle e tomada de decisão para estabelecer o sumário da rotina diária e as eventuais exceções passíveis de ocorrências. Seu nível de detalhamento é mais consolidado do que o transacional;
- d) Apoio à Decisão (SAD): visam combinar dados a sofisticados modelos de análise para apoiar decisões de todos os tipos, combinam ainda avançadas técnicas gráficas e de comunicação.

Complementando o enfoque acima Rezende e Abreu (2006) apontam que a tecnologia da informação pode complementar o modelo dinâmico dos sistemas de informação, pois atualmente é praticamente impossível as organizações implantarem sistemas de informação sem o apoio dos recursos da tecnologia da informação.

A informação nas organizações deve ser tratada por pessoas e pelos recursos computacionais de forma personalizada, com a finalidade de trazer diversos benefícios para a organização, tais como: qualidade de trabalho, rentabilidade, produtividade, competitividade, dentre outros.

A tecnologia da informação e os sistemas de informações, para uma melhor visualização de seus conceitos, podem ser visto sob três óticas: como ferramenta, como infra-estrutura e como transformação.

2.2.2 Como Ferramenta

A tecnologia da informação e os sistemas de informações voltados ao setor de saúde, mais precisamente aos hospitais, buscam aprimorar a qualidade, o acesso e a eficiência do atendimento ao paciente, além de visar a redução de custos considerando os diversos processos existentes nas organizações hospitalares. Dessa forma, ambas tornam-se importantes ferramentas de trabalho, implantadas para intensificar e enriquecer de dados, informações e conhecimentos, o ritmo de

trabalho dos vários setores. Tais aplicações vão desde os sistemas de nível operacional até aqueles de nível estratégico, passando por soluções sofisticadas e especialistas, além de serem promotoras do apoio à decisão. Segundo Gonçalves (2006), essas soluções são conhecidas como *eHealth*.

É interessante compreender a relação da tecnologia da informação e dos sistemas de informações em outros lugares do mundo, visando perceber os avanços e o foco dado como ferramentas. A Europa está bem adiantada na oferta de soluções *eHealth* em relação aos demais continentes. De acordo com Gonçalves (2006), a *Information Society and Media General Directorate of the European Commission* é um órgão que administra as ações dos estados membros da Comunidade Européia na área de tecnologia, com o objetivo de tornar a Europa mais dinâmica e competitiva.

Esse órgão administra uma série de projetos de ponta, que podem ser acompanhados no Quadro 2, demonstrando a gama de possibilidades existentes nesse segmento. São projetos de alto impacto no âmbito da qualidade e custeio do atendimento, de grande alcance para a sociedade médica e para a indústria e fortes geradores e disseminadores de novos conhecimentos.

Projeto	Detalhe
<p><i>@Health</i>: cooperação de comunidades européias e latino-americanas em aplicações de tecnologia e saúde</p> <p>www.ihealth.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo: foi desenvolvido para apoiar as organizações de pesquisa, as indústrias do setor, os órgãos públicos e os profissionais de saúde europeus e latino-americanos. – Descritivo: trata-se de um portal na internet, no qual os participantes podem compartilhar conhecimentos, promover a cooperação mútua e estimular atividades de pesquisa e crescimento econômico do setor, através de um banco de dados com a participação das mais importantes organizações do segmento. – Resultados: maior interação profissional e troca de experiências entre os vários atores.
<p><i>Match</i>: sistema automatizado de diagnóstico para o tratamento de câncer de cólon, através da descoberta de mutações em genes supressores de tumor</p> <p>www.match-project.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo: foi desenvolvido para ser um banco de dados que contém informações clínicas de pacientes com câncer de cólon e dar suporte ao tratamento, através da análise das mutações que ocorrem nos genes supressores de tumor (TSGs) e que contribuem para o desenvolvimento de tumores cancerígenos. – Descritivo: o projeto realiza a integração entre a medicina (dados clínicos) e a biologia molecular (fontes genômicas ou proteômicas), utilizada para extração de conclusões em tempo real para um diagnóstico precoce e um tratamento mais eficaz. – Resultados: oferecer uma avançada plataforma para a prevenção do câncer de cólon e para a descoberta de novas drogas.

<p><i>HeartFaid</i>: plataforma de serviços baseada no conhecimento e no suporte à gestão clínica-médica relacionada à falência cardíaca da população idosa</p> <p>www.hearthfaid.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo: integrar os dados biomédicos, realizar o telemonitoramento de pacientes e o processamento de sinais e imagens, a fim de melhorar o diagnóstico precoce e tornar mais eficiente a gestão clínica de enfermidades cardíacas na população idosa. – Descritivo: existência de uma central de conhecimento clínico preexistente sobre falência cardíaca, sendo confrontado com os dados obtidos dos pacientes, apoiados por módulos de suporte à decisão. – Resultados: oferecer melhoria de qualidade de vida a pacientes com falência cardíaca, reduzir os custos sociais e econômicos, personalizar terapias e monitorar os pacientes em tempo real.
---	--

Quadro 2 – Projetos e descritivos *eHealth*

Fonte: Elaboração própria (2008) adaptado de Gonçalves (2006)

O Quadro 2 demonstra um breve resumo de três dos 34 projetos descritos por Gonçalves (2006), abordando de forma sucinta o objetivo do projeto/sistema, um descritivo e os resultados.

Após a leitura e análise de cada um deles, a Tabela 1 mostra uma classificação que proporciona uma visão interessante e um comparativo com o foco nos sistemas de informações proposto na seção 2.1.1, dentro da visão distinta de dados, informações ou conhecimentos.

Tabela 1 – Foco dos sistemas *eHealth*: dados, informações ou conhecimentos

Foco em	Quantidade de projetos
Dados	05
Informações	11
Conhecimentos	18

Fonte: Elaboração própria (2008), adaptado de Hummel (2006)

Observa-se a predominância dos sistemas com foco em conhecimento, em seguida em informações e, por último, em dados. Todos os sistemas possuem dados, geram informações e conhecimentos, mas o que está sendo colocado aqui é o *foco*. O conhecimento lidera o quadro e explica-se pelo avanço em que se encontra a Europa e o *Information Society and Media General Directorate of the European Commission*, conforme apontado anteriormente, no que se refere à tecnologia da informação e aos sistemas de informações.

A Tabela 2 também proporciona uma visão importante com a classificação dos sistemas de informações exposta no item 2.2.1 (ST, SE, SIG e SAD):

Tabela 2 – Classificação dos sistemas *eHealth*: ST, SE, SIG ou SAD

Classificação	Quantidade de projetos
ST	05
SE	11
SIG	06
SAD	12

Fonte: Elaboração própria (2008), adaptado de Hummel (2006)

De uma forma análoga à Tabela 1, observa-se a predominância de sistemas especialistas e de apoio à decisão. Tal fato demonstra um provável amadurecimento de aplicações triviais do tipo transacional e gerencial. O foco do órgão é realmente voltado para aplicações de áreas específicas da Medicina.

Comparando-se à realidade brasileira, observa-se na Organização Pan-americana de Saúde (2009), uma análise conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Dados da situação brasileira - saúde

Item em discussão	Detalhe			
Situação hospitalar no Brasil	<ul style="list-style-type: none"> – 6.391 hospitais; – 36,02 % públicos e 63,98% privados; – 24,80% dos leitos são públicos e 75,20% privados; – 70% dos hospitais têm menos de 100 leitos; – 62% dos hospitais não têm sistemas de informação; – 38% dos hospitais têm algum sistema de informação, sendo que a maioria tem o sistema ofertado pelo Ministério da Saúde – HOSPUB. 			
Por que é difícil lidar com a informação médica?	<ul style="list-style-type: none"> – Informação muito diversificada: mais de 100.000 itens no vocabulário médico e dificuldade para se estabelecer padrões; – Informação com baixa estruturação (receita, laudo, prontuário) e dificuldade para se criar estruturas padronizadas e linguagem quase natural. 			
Situação de sistemas de informação na América Latina	Tipo	Sem sistemas	Com sistemas	Com computadores
	Públicos	72,70%	27,30%	24,91%
	Privados	52,33%	47,67%	36,73%
	Filantrópicos	59,97%	40,03%	39,33%
	Militares	76,00%	24,00%	23,20%
Total	61,75%	37,83%	31,57%	
Processo de informatização	<ul style="list-style-type: none"> – Setor público → baixa capacidade de investimento: concentrado na Região Sudeste; – Setor privado → média capacidade de investimento: também concentrado na Região Sudeste; – 37 hospitais de grande porte (hospitais gerais com pronto atendimento, com selo de acreditação e de atendimento hospitalar de alta complexidade) - ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados); – Hospitais pertencentes a operadoras de empresas de Medicina de Grupo. 			
Desenvolvimento dos sistemas	<ul style="list-style-type: none"> – Local (cada hospital com sua equipe de informática); – Crescimento de compra de soluções prontas nos últimos cinco anos. 			
Tendências tecnológicas	<ul style="list-style-type: none"> – Especialização à distância; – Monitoramento e assistência domiciliar; – Sistemas remotos de apoio à decisão; – Prontuário eletrônico individualizado e com portabilidade; – Educação à distância; – Comunicação sem fio; – Busca de certificação da tecnologia da informação e dos sistemas de informações; – Crescimento da informatização dos serviços de saúde; – Globalização das informações dos pacientes. 			

Fonte: Organização Pan-americana de Saúde (2009)

Na Tabela 3, também são observadas algumas questões interessantes: ainda é baixo o número de hospitais com algum sistema de informações (38%), o universo de informações médicas é muito vasto dificultando as informatizações bem sucedidas, somente a metade dos hospitais privados no Brasil possui algum tipo de sistema de informação, elevada concentração na Região Sudeste e a busca de soluções prontas em crescimento.

Após abordar a tecnologia da informação e os sistemas de informações como ferramenta, é interessante observar o comportamento desses na condição de infra-estrutura das organizações.

2.2.3 Como Infra-estrutura

Uma infra-estrutura de *tecnologia da informação* e de *sistemas de informações* consiste em todas as instalações físicas, serviços e administração que proporcionam suporte a todos os recursos informatizados compartilhados por uma empresa. Na visão de Turban, Mclean e Wetherbe (2002), são cinco os componentes principais da infra-estrutura: *hardware*, *software* de desenvolvimento, redes e instalações de comunicação (incluindo a *internet* e as redes internas denominadas *intranets*), bancos de dados e pessoal da administração da informação.

As infra-estruturas incluem esses recursos, bem como a sua integração, operação, documentação, manutenção e administração. Tal arquitetura não deve ser confundida com a arquitetura de computador, que pode envolver a presença de vários processadores ou características especiais para aumento da velocidade. Adicionalmente, a organização contará com diversos sistemas de informações para apoio aos negócios, em áreas como finanças, contabilidade, produção, *marketing*, gestão de RH, dentre outros.

Na organização hospitalar esses sistemas também podem estar presentes, por se tratarem de operações administrativas e financeiras relativamente comuns a qualquer tipo de organização. Sistemas de informações mais específicos também estarão presentes, a exemplo de prontuário eletrônico do paciente (será visto mais a frente), internação, serviço social, controle de infecção hospitalar, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, centro cirúrgico, dentre outros.

Uma das formas de classificar a arquitetura da informação em uma organização é em relação à função desempenhada pelo *hardware*, conforme aponta Date (2000). É possível distinguir dois casos extremos: um ambiente de *mainframes* (computadores de grande porte) e um ambiente de *personal computers* (computadores pessoais). A combinação desses dois cria um terceiro tipo de arquitetura, o ambiente distribuído ou em rede.

- a) Ambiente de *mainframe*: os usuários trabalham com terminais “passivos”, usados para inserir ou alterar dados, acessando informações do *mainframe*. Esse era o tipo de arquitetura dominante até meados da década de 80. Não são muitas as empresas que utilizam exclusivamente esse tipo de arquitetura hoje em dia;
- b) Ambiente de *personal computers*: nessa configuração somente os computadores pessoais compõem a arquitetura de *hardware*. Podem ser independentes uns dos outros, mas normalmente são interligados por redes eletrônicas. É uma arquitetura comum a muitas empresas de pequeno e médio porte;
- c) Ambiente em rede (distribuído): o processamento distribuído divide o trabalho entre dois ou mais computadores que podem ser todos *mainframes*, todos de médio porte, todos microcomputadores, ou como na maioria dos casos, uma combinação desses tipos.

Graças às redes de comunicação e, em especial à *internet* e às *intranets*, a computação em rede está se tornando a arquitetura dominante na maioria das empresas. Essa arquitetura permite cooperação intra e interorganizacional em computação, acesso a vasta quantidade de dados, informação e conhecimento, bem como alta eficiência no uso dos recursos computacionais. O conceito de computação em rede impulsiona a nova arquitetura de hoje. Dois tipos merecem destaque:

- a) Arquitetura cliente/servidor: divide unidades computacionais em rede em duas categorias principais, clientes e servidores, conectados por redes locais e possivelmente por amplas redes remotas privadas. Um cliente é um computador agregado a uma rede para o compartilhamento de seus recursos: impressão, acesso a outros computadores etc. Um servidor é uma máquina agregada a essa mesma rede e que fornece serviços a esses clientes. O grande objetivo dessa arquitetura é a promoção do uso simultâneo de diversos

dispositivos computacionais, cada um deles realizando a tarefa para a qual é mais capacitado;

- b) Computação global: a computação cliente/servidor pode ser implementada em uma pequena área de trabalho ou em um departamento em uma rede local. Entretanto, muitos usuários necessitam de acesso a dados, aplicativos, serviços, correio eletrônico e fluxos de dados em tempo real, que estão em diferentes redes e bancos de dados, para incrementar a sua produtividade e competitividade. A solução está na computação global, uma arquitetura cliente/servidor que conecte dados dentro da empresa como um todo. Essa combinação de clientes/servidores e amplo acesso a dados forma um ambiente computacional coeso, flexível e poderoso.

A arquitetura de *tecnologia da informação* e de *sistemas de informações* representa um mapa ou um plano de alto nível das necessidades de informações de uma empresa. Nesse enfoque é necessário unir as necessidades de informação, a infra-estrutura e as tecnologias de apoio. A analogia com a arquitetura de uma casa ajuda nesse entendimento. Ao preparar o projeto conceitual da planta alta de uma casa, o arquiteto precisa conhecer a utilização que ela terá, as necessidades dos moradores e as restrições de construção (tempo, dinheiro, materiais etc.). Ao preparar a arquitetura de *tecnologia da informação* e de *sistemas de informações*, o *designer* precisa de informações similares, que podem ser divididas em:

- a) Necessidade de informação do negócio, ou seja, os objetivos da empresa e a contribuição que a área de informática pode proporcionar. Os usuários de toda essa arquitetura devem ter um papel fundamental nessa parte do desenho. Um arquiteto não consegue planejar sem saber o propósito da casa e a necessidade de seus proprietários;
- b) Sistemas de informações e infra-estrutura tecnológica já existentes na empresa e como podem ser combinados entre si ou com sistemas futuros, para dar suporte às necessidades de informações da empresa. Se um arquiteto estiver construindo um anexo à casa, precisará saber como essa nova parte deve se encaixar na antiga.

Essa arquitetura pode ser considerada o vigeamento conceitual da infra-estrutura organizacional da informática. Trata-se de um plano para estruturar a integração dos recursos de informação na organização. Existe uma parte que deve ser centralizada para servir ao todo da organização e inclui a arquitetura dos negócios (necessidades de informações da empresa), dos dados e das comunicações. A parte descentralizada inclui a arquitetura dos computadores (dos usuários finais) e dos sistemas. Esses últimos podem estar inseridos no nível operacional, gerencial ou estratégico (O'BRIEN, 2004)

E por último, fechando os conceitos de tecnologia da informação e sistemas de informações, existe uma terceira ótica para visualizá-los: o quanto ambos podem exercer o papel de agentes de transformação nas organizações.

2.2.4 Como Transformação

A adoção da *tecnologia da informação* e dos *sistemas de informações* como ferramentas de trabalho e infra-estrutura, implica a revisão dos processos existentes nos diversos setores da organização, conduzindo ambos a serem verdadeiros agentes de transformação. A necessidade de redesenho de processos é fundamental, pois caso esses estejam com problemas operacionais, entaves, erros e redundâncias, certamente os sistemas de informações serão mal idealizados. Os erros presentes nos processos continuarão com a diferença de serem processados com maior velocidade. É o que se denomina informatização do caos, na visão de Graeml (2003).

Os benefícios da implantação da tecnologia da informação e dos sistemas de informações são apenas marginais, se estes forem impostos sobre as condições organizacionais existentes. Graeml (2003) lembra o modelo concebido pelo o pesquisador norte-americano Scott Morton para o equilíbrio organizacional:

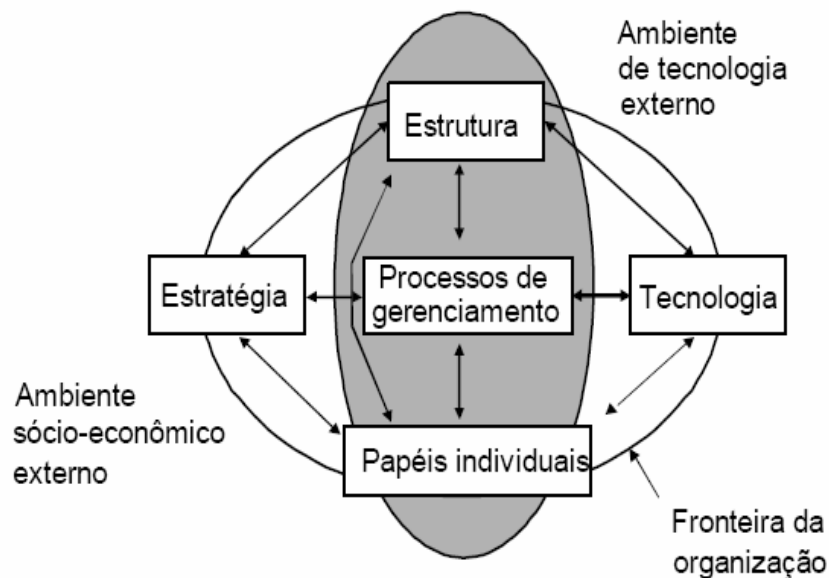


Figura 1 – Modelo para o equilíbrio organizacional

Fonte: Graeml (2003, p. 56)

Na Figura 1, à medida que a tecnologia da informação e os sistemas de informações passam a ser utilizados como agentes transformadores, o maquinário se torna muito menos importante do que o uso que se consegue fazer dele. Este varia de empresa para empresa e é função do equilíbrio organizacional. Conseguir o equilíbrio entre a estrutura organizacional, os processos de gerenciamento, os papéis de cada um, a estratégia e a tecnologia, passou a ser uma forma de obter um diferencial competitivo sustentável e de difícil imitação pela concorrência.

É fundamental que as organizações equilibrem a concentração dos investimentos em tecnologia de ponta e a destinação de recursos que assegurem a incorporação e a aplicação bem sucedida de sistemas de informações, que atendam de forma efetiva os processos organizacionais, considerando eventuais mudanças na estrutura organizacional, na cultura e nos comportamentos relativos à informação.

Para funcionarem realmente como agentes transformadores, a tecnologia da informação e os sistemas de informações não podem ser vistos somente como despesas, conforme ilustrado nas seguintes situações vistas em Albertin (2001):

- a) o gerente de informática ou outra pessoa dentro da organização (eventualmente, o próprio presidente) define necessidades de tecnologia da informação e sistemas de informações que não são discutidos com ninguém dentro da empresa;
- b) os projetos são normalmente aprovados com análise superficial dos custos e benefícios envolvidos;
- c) as decisões de financiamento dos projetos ocorrem muito rapidamente e, quando os recursos são escassos, projetos de outras áreas são priorizados;
- d) o orçamento relativo aos gastos de tecnologia da informação e de sistemas de informações são pouco questionados;
- e) a tecnologia da informação e os sistemas de informações tornam-se alvo de vários problemas da organização sem que seja feita uma análise mais criteriosa e voltada aos processos organizacionais.

Empresas que agem dessa forma aumentam as estatísticas da não associação dos investimentos em tecnologia de informação e sistemas de informações a um maior retorno e lucratividade. Aquelas que tomam decisões envolvendo tecnologia da informação e os sistemas de informações como investimentos, por sua vez, procuram utilizar ambos na vinculação aos objetivos do negócio e às metas estratégicas da empresa. A alta administração deve comunicar a visão estratégica à empresa e, principalmente, à área de informática. O acesso facilitado à direção produz um melhor alinhamento da tecnologia com os negócios da empresa (GRAEML, 2003)

Davenport e Prusak (2000) acrescentam que o baixo custo dos computadores e das redes criou uma estrutura potencial para o intercâmbio do conhecimento através de seus recursos de comunicação e armazenamento. Na verdade, tal fato não cria conhecimento e não pode garantir nem promover a geração o ou compartilhamento do conhecimento em uma cultura corporativa que não favoreça tais atividades.

Conseqüentemente, a principal implicação da noção de valor de tecnologia da informação e dos sistemas de informações é que o benefício real de ambos não pode ser percebido por si só. Somente quando são integrados com outros recursos, especialmente as pessoas diretamente

envolvidas com seu uso, algum benefício ou valor pode ser assegurado, mas não existe uma forma padrão para esta integração.

2.3 CONTEXTO ORGANIZACIONAL DOS HOSPITAIS

Com o progresso técnico e as mudanças constantes, cada vez mais as organizações se estruturam em torno da necessidade de conectividade em tempo real, por meio do uso das tecnologias de informação e dos sistemas de informação. Os processos organizacionais moldam-se em torno da coleta de dados fidedignos em busca da geração de informações que levem ao conhecimento da realidade e que proporcionem elementos claros para a tomada de decisão.

Conforme visto anteriormente, a informação é um insumo de elevada importância para as organizações de uma forma geral, incluindo os hospitais, que se caracterizam pela complexidade de seus processos produtivos internos e externos, movimentando um grande mercado de consumo de produtos e serviços. Internamente os hospitais demandam a integração de sistemas de diferentes processos produtivos, necessitando se equipar de tecnologias, processos e profissionais de informação, a fim de cumprir a missão de prestar assistência em saúde de forma integral aos cidadãos de uma comunidade (MENDES; CUNHA, 2007)

Com isso, os hospitais necessitam de registros eletrônicos de saúde e capacidade de intercâmbio e compartilhamento de informações, que passam a ser indispensáveis para completar a boa prática médica. Os relacionamentos dentro dos diversos campos profissionais pertencentes ao segmento de saúde devem caminhar para a melhoria do processo de prestação de serviço de saúde, através de métodos sistemáticos baseados na mensuração de resultados, na experiência, nas parcerias e relacionamentos entre prestadores de serviço, e no mapeamento e análise de um conjunto de informações, proporcionando conhecimento e melhoria da integração do atendimento ao paciente.

Os hospitais são organismos complexos altamente especializados nas mais variadas áreas funcionais – Medicina, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, dentre outras. Além dos aspectos

relacionados às especializações, observa-se uma reunião de serviços simultâneos e diversificados, tais como: hotelaria, serviços médicos, higienização, controle de infecção hospitalar, serviço social, serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico (exames e imagens), faturamento, suprimentos, dentre outros. No ambiente hospitalar, a GI encontra dificuldades na necessidade de uma visão setorial integrada e por categoria profissional. Há também toda uma questão legal composta por normas, leis, portarias, regulamentações, oriundas de vários órgãos governamentais (PORTER; TEISBERGER, 2006)

Mintzberg (1995) coloca que a assistência médica realizada no âmbito hospitalar, em função de sua ampla especialização, é mais voltada para o cumprimento de normas e regras relacionadas a cada profissão do que ao próprio controle gerencial exercido sobre essas atividades. Esse fato, mais observado em organizações hospitalares compostas por um corpo clínico aberto (profissionais sem vínculo empregatício), cria interesses conflitantes e que dificultam o modelo de gestão. Além disso, a heterogeneidade dos grupos profissionais atuantes na organização hospitalar, com diferentes experiências e qualificações, cria dificuldades na gestão.

A visão do contexto organizacional dos hospitais leva ao entendimento da organização hospital propriamente dita, seu funcionamento, suas possibilidades competitivas e uma proposição de classificação quanto aos processos relativos ao produto hospitalar e aos processos de apoio.

2.3.1 A Organização Hospital

O protótipo de um hospital eficiente leva em conta uma série de critérios dispersos que torna essa tarefa um grande desafio para a gestão da saúde. Tais critérios podem ser vistos na grande responsabilidade que esta organização tem em relação ao indivíduo, a sua família e a comunidade em geral; na complexidade da sua direção; nos avanços técnicos e científicos necessários; nos modernos conceitos de direção, gerência ou administração; dentre outros.

Por outro lado, as grandes empresas, que operam com modelos de gestão apoiados em programa de qualidade, influenciam também as organizações hospitalares criando conceitos voltados à gestão estratégica, planejamento estratégico, reengenharia de processos e administração por políticas, e ao uso inteligente e integrado de soluções informatizadas, que podem fazer com que essas organizações alavanquem novas posições (MALAGON; MORERA; LAVERDE, 2000)

Ainda segundo esses autores, o hospital dentro do esquema moderno de funcionamento dos sistemas de saúde é um centro de referência, que deve receber os pacientes cujos problemas não puderam ser resolvidos em outras instâncias. A missão fundamental de um hospital é a recuperação da saúde dos pacientes e, para isso, estão voltados todos os esforços administrativos, técnico-científicos e de pesquisa, sob a responsabilidade de uma equipe de profissionais adequadamente preparada e selecionada.

Desde a admissão do paciente até a sua alta, transcorre uma série de etapas que exige cuidadosas e acertadas intervenções das pessoas. Estas, em etapas sucessivas, devem assumir a responsabilidade correspondente, levando em consideração que toda a equipe multidisciplinar – envolvida na normalização da alteração física que motivou a hospitalização – compromete seu nível máximo de conhecimentos, sua habilidade e sua ética na etapa mais sofisticada da assistência de saúde.

Durante essa sucessão de eventos em que o paciente é submetido, o diretor responsável pela organização administra não só a disponibilização oportuna dos recursos físicos, materiais e humanos, como também coordena a intervenção mais adequada e controla os resultados imediatos e indiretos. Cada usuário que passa pela organização é o centro de atenção máxima, ou seja, todos os recursos disponíveis devem ser colocados ao seu serviço, sem discriminação de qualquer natureza. A motivação da equipe e a preocupação de mantê-la atualizada, não somente quanto aos aspectos técnicos como também humanos, devem fazer parte da agenda cotidiana da direção da organização.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como “uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como curativa. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de

profissionais de saúde, de pesquisa biossocial” (MALAGON; MORERA; LAVERDE, 2000, p. 96). Ainda segundo os autores, a possibilidade competitiva do hospital depende de:

- a) planejamento estratégico;
- b) plano de desenvolvimento;
- c) organização e processo sob parâmetros de qualidade;
- d) orçamento adequado;
- e) recursos humanos qualificados;
- f) satisfação da equipe;
- g) avaliação de gestão;
- h) retroalimentação constante;
- i) disciplina de pesquisa;
- j) organização de dados e processos via sistemas informatizados;
- k) ética como marco de referência.

Estas características reforçam um caráter de atuação integral da organização tipo hospital, preparando-a para receber novos elementos de melhoria institucional percebidos em sua classificação de serviços prestados.

Os hospitais podem variar em função da sua natureza (geral ou especializado), do seu porte ou capacidade de atendimento, da sua condição de prestar atividades de ensino, em função do seu tipo de corpo clínico (aberto, fechado ou misto), dentre outras características apresentadas no Quadro 3.

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 hospitalares sem fins lucrativos 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)	- pavilhonar: 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.

Quadro 3 – Classificação das organizações hospitalares

Fonte: Marinho (2004, p. 42)

A prática assistencial da organização hospitalar apresenta elevado dinamismo operacional, no qual são desenvolvidas atividades muito diversificadas, desde a atividade médica propriamente dita até outras áreas como hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante. É preciso que haja correspondência entre a capacidade de produção do hospital e a demanda qualitativa e quantitativa do ambiente comunitário. Para isso, são necessárias estatísticas de saúde relativas aos níveis de incidência de doenças.

Contudo, a estrutura do hospital moderno deve ultrapassar a visão de que sua influência sobre o nível de saúde da população depende exclusivamente do desempenho de seus leitos. Além da tradicional procura pelo hospital para as situações relativas à internação, duas outras

necessidades também são importantes: o atendimento ambulatorial, que envolve a realização de consultas, exames e tratamentos que não exigem a internação, e o serviço de emergência, para casos que justifiquem a dispensa do agendamento prévio.

Os destinos dos pacientes atendidos em uma organização hospitalar dividem-se basicamente entre a internação (para atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico), os serviços de diagnóstico e tratamento (para a realização de algum exame complementar de esclarecimento de diagnóstico), a alta definitiva ou a definição de uma data para retorno ao hospital (CERQUEIRA, 2004)

Com base nos processos de um hospital, Marinho (2004) apresenta (vide Quadro 4) a sua visão acerca dos serviços prestados por uma organização hospitalar:

Item de Classificação	Descrição
Assistência Ambulatorial	Modalidade de assistência em que o cliente é atendido em consultório, sem a necessidade de internação hospitalar, ou seja, sem necessidade de ocupar um leito no hospital.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento	Processo por meio do qual o cliente 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.
Assistência Hospitalar	Modalidade de assistência precedida de internação (admissão) do cliente, que ocupa um leito hospitalar, para permanência igual ou superior a 24 horas, com a finalidade de diagnóstico e/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 a finalidade de tratamento ou procedimento obstétrico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.

Quadro 4 – Processos relativos ao produto hospitalar

Fonte: Marinho (2004, p. 46 apud Silva, 2004, p. 33)

A abordagem dos processos relativos ao produto hospitalar clarifica melhor a missão da organização hospital e define os seus serviços e regras de atuação. Os processos de apoio hospitalar, expostos no Quadro 5, complementam essas definições.

Item de Classificação	Descrição
Engenharia	Manter a infra-estrutura de subsistência do complexo hospitalar, buscando de forma integrada a 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 em tempo hábil na 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 gerenciamento do fluxo monetário e de sistemas de informação e comunicação.
<i>Marketing</i>	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, para médicos, pesquisadores, pacientes, familiares, bem como para a sua utilização para fins jurídicos.

Quadro 5 – Processos de apoio hospitalar

Fonte: Marinho (2004, p. 47 apud Silva, 2004, p. 34)

Os processos de apoio hospitalar completam as várias atividades exercidas pela organização hospitalar.

Stumpf et al. (1998) apontam que a evolução do conceito de assistência à saúde tem provocado mudanças no foco da prestação dos serviços de saúde e sua gestão. A nova visão da saúde privilegia a sua promoção em detrimento do tratamento de doenças; trata o indivíduo de forma integrada, ao invés de centrar-se em órgãos ou sistemas; assume o conceito da assistência continuada em substituição a uma assistência focada em consultas; valoriza o conceito de saúde comunitária; assume o conceito de equipe multidisciplinar e não o de assistência médica isolada; é baseada na prestação de serviços por múltiplos programas e instituições em diferentes locais e assume um padrão para a tomada de decisão baseado em evidências e resultados, e não mais no conhecimento tradicional e no ritual médico.

O autor ainda aponta que, historicamente, a assistência à saúde tem sido prestada através de uma série de consultas pobremente conectadas, tratando o indivíduo como um cliente diferente para cada um de seus provedores de assistência e em diferentes momentos. A assistência

continuada é o conceito no qual todos os provedores trabalham em equipe no atendimento de um indivíduo de forma integrada. Enquanto se discute outros aspectos relacionados a este conceito (como por exemplo, a integração dos diferentes serviços e a mudança de atitude dos profissionais), é necessário entender que assumi-lo irá requerer um sistema de informações que dê suporte a um prontuário de pacientes de formato virtual e longitudinal, e um sistema de telecomunicações adequado para a sua implementação.

Dentro ainda do enfoque da organização hospital, a questão da qualidade torna-se vital e está ligada ao conceito de Acreditação Hospitalar. Segundo a Organização Nacional da Acreditação (2001), esse termo pode ser definido como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Está relacionado com a origem do termo “acreditar”, dar crédito, merecer confiança e credibilidade. A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos na década de 50 e, aos poucos, foi estendendo-se para outros países, inclusive o Brasil, onde surge como uma possibilidade de assegurar aos usuários, profissionais e público em geral, a segurança indispensável aos serviços de saúde. Ou seja, que a realização dos procedimentos médicos e assistências de saúde sejam prestados com a máxima eficiência, habilidade e excelência, segundo as possibilidades sócio-econômicas e culturais da comunidade.

Os programas de Acreditação buscam a qualidade na prestação dos serviços de saúde, constituindo-se uma atividade técnica, social e de sustentabilidade e estando inseridos no cenário das organizações hospitalares como agentes transformadores da cultura e resultados institucionais. Os níveis da Acreditação Hospitalar são os seguintes:

Nível 1 - As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Seus princípios orientadores são: habilitação do corpo funcional; atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários e estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

Nível 2 - Evidências de adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar, referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna. Seus princípios orientadores são: existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados; evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários, e evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

Nível 3 - Evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Seus princípios orientadores são: evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico; utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores que permitem análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostram tendências positivas e sustentação de resultados; utilização de sistemas de aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade, implantado com evidências de impacto sistêmico (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2001, p. 44).

O entendimento da organização hospitalar, com seus serviços relativos ao produto e aos serviços de apoio, incita a compreensão de um elemento de fundamental importância nesse contexto – o prontuário do paciente.

2.3.2 O Prontuário Médico

Segundo Massad, Marin e Azevedo (2003), o prontuário do paciente, ou mais frequentemente chamado prontuário médico, é um elemento crucial no atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir a informação necessária para garantir a continuidade dos tratamentos prestados ao cliente/paciente. O prontuário do paciente foi desenvolvido por médicos,

enfermeiros e profissionais de demais atividades hospitalares, para garantir que sejam lembrados de forma sistemática os fatos e eventos clínicos sobre cada indivíduo, a fim de que todos os envolvidos no processo de atenção à saúde possam também ter as mesmas informações.

Desta forma, localmente, ou seja, na organização onde o paciente está recebendo cuidados, o prontuário representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento. As informações registradas no prontuário médico vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas.

Em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de uma comunidade é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que o integram. A análise conjunta dos dados dos prontuários deveria ser capaz de fornecer, por exemplo, informações desagregadas ou agregadas sobre pessoas atendidas: quais tratamentos foram realizados, quais formas terapêuticas tiveram resultados positivos, como os pacientes responderam e quanto custou cada forma de tratamento por procedimento ou cumulativamente para todos os procedimentos de um paciente, de grupos de pacientes ou de toda uma população.

Estas informações agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde. Ao considerar o conteúdo do prontuário do paciente, vale destacar que todo e qualquer atendimento em saúde pressupõe o envolvimento e a participação de múltiplos profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e outros. Além disso, frequentemente as atividades de atendimento ao paciente acontecem em diferentes locais, tais como: salas de cirurgia, enfermarias, ambulatórios, unidades de cuidado intensivo (UTI), dentre outros.

Para realização dessas atividades, são necessárias múltiplas informações de diferentes fontes. Por outro lado, os procedimentos realizados pelos profissionais, individualmente, também geram outras tantas informações que vão garantir a continuidade do processo de cuidado. São fontes diferentes de dados, gerando conseqüentemente uma grande variedade de informações. Tais dados precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto, que servirá de

apoio para a tomada de decisão sobre o tipo de tratamento ao qual o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo ou de uma população.

Vale ressaltar que o dado clínico é muito heterogêneo para ser introduzido em sistemas tradicionais de informação. Por exemplo, os dados referentes ao controle de sinais vitais precisam ser verificados, dependendo de cada caso, em intervalos muito próximos, e apresentados em planilhas e gráficos; os resultados de exames laboratoriais são disponibilizados em forma de tabelas; os exames de tomografia computadorizada, radiologia e ultrassonografia apresentam imagens como parte do prontuário do paciente; observações clínicas podem estar presentes em intervalos regulares e sob a forma de texto livre, sem qualquer estrutura de conteúdo e formato; alguns dados de anamnese são frequentemente registrados através de uma lista de checagem; o registro de medicação contém a listagem das prescrições médicas, a checagem de administração fornecida ao paciente pela enfermeira e a reação do paciente ao medicamento; as observações feitas por psicólogos geralmente são também registradas em texto livre. Muitos outros exemplos poderiam ser ainda incluídos, confirmando a diversidade dos dados e informações que são usados para viabilizar o cuidado ao paciente.

Massad, Marin e Azevedo (2003) entendem que o prontuário tem como funções:

- a) apoiar o processo de atenção à saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais;
- b) ser o registro legal das ações médicas;
- c) apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade);
- d) gerar conhecimento.

O prontuário do paciente constitui-se assim de uma enorme e variada riqueza de dados e informações com grande potencial para a geração de conhecimento. Seu cerne está relacionado à “área da fala” das informações do hospital. Uma das evoluções do prontuário do paciente está no campo da informatização, na criação do prontuário eletrônico do paciente.

2.3.3 O Prontuário Eletrônico

O *Institute of Medicine* (1997) entende que o prontuário eletrônico do paciente (PEP) é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico” (Ibidem, p. 69). O *Computer-based Patient Record Institute* (apud INSTITUTE OF MEDICINE, 1997, p. 78) define o PEP ressaltando que “um registro computadorizado de paciente é informação mantida eletronicamente sobre o estado de saúde e os cuidados que um indivíduo recebeu durante toda sua vida”.

Além das definições mencionadas, o PEP recebe diferentes denominações que, embora usadas como sinônimo, possuem algumas diferenças: registro eletrônico do paciente, registro do paciente baseado em computador e registro eletrônico de saúde. O PEP é um meio físico, um repositório em que todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo, estão armazenadas. Muitos benefícios podem ser obtidos deste formato de armazenamento.

Dentre eles, podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribui para a obtenção de melhores resultados nos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; e possível redução de custos, com otimização dos recursos.

Massad, Marin e Azevedo (2003) entendem que existem vantagens e desvantagens do prontuário em papel e do PEP. O modelo de prontuário em papel, considerando o volume de informações e a estrutura de organização da informação em saúde, não é mais suficiente para atender as necessidades. As principais desvantagens do prontuário em papel são:

- a) ocupa somente um lugar ao mesmo tempo;
- b) possui conteúdo livre variando na ordem;

- c) algumas vezes é ilegível;
- d) algumas vezes é incompleto, podendo apresentar informações ambíguas;
- e) para estudos científicos, o conteúdo precisa ser transcrito, o que muitas vezes predispõe ao erro;
- f) as anotações em papel não podem disparar lembretes e alertas aos profissionais.

Essas desvantagens prejudicam o manuseio e o acesso às informações de forma rápida e segura.

Bemmel, Van e Musen (1997) comparam as vantagens do prontuário em papel com aquele baseado em registro eletrônico da seguinte forma:

- a) o prontuário em papel pode ser facilmente carregado;
- b) apresenta relativa facilidade para buscar um dado;
- c) não requer treino especial para usá-lo;
- d) não “sai do ar” como ocorre com aqueles instalados em sistemas informatizados.

As vantagens do prontuário em papel são reais, mas podem ser facilmente supridas com um eficiente projeto de construção de um PEP, que também tem vantagens em um espectro maior:

- a) possibilita acesso simultâneo;
- b) apresenta legibilidade;
- c) possui variedade na visão do dado;
- d) possui suporte de entrada de dados de forma estruturada;
- e) oferece apoio à decisão;
- f) oferece apoio à análise de dados;
- g) permite a troca eletrônica de dados;
- h) compartilha o suporte ao cuidado.

As vantagens acima agilizam, facilitam e integram o processo de assistência ao paciente nas mais variadas disciplinas.

Algumas desvantagens importantes do PEP, por outro lado, devem ser mencionadas:

- a) necessidade de grande investimento de equipamentos, sistemas e treinamento;
- b) os usuários podem não se acostumar com os procedimentos informatizados;
- c) é preciso estar atento a resistências e sabotagens;
- d) pode ocorrer demora para perceber os resultados do investimento;
- e) possui forte dependência de cultura e treinamento de pessoas;
- f) depende de infra-estrutura tecnológica robusta;
- g) pode estar sujeito a falhas tanto de equipamento quanto de sistema;
- h) pode apresentar dificuldades para a completa e abrangente coleta de dados;
- i) pode afastar o médico do paciente.

De uma maneira geral, a elaboração do PEP baseia-se na integração de informações clínicas e administrativas dos pacientes. Uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro passa a ser fisicamente distribuído entre os setores de um hospital, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios etc., sendo compartilhado entre os profissionais de saúde baseado nos direitos de acesso de cada um. Além de integração, um dos requisitos básicos do PEP é a interoperabilidade, que é a habilidade de dois ou mais sistemas computacionais trocarem informações, de modo que a informação trocada possa ser utilizada em vários pontos (BEMMEL; VAN; MUSEN, 1997)

O PEP é também apresentado como proposta para atender às demandas dos modelos de atenção e de gerenciamento dos serviços de saúde. Atualmente, observa-se claramente uma mudança na forma como o cuidado é prestado, onde e por quem. A missão dos serviços de saúde está mudando e a tecnologia de informação e os sistemas de informações necessitam mudar para continuar atendendo as necessidades de seus usuários.

Os sistemas em saúde devem ser projetados de forma a apoiar o processo local de atendimento. Devem ser orientados aos processos, apoiando o trabalho diário e fornecendo comunicação dentro e fora da organização. Deve haver um único registro por paciente que atenda às novas demandas de acompanhamento da produção, do custo e da qualidade. Para tanto, alguns pré-requisitos são: estrutura padronizada e concordância sobre a terminologia, definição de regras claras de comunicação, arquivamento, segurança e privacidade.

Segundo o *Institute of Medicine* (1997), doze atributos compõem o padrão ouro para a criação, desenvolvimento, implantação e uso do PEP, a saber:

- a) oferecer uma lista de problemas do paciente (atuais e pregressos): uma lista de problemas deve conter o número de ocorrências associadas com o passado e o problema corrente, assim como o estado atual de cada problema;
- b) ter a capacidade de medir o estado funcional e de saúde do paciente: essas medidas de resultados não têm sido efetivamente tratadas pelas empresas desenvolvedoras de sistemas;
- c) possibilitar a documentação do raciocínio clínico em diagnósticos, conclusões e na seleção de intervenções terapêuticas: permitir compartilhar o raciocínio clínico com outros profissionais, desenvolver meios automáticos para acompanhar os caminhos no processo de tomada de decisão;
- d) ser um registro longitudinal abrangendo toda a vida do paciente, ligando todos os dados de consultas e atendimentos anteriores;
- e) garantir confidencialidade e privacidade, além de apoiar os processos de auditoria clínica e administrativa;
- f) oferecer acesso contínuo aos usuários autorizados a qualquer momento;
- g) permitir visualização simultânea e customizada dos dados dos pacientes pelos profissionais e setores da organização. Essa capacidade melhora a eficiência do trabalho técnico de usuários específicos, permitindo que o dado seja apresentado no formato que é mais usado;

- h) apoiar o acesso a recursos de informação locais e remotos: bases de dados em texto, correio eletrônico e arquivos de integração. O acesso a fontes externas deve garantir ao profissional a obtenção da informação necessária para apoiar o cuidado ao paciente;
- i) facilitar a solução de problemas clínicos fornecendo instrumentos de análise e de decisão (clínica e administrativa);
- j) apoiar a entrada de dados diretamente pelo médico através de mecanismos e interfaces simples e diretas;
- k) apoiar profissionais no gerenciamento e controle de custos para melhoria da qualidade, visando auxiliar o controle administrativo e financeiro;
- l) ter flexibilidade para apoiar a incorporação de existentes e futuras necessidades das especialidades clínicas, sendo flexível e permitindo evoluções.

Os atributos classificados pelo *Institute of Medicine* (1997) como padrão ouro devem ser bem estudados e compreendidos para a criação de sistemas de informações que atendam de forma plena os serviços hospitalares. Por outro lado, Murphy, Hanken e Waters (1999) sinalizam que existem alguns riscos e obstáculos para a implantação do PEP nos hospitais:

- a) falta de padronização nos sistemas provocando a perda ou inviabilizando muitos dos recursos que podem ser disponibilizados, como alertas, situações de apoio à decisão e pesquisas clínicas;
- b) interface com o usuário: para que os dados sejam armazenados de forma estruturada, é requisito fundamental do PEP que a entrada de dados também seja feita de forma estruturada. Textos livres, embora mais aceitos pelos profissionais por serem semelhantes aos hábitos do prontuário em papel, dificultam a sua captura para eventuais consultas mais refinadas;
- c) segurança e confidencialidade: a construção de sistemas que não valorizam a segurança e a confidencialidade dos dados do paciente podem estar fadados ao fracasso e desencadearem processos legais contra a organização. Além disso, contribuem para criar ou aumentar a falta de confiança dos usuários;

- d) falta de infra-estrutura: para o intercâmbio de dados e gerenciamento de recursos, é fundamental a adoção de padrões de comunicação, leis e regras que regulamentem o processo de transmissão de dados;
- e) aceitação pelo usuário: se o usuário não for envolvido no processo desde o início do desenvolvimento dos sistemas de informações que comporão o PEP, participando ativamente e colaborando, ele pode resistir ao uso do sistema e até mesmo desencadear atitudes de sabotagem;
- f) aspectos legais: a falta de legislação que regule o uso do meio eletrônico como forma de armazenar o prontuário sem papel e o uso de assinatura eletrônica são importantes fatores que bloqueiam a difusão do PEP;
- g) conteúdo do PEP: ainda não há consenso e muitos aspectos referentes ao conteúdo têm sido apresentados por diferentes autores;
- h) mudança de comportamento: estar convencido da necessidade de mudar e aceitar a incorporação de novos recursos não quer dizer comportamento alterado. Sistemas que interferem nos hábitos rotineiros das pessoas, em geral não são bem aceitos ou demoram algum tempo para serem aceitos, exigindo, portanto, envolvimento e constante treinamento e ensino.

O desafio de se criar um PEP completo, que seja realmente utilizado pelo corpo funcional de um hospital, ainda é grande. A maior dificuldade da construção de um PEP está no registro, controle e recuperação das informações clínicas. A implantação de um PEP não tem sido dificultada necessariamente pela tecnologia, mas é de natureza organizacional ou relacionada à forma de trabalho tradicional dos profissionais de atenção direta. Sistemas integrados pressupõem não somente serviços e organizações integradas, mas principalmente profissionais integrados. Este aspecto caracteriza, muitas vezes, a barreira crítica no desenvolvimento e adoção de um PEP em uma organização do tipo hospital. Seu grande desafio é gerar informações seguras e suscitar o conhecimento.

Complementando a abordagem do PEP, é preciso salientar quem estará envolvido no seu uso diário, ou seja, os recursos humanos das organizações hospitalares dentro das suas mais variadas atuações profissionais integradas com os diversos setores.

2.3.4 Recursos Humanos de Organizações Hospitalares

As organizações hospitalares, na sua maioria, vivem uma situação que gera conflitos no que tange aos seus recursos humanos: há uma necessidade de modernização das suas formas de trabalho enquanto ainda existe uma cultura organizacional arcaica e muito baseada na hierarquia verticalizada. Como estabelecer uma cultura de trabalho em equipe em um meio no qual as escalas de plantão e a diversidade de outros vínculos empregatícios ainda são elevados? Como conseguir acompanhar através de treinamentos a evolução de processos, se as pressões de custo estão sempre na linha de redução da folha de pagamento? Como fazer com que o corpo funcional se familiarize com o uso da tecnologia da informação e dos sistemas de informações de um determinado hospital, se tudo muda no outro hospital?

Gonçalves (2006) aponta que a busca de eficiência que os hospitais necessitam acaba gerando retrocessos, pois o caminho mais comum percorrido é o de cortes através da dispensa de profissionais (é o custo hospitalar mais alto), do congelamento de contratações, da ausência de investimento em capacitação e de adoção de relações trabalhistas precárias. Tais fatos geram a busca por vários empregos e sistemas de plantão envolvendo várias categorias profissionais, discrepância da forma de contratação dentro de um mesmo hospital e a insatisfação de profissionais e pacientes.

Esse quadro gera situações negativas para a organização hospitalar, pois é uma atividade de uso intensivo do trabalho do ser humano. Além disso, são grupos profissionais distintos, originados de corporações diversas, que necessitam atuar de forma conjunta e coesa. Quanto maiores forem a integração, a qualificação e o sentido de equipe entre os diversos grupos, maiores serão a produtividade, a eficiência e a qualidade do serviço prestado. Mas esse ideal,

longe de se dar de forma automática ou por definição burocrática, é prejudicado na atual situação do segmento e das organizações hospitalares. Gera-se tensões e insatisfações que dificultam a coesão e atingem de forma negativa o cerne da atividade hospitalar e o seu principal insumo – os colaboradores que ali atuam.

Outro ponto chave dessa discussão diz respeito à relação médico paciente. Na maioria das vezes, essas análises são lidas e debatidas por profissionais distantes da prática clínica. Para a maioria dos clínicos, a questão da relação com seus clientes remete à formação acadêmica de base ou aparece na forma de uma conversa entre colegas de profissão, podendo se tornar restrita às aptidões objetivamente exigidas para o cuidado dos doentes. Por outro lado, boa parte das críticas dirigidas à forma como se estabelece usualmente esta relação carece igualmente da proposição de alternativas possíveis dentro da realidade cotidiana dos profissionais de saúde.

A própria informatização pode comprometer ainda mais a relação médico paciente. A presença do PEP, sem dúvida, é um avanço para a organização hospitalar, mas coloca o médico com as atenções excessivamente voltadas para o computador e para os processos informatizados dos sistemas que apóiam a sua atividade profissional. O paciente, na maioria das vezes, pode perceber esse comportamento e se sentir prejudicado e ainda mais fragilizado no seu processo de cura.

De acordo com Fernandes (1993), o médico, muitas vezes, se coloca como porta-voz da organização médica, que possui conceitos bem determinados, legitimidade para as ações, leis e estatuto predefinidos, bem como mecanismos de controle e fiscalização. E é esta a ordem que deve ser apresentada e reafirmada ao paciente. Deste ponto de vista, a relação médico paciente torna-se, na realidade, a relação entre a organização médica e a doença, não existindo espaço para a presença subjetiva, isto é, para o sujeito do médico e o sujeito do paciente.

A responsabilidade pelas condutas adotadas é diluída por encaminhamentos e opiniões de especialistas – fato este amplamente observado nos serviços de saúde – e poderia ser considerada, na verdade, um reflexo desta realidade. Voltando ao prontuário médico (cuja função teórica seria a de registrar os dados de interesse do paciente), na prática, entretanto, este serve muito mais como um documento no qual o médico presta contas à organização, relatando as lesões encontradas no exame e as corretas condutas adotadas e, deste modo, se defendendo legal e eticamente de qualquer eventual acusação. Análise semelhante poderia ser feita acerca dos

receituários médicos: não importa se o paciente pode ou não comprar o medicamento, mas apenas que a prescrição esteja tecnicamente correta e salvasse, deste modo, a boa reputação do profissional no seu meio.

Consequentemente se forma um grande desafio – desatar as amarras corporativas e enfrentar uma cultura cristalizada nas organizações hospitalares, para que se possa iniciar um ciclo efetivo de modernizações. Uma das formas de vencer esse desafio é através da gestão de pessoas que passa a ganhar um papel estratégico nas organizações hospitalares. (GONÇALVES, 2006, p. 94)

Todo o quadro teórico visto até aqui consolida o conjunto de conceitos e situações do cotidiano de uma organização hospitalar, considerando sua ampla e diversificada estrutura funcional, seu corpo clínico, seus processos e os pontos de inserção da tecnologia da informação e dos sistemas de informações materializados através do prontuário médico e do PEP. A seguir, são definidos os procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa em campo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia de pesquisa define como o trabalho foi realizado, desde a concepção até a conclusão. A seguir são relatados os procedimentos metodológicos para a realização dos objetivos propostos, incluindo as definições do método de pesquisa utilizado, sua natureza, a forma como o problema de pesquisa foi abordado, a caracterização dos objetivos da pesquisa, a técnica utilizada com seu desenho, fases e passos. Em seguida, uma abordagem da coleta de dados, abrangência, campo de investigação e sujeitos da pesquisa.

3.1 MÉTODO DE PESQUISA

O método científico de uma pesquisa pode ser definido como um caminho para se chegar ao fim de um determinado trabalho (GIL, 1999). Os métodos de pesquisa estão transcritos na metodologia do trabalho apresentada em suas várias fases, contemplando os objetivos da pesquisa realizada. Optou-se pelo estudo de caso para o presente trabalho. O método de pesquisa estudo de caso é considerado adequado para responder questões explicativas que tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo.

O estudo de caso consiste em “um tipo de pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o

fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes” (YIN, 2001, p.32). Ainda segundo o autor, os seguintes elementos para a elaboração de um estudo de caso devem ser considerados: definição das principais questões envolvidas no projeto de estudo; elaboração de uma estrutura para coletar dados e suas proposições; definição da unidade de análise, isto é, do ambiente a ser estudado; relação das atividades que serão realizadas e dos procedimentos para a coleta de dados; análise dos dados coletados e conclusão.

O método estudo de caso é uma inquirição empírica que procura investigar um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto real, no qual os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes e múltiplas fontes de evidência são utilizadas (YIN, 2001). De forma geral o método de pesquisa com estudo de caso é adequado para responder perguntas diretas, ainda assim subjetivas, envolvendo as questões *como* e *por que*, por exemplo. São preferidas ainda quando o campo de investigação não é passível de controle com relação aos eventos e os fenômenos estudados fazem parte de um conjunto de contextos reais (GOODE, 1969)

3.1.1 Natureza da Pesquisa

Com relação à natureza da pesquisa, ela foi aplicada devido à geração e ampliação de conhecimentos novos e úteis para o avanço da ciência e para aplicação prática, dirigidos à solução ou facilitação de problemas relativos ao alinhamento da gestão da informação à gestão hospitalar. (MARCONI; LAKATOS, 1996)

3.1.2 Abordagem do Problema da Pesquisa

No que diz respeito à forma da abordagem do problema, essa pesquisa teve uma abordagem qualitativa, pois relata as questões do alinhamento entre a gestão da informação e a gestão hospitalar, contextualizadas desde a fundamentação teórica até a análise da prática no estudo de caso proposto.

Utilizou-se também a Análise de Conteúdo, técnica de investigação que tem como finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto de uma comunicação (BARDIN, 1977). A autora sugere que as diferentes fases da análise, tais como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

- Pré-análise: é a fase de organização propriamente dita, tendo como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de forma a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise. Em geral, essa primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

- Exploração do material: essa fase consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras de recorte, agregação e enumeração dos dados brutos, permitindo atingir uma representação de conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do material pesquisado (APÊNDICE C).

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples (porcentagens) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados que condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

Bardin (1977) indaga as seguintes questões: quais os elementos do texto a ter em conta, como recortar o texto em elementos completos e como a escolha das unidades de registro e de contexto servem para elucidar tais questões. A unidade de registro é a unidade de significação a

codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.

A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis. Há certa ambigüidade no que se refere aos critérios de distinção das unidades de registro, no qual se executa certos recortes a nível semântico. No processo de significação os temas se libertam, naturalmente, segundo critérios relativos à fundamentação teórica utilizada. Os recortes podem ser feitos em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis.

Essa descoberta de núcleos de sentido compõe a comunicação e sua presença ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, materializado nesse trabalho pelos quatro construtos propostos (SI, TI, RH e CO), é geralmente utilizado como uma unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc.

A unidade de contexto, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. A determinação das dimensões da unidade de contexto é presidida por dois critérios: o custo e a pertinência. Uma unidade de contexto alargada exige uma releitura do meio. Por outro lado, existe uma dimensão ótima ao nível do sentido: se a unidade de contexto for muito pequena ou muito grande, já não se encontra adaptada. Também aqui são determinantes quer o tipo de material, quer o quadro teórico.

Bardin (1977) define a categorização como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, em razão das características comuns desses elementos.

O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que significam a ansiedade ficam agrupados na categoria “ansiedade”, enquanto que os que significam descontração ficam agrupados sob o título conceitual “descontração”), sintático (verbos e adjetivos), léxico (classificação de palavras segundo o seu sentido com

emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem). A categorização é um processo do tipo estruturalista e comporta o inventário, ou seja, o isolamento dos elementos e a classificação ou repartição dos elementos impondo certa organização às mensagens. Um conjunto de categorias boas deve possuir as seguintes qualidades:

- Exclusão mútua: cada elemento não pode existir em mais de uma divisão. As categorias deveriam ser construídas de tal maneira que um elemento não pudesse ter dois ou vários aspectos susceptíveis de fazerem com que fosse classificado em duas ou mais categorias.

- Homogeneidade: deve haver um único princípio de organização. Em um mesmo conjunto de categorias só se pode funcionar com um registro e com uma dimensão de análise. Diferentes tipos de análise devem ser separados em outras tantas análises sucessivas.

- Pertinência: uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido e quando pertence ao quadro teórico definido. Na pertinência há uma idéia de adequação ótima. O sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação que está sendo realizada, as questões do pesquisador e corresponder às características das mensagens.

- Objetividade e fidelidade: as distorções relativas à subjetividade dos codificadores e à variação dos juízos não se produzem se a escolha e a definição das categorias forem bem estabelecidas. O organizador da análise deve definir claramente as variáveis que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria.

- Produtividade: um conjunto de categorias é produtivo se produz resultados efetivos: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

A abordagem qualitativa esteve fortemente presente na fase de investigação da pesquisa realizada através de entrevistas, submetidas presencialmente, com atores do HJV (GIL, 1999). Esse material gerado foi útil para consolida-las, principalmente, quando a análise apresentou números quantificáveis que retrataram opiniões e classificações expressas em análises numéricas (SILVA; MENEZES, 2001). Essas duas abordagens se complementam para atingir os objetivos dessa dissertação, permitindo análises interpretativas e construtivas, devido à complexidade do assunto pesquisado sob diferentes ângulos e conteúdos.

3.1.3 Caracterização dos Objetivos da Pesquisa

Do ponto de vista de seus objetivos, a pesquisa dessa dissertação foi exploratória ao utilizar o levantamento bibliográfico e documental em uma área com pouco conhecimento acumulado acerca do problema proposto. Todas essas atividades tiveram a finalidade de desenvolver e formular novas idéias e práticas do alinhamento entre a gestão hospitalar e a gestão da informação, buscando um posicionamento interpretativo (GIL, 1999).

Assim, para atender aos objetivos propostos nessa dissertação, o problema foi abordado como um estudo de caso, exploratório, com levantamento bibliográfico e documental e de cunho qualitativo, com análise de conteúdo.

3.2 TÉCNICAS DA PESQUISA

A metodologia de pesquisa pode ser melhor esclarecida à medida que são descritos os seus detalhes nas fases do seu desenvolvimento, nas técnicas e nos instrumentos de coleta e de análise dos dados da pesquisa.

3.2.1 Desenho da Pesquisa

O desenho da pesquisa contempla seus componentes que são demonstrados em seqüências lógicas realizadas (YIN, 2001). As fases da pesquisa foram divididas em três partes: preparação da pesquisa, definição do modelo proposto e desenvolvimento das entrevistas com abordagem qualitativa e documentação dos resultados com o objetivo de estruturar e formalizar a respectivas análise qualitativa. Podem ser visualizadas através do Quadro 6.

3.2.2 Fases e Passos da Pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa foi traçado em fases com seus respectivos passos, comprovando seu aspecto construtivo seqüencial e evidenciando a evolução dos trabalhos executados, conforme quadro 6.

- a) Primeira fase – preparação da pesquisa: revisão bibliográfica ou fundamentação teórica sobre o tema. O objetivo desse passo foi fundamentar os conceitos utilizados na pesquisa, principalmente os que envolveram conceitos relacionados à gestão da informação e gestão hospitalar.
- b) Segunda fase – definição do modelo proposto e desenvolvimento das entrevistas com abordagem qualitativa:

b.1) elaboração do modelo proposto de alinhamento entre a gestão da informação e a gestão hospitalar com base na tese de doutorado do Prof. Denis Alcides Rezende (2002), com a sua devida aprovação (APÊNDICE A), defendida na Universidade Federal de Santa Catarina, no Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, cujo título é: *Alinhamento do Planejamento Estratégico da Tecnologia da Informação ao Planejamento Empresarial: proposta de um modelo e verificação da prática em grandes empresas brasileiras.*

Sua pergunta norteadora é: quais são os recursos sustentadores que possibilitam o efetivo alinhamento do Planejamento Estratégico da Tecnologia da Informação (PETI) ao Planejamento Estratégico Empresarial (PEE) em grandes empresas brasileiras? O estudo objetivou propor um modelo que permitisse identificar os principais recursos sustentadores do alinhamento do PETI ao PEE em grandes empresas brasileiras, sob a percepção dos CEOs (*Chief Executive Officer*) e dos CIOs (*Chief Information Officer*), cuja originalidade está na diferente forma de identificação e organização das variáveis dos recursos sustentadores do alinhamento entre o PETI e o PEE, envolvendo quatro construtos inter-relacionados: sistemas de informação (SI), tecnologia da informação (TI), pessoas (RH) e contexto organizacional (CO).

Os construtos e respectivas variáveis estão detalhados no modelo proposto de alinhamento descrito em sua tese, os quais foram fundamentados na literatura e nas experiências vivenciadas (acadêmicas e empresariais) do pesquisador. A pesquisa foi essencialmente exploratória e empregou, principalmente, o método do levantamento de dados *survey*, utilizando questionários, entrevistas e observações pessoais como instrumentos de coleta de dados.

O trabalho efetuou um pré-teste em duas empresas, um teste piloto em oito organizações e um *survey* em outras 68 grandes empresas brasileiras de diferentes regiões, tamanhos e setores. Os dados auferidos possibilitaram o conhecimento direto da realidade das empresas participantes e permitiram gerar as diversas inferências por meio da análise qualitativa elaborada. (REZENDE, 2002)

A pesquisa de Rezende (2002) tem gerado uma bibliografia amplamente utilizada no meio acadêmico e empresarial, em temas relacionados a Planejamento Estratégico Empresarial, Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação, Engenharia de Software Empresarial, Sistemas de Informações, dentre outros. O objetivo desse passo foi utilizar os mesmos quatro construtos adaptados à realidade da presente pesquisa considerando o ambiente hospitalar e fazendo um paralelo entre o PEE com a Gestão Hospitalar e do PETI com a Gestão da Informação.

b.2) desenvolvimento do roteiro de entrevista (APÊNDICE C) com abordagem qualitativa para análise preliminar, com base no modelo proposto de alinhamento entre a gestão da informação e a gestão hospitalar. O objetivo desse passo foi organizar os quatro construtos e seus devidos conceitos através de uma investigação de *cinco palavras ou termos por construto* (SI, TI,

RH e CO), que pudessem remeter a vivência do entrevistado à sua realidade como integrante de uma organização hospitalar, procurando os aspectos mais relevantes de determinados fatos ou fenômenos e proporcionando a expressão de pontos de vista de cada entrevistado. Estas palavras ou termos foram categorizados utilizando a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977) com o objetivo de proporcionar uma melhor leitura dos resultados.

- c) Terceira fase – documentação dos resultados com o objetivo de estruturar e formalizar a análise qualitativa, por meio de quadros com tabelas e descrições de conteúdos.

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Preparação da pesquisa – revisão da literatura	Definição do modelo proposto e desenvolvimento do roteiro de entrevistas com abordagem qualitativa	Documentação dos resultados

Quadro 6 – Fases e passos da pesquisa

Fonte: Elaboração própria (2008)

Outros instrumentos de pesquisa foram consultados, a exemplo de Terra (1999), que aborda a gestão do conhecimento e o modelo das sete dimensões relacionadas a diferentes áreas da prática gerencial. O modelo foi testado em uma pesquisa de campo envolvendo cerca de 600 gerentes e diretores de empresas atuantes no país. Segundo Terra (2005), a gestão do conhecimento é a organização das principais políticas, processos e ferramentas gerenciais, e tecnológicas à luz de uma melhor compreensão dos processos de geração, identificação, validação, disseminação, compartilhamento, proteção e uso dos conhecimentos estratégicos para gerar resultados para a empresa e benefícios para os colaboradores internos e externos.

Foram avaliadas 44 práticas gerenciais reunidas em sete dimensões: fatores estratégicos e papel da alta administração (6), sistemas de informação e comunicação (3), cultura e valores organizacionais (10), organização e processos de trabalho (6), políticas e práticas para a administração de recursos humanos (13), mensuração de resultados (2) e aprendizado com o ambiente (4). A razão pela qual esse instrumento não foi escolhido está no baixo número de práticas estudadas na dimensão sistemas de informação e na ausência de abordagem da tecnologia da informação.

Davenport (2003) também foi pesquisado na abordagem feita do modelo para a ecologia da informação definido na seção 2.1.1. Tal modelo busca compreender todo o cenário em que a

informação é utilizada, sendo composto por três ambientes com componentes que se interconectam: ambiente externo (negócios, informação e tecnologia), ambiente organizacional (negócios, espaço físico e tecnologia) e ambiente informacional (estratégia, política, cultura e comportamento, equipe, processos de administração informacional e arquitetura da informação). Este instrumento também não foi escolhido pela baixa abordagem da tecnologia da informação como infra-estrutura.

3.3 COLETA DE DADOS DA PESQUISA

As principais técnicas de coleta de dados empregadas nessa pesquisa foram instrumentalizadas pelas entrevistas com abordagem qualitativa. O roteiro dessas foi um instrumento formalmente planejado, preparado em formulário específico e elaborado com cuidado. Foi constituído por uma série ordenada de quatro questões cujo preenchimento das respostas teve a presença do pesquisador.

O roteiro das entrevistas foi organizado e estruturado a partir do referencial teórico dessa dissertação. Foi analisado e criticado por professores e profissionais da área, para corroborar com sua confiabilidade e validação, principalmente, quanto aos aspectos de clareza, legibilidade, adequação e formato. Após as primeiras aplicações ajustes de entendimentos também foram feitos. Foram trocados diversos e-mails (APÊNDICE A) com o Prof. Denis Alcides Rezende e com o Prof. Claudio Cardoso, orientador desse trabalho, culminando na autorização do primeiro para uso dos construtos (SI, TI, RH e CO) de sua tese de doutorado. Antes da aplicação, uma carta (APÊNDICE B) de apresentação foi encaminhada a cada respondente ressaltando a importância da participação e contribuição de cada um na pesquisa para o alcance de um resultado mais preciso. Ao final, foi enviado um e-mail de agradecimento (APÊNDICE D) a todos os respondentes com o compromisso de disponibilizar todo o material para consulta e o arquivo eletrônico da dissertação na íntegra, na *intranet* do HJV.

O questionário qualitativo (APÊNDICE C) contém a solicitação de *cinco palavras ou termos* mais marcantes na mente de cada respondente e que expressam a sua realidade na organização hospitalar, considerando a sua profissão e o tempo de experiência. Os quatro citados construtos e suas respectivas variáveis organizam as respostas.

Baseados na tese do Prof. Rezende (2002), com os devidos ajustes para o presente trabalho (APÊNDICE A), os construtos e variáveis foram explicados para os respondentes de acordo com a seguinte linha de raciocínio.

O construto SI envolve as variáveis: sistemas operacionais, gerenciais e estratégicos, dentro de cada função exercida na organização hospitalar. O construto TI envolve as variáveis: *hardware, software, rede, internet, intranet*, correio eletrônico, sistemas de telecomunicação e gestão de dados e informação. O construto RH envolve as variáveis: valores e comportamentos, perfil profissional, competências e capacitação, planos de trabalho, comunicação e relação, multi-equipe e parcerias, clima, ambiente, motivação, vontade e comprometimento. E finalmente, o construto CO envolve as variáveis: imagem institucional, missão, objetivos e estratégias, modelos decisórios, processos e procedimentos, cultura, filosofia, políticas empresariais, estrutura organizacional departamental e por processos, investimentos, custos e infra-estrutura organizacional.

A aplicação dos questionários (APÊNDICE C) ocorreu entre agosto e novembro de 2008. Os questionários foram respondidos na presença do pesquisador com todas as dúvidas dirimidas no ato do preenchimento. Não foi difícil estimular a participação dos usuários na pesquisa. O HJV tem sido foco de outros trabalhos acadêmicos. Além disso, o pesquisador possui um excelente acesso a todos os colaboradores dessa pesquisa.

3.4 ABRANGÊNCIA DA PESQUISA

A abrangência ou delimitação da pesquisa estabeleceu os limites de investigação da mesma (MARCONI; LAKATOS, 1996). O delineamento referiu-se ao planejamento da dimensão da

pesquisa, com amplitude diagramada, variáveis definidas, critérios de análise e interpretação de dados (GIL, 1999). Para atendimento das exigências da comunidade científica e acadêmica, a pesquisa estabeleceu seu campo de investigação, população, censo, seleção de atores e limitações da abrangência da pesquisa (SILVA; MENEZES, 2001), os quais vão ao encontro do referencial teórico e prático elaborado e dos respectivos instrumentos de coleta e análise de dados.

3.4.1 Campo de Investigação da Pesquisa

O campo de investigação da pesquisa foi o HJV, de caráter geral, privado e de médio porte, tendo como foco principal o atendimento integral ao paciente, sendo sua marca registrada desde a sua fundação. Conta com 138 leitos distribuídos entre as unidades de internação e observação. O hospital oferece Serviços de Emergência, Obstetrícia, Clínica Médica e Cirúrgica, UTI e UTSI de Adultos, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Pediatria, sendo este último anexo ao hospital. O Serviço de Pediatria conta com atendimentos de urgência e emergência, serviços de vacinação e laboratório 24 horas. O hospital é hoje uma referência em atendimento de emergência, possuindo toda a estrutura tecnológica e técnica necessária às atividades que se propõe. Dispõe de uma equipe médica, em plantão 24 horas, nas especialidades de: Cirurgia, Endoscopia Digestiva, Intensivista, Cardiologia, Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Anestesiologia; sendo que as demais funcionam em sistema de sobreaviso 24 horas. A Emergência, adulto e pediátrica, conta com o apoio dos serviços de: Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia e Oftalmologia. Além de ter sobreaviso nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Mão, Cirurgia de Tórax, Cirurgia Neurológica, Cirurgia Vascular, Microcirurgia, Otorrinolaringologia, Urologia, Angiologia, Neurologia e Proctologia. O Anexo A apresenta detalhes do HJV, campo de investigação dessa pesquisa, com uma cronologia dos principais acontecimentos de 1970 até 2009. Apresenta também, a *holding* do grupo, a Promédica Proteção Médica a Empresas LTDA.

Segundo a classificação proposta na seção 2.3.1, o HJV possui as seguintes características:

Item de Classificação	Descrição
Natureza da assistência	Geral – atende pacientes de várias especialidades.
Propriedade, manutenção e controle	Particular – com fins lucrativos.
Capacidade ou lotação	Médio porte – 50 a 149 leitos (possui 138 leitos).
Capacidade de ensino (residência médica)	Sem regulamentação de residência médica.
Corpo clínico	Misto – corpo clínico aberto e fechado ao mesmo tempo.
Sistema de edificação (I)	Pavilhonar – formado por vários pavimentos.
Sistema de edificação (II)	Vertical – edificações com vários pavimentos.
Tempo de permanência do paciente no hospital	Curta permanência – período médio de permanência inferior a 15 dias.

Quadro 7 – Classificação do HJV

Fonte: Elaboração própria (2008)

A classificação do HJV proposta no Quadro 7 fornece uma idéia estruturada de suas características principais.

3.4.2 Sujeitos da Pesquisa

De acordo com Marconi e Lakatos (1996), população é um conjunto de elementos que possui as características desejáveis para o estudo e a amostra é uma parte escolhida na população. Seguindo a metodologia proposta, o questionário foi aplicado com os indivíduos que participam diretamente da gestão da informação na gestão hospitalar, apoiada pelo sistema de informação hospitalar existente no HJV, totalizando 24 pessoas. Dessas, 75% participaram das entrevistas, ou seja, 18 pessoas. As outras seis não se constituem recusas, apenas não foram encontradas em função de férias, viagens ou estavam ausentes da organização. Todas as pessoas entrevistadas

possuem um elevado envolvimento com o sistema de informação hospitalar e, conseqüentemente, com a proposta desse trabalho, sendo considerados sujeitos da pesquisa.

A abordagem escolhida para o sistema de informação hospitalar, considerando os aspectos relacionados da gestão da informação e da gestão hospitalar, é a que mais se aproxima do alinhamento estratégico proposto na tese de Rezende (2002).

Como o tamanho da população é reduzido, exclui-se a necessidade do cálculo de uma amostra probabilística *caracterizando a pesquisa como um censo*. Segundo Cooper e Schindler (2003), o censo é viável quando a população é pequena e os elementos são muito diferentes entre si.

O Quadro 8 expressa todos os sistemas de informações existentes no HJV, implantados nas respectivas unidades. O que se pretende nessa abordagem, não é relacionar os sistemas aos setores pertencentes à estrutura hierárquica formal, mas sim ao que denominamos unidade, numa referência a locais onde a Gestão da Informação é presente e apoiada por sistemas de informações. Aqueles descritos como SIH (Sistema de Informação Hospitalar), com forte dependência de utilização (classificação = alto), *correspondem ao foco da investigação* e são sistemas de informações construídos por uma equipe de desenvolvimento composta por funcionários e parceiros do HJV, focando exatamente as características, funcionalidades e necessidades dessa organização. Esse nível de utilização ficou determinado para a unidade que tenha no mínimo cinco módulos acessados do SIH. Os demais que apresentam menos de cinco módulos acessados foram classificados como fracamente dependentes (classificação = baixo).

Os demais sistemas apontados na tabela abaixo - LG, MXM, GR e SMART, são soluções clássicas adquiridas no mercado e que atendem a assuntos bem específicos:

- numa abordagem corporativa (Grupo Promédica): Sistema LG, na unidade de Recursos Humanos e Sistema MXM, na unidade Financeira;
- numa abordagem local (HJV): Sistema GR, na unidade de Nutrição e o Sistema SMART no Laboratório de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Uma única unidade, a Segurança do Trabalho (HJV), é atendida integralmente por Planilhas Eletrônicas desenvolvidas pelo próprio usuário. Além disso, a tabela apresenta os subsistemas que compõem cada unidade, classificados em: ST, SAD, SIG e SE.

Unidade	Sistema de Informações	Nível de utilização	Subsistemas
Diretoria Técnica Administrativa	SIH, MXM, LG	Alto	ST, SIG
Diretoria Financeira	SIH, MXM, LG	Alto	ST, SIG
Gerência Administrativa	SIH	Baixo	ST, SIG
Gerência de Enfermagem	SIH	Alto	ST, SIG
Gerência de Suprimentos	SIH	Alto	ST, SIG
Gerência de Recursos Humanos	LG	-	ST, SIG
Gerência Médica	SIH	Alto	ST, SIG
Manutenção	SIH	Alto	ST
Farmácia	SIH	Alto	ST
Tecnologia da Informação	SIH	Baixo	ST
Recepção	SIH	Alto	ST
Serviço Social	SIH	Alto	ST
Faturamento	SIH	Alto	ST
Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – Adultos e Semi	SIH	Alto	ST
UTI Pediátrica	SIH	Alto	ST
UTI Neonatal	SIH	Alto	ST
Emergência de Adultos	SIH	Alto	ST, SAD
Emergência Pediátrica	SIH	Alto	ST, SAD
Pronto Atendimento Garibaldi	SIH	Alto	ST
Núcleo de Qualidade Total	SIH	Alto	ST, SIG
Comitê de Controle de Infecção Hospitalar	SIH	Alto	ST
Centro Cirúrgico	SIH	Alto	ST, SIG
Radiologia	SIH	Baixo	ST
Bioimagem	SIH	Baixo	ST
Fisioterapia	SIH	Baixo	ST
Higienização	SIH	Baixo	ST
Unidade Transfusional	SIH	Baixo	ST
Nutrição	GR	-	ST
Clínica Médica	SIH	Alto	ST
Serviço de Fonoaudiologia	SIH	Baixo	ST
Serviço de Psicologia	SIH	Baixo	ST
Serviço de Apoio Médico e Estatístico	SIH	Alto	ST, SIG
Segurança do Trabalho	Planilhas Excel	-	-
Medicina do Trabalho	LG	-	ST
Núcleo de Terapia Oncológica	SIH	Alto	ST
Laboratório	SMART	-	ST, SE

Quadro 8 – Relação de Sistemas de Informações existentes no HJV

Fonte: Elaboração própria (2008)

Complementando as informações do Quadro 8:

- as diretorias e gerências, por suas características estratégicas, possuem SIG;
- o Serviço de Clínica Médica que efetiva a admissão clínica (eletrônica) dos pacientes possui uma ampla abordagem relativa ao prontuário eletrônico do paciente, assim como nas UTI's;
- a UTI de adultos possui um SAD para identificação de síndrome coronariana aguda (SCA), um para cálculo de risco de tromboembolismo venoso (TEV) e outro para cálculo de índices prognósticos;
- a Emergência de Adultos possui um SAD implantado que apóia a decisão do médico sobre o melhor destino a ser dado a um paciente com suspeita da doença pneumonia (alta para casa, observação no posto de emergência, internamento de urgência ou internamento em UTI). Possui ainda um SAD que classifica o risco de pacientes proporcionando uma melhor prioridade de atendimento;
- a Emergência Pediátrica possui um SAD implantado que possibilita uma triagem de pacientes. Futuramente, receberá a implantação do SAD para classificação de risco citado no item anterior;
- o Comitê de Controle de Infecção Hospitalar possui um ST que mapeia o perfil de resistência de bactérias com o uso de antibióticos utilizados no seu combate, gerando insumos estratégicos para a introdução de novas drogas para microorganismos com elevada resistência;
- o Laboratório possui vários equipamentos específicos para análises de amostras de sangue, tendo o SMART implantado para essa finalidade.

Com relação aos sistemas de informações implantados no HJV, observa-se uma solução integrada que abrange as funcionalidades de um prontuário eletrônico, diluído em várias unidades citadas. Demais aplicações são resolvidas com sistemas adquiridos no mercado (LG, MXM, GR, SMART), conforme apontado anteriormente.

3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Utilizou-se na organização dos dados, a técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), sobre os questionários aplicados (APÊNDICE C) nos atores do HJV. Tais questionários revelaram palavras/termos ora com sentido *facilitador (positivo)* ora com sentido *dificultador (negativo)* na ótica de cada respondente, considerando o seu relacionamento com o HJV, sob uma determinada profissão e tempo de experiência. Tais situações são explicadas no presente item.

3.5.1 Respondentes da Pesquisa

Para cada um dos 18 respondentes foram coletadas 20 palavras/termos, sendo cinco para cada construto pesquisado: SI, TI, RH e CO, perfazendo 360 palavras/termos no total, sendo 90 para cada um dos construtos.

As 18 pessoas entrevistadas estão segmentadas nas seguintes profissões:

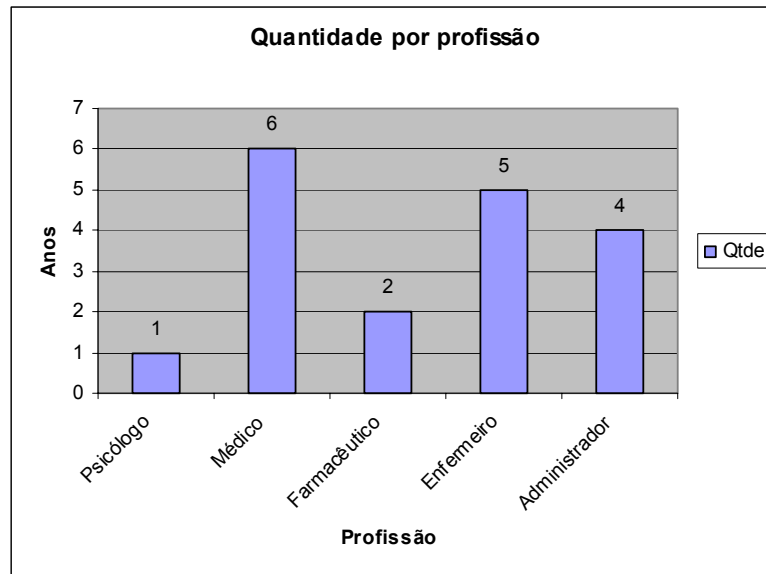


Gráfico 1 – Respondentes da pesquisa (por profissão)

Fonte: Elaboração própria (2008)

Observa-se um quantitativo maior de médicos e enfermeiros (61,1%) em função do uso intenso do prontuário eletrônico. Esse quantitativo de respondentes possui os seguintes tempos de experiência:

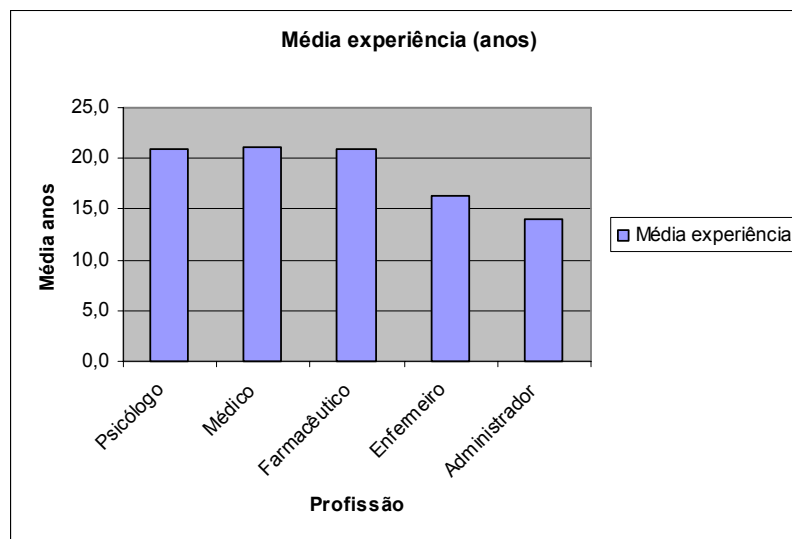


Gráfico 2 – Respondentes da pesquisa (por tempo de experiência)

Fonte: Elaboração própria (2008)

Observa-se também uma média elevada do tempo de experiência das pessoas entrevistadas (18,7 anos) denotando consistência e conhecimento no preenchimento do questionário.

A única entrevistada com a profissão Psicologia – e especialização em Administração Hospitalar – coordena o Núcleo de Qualidade Total e teve um importante papel no HJV na conquista da Acreditação Hospitalar Nível 3 (máximo). Na Análise de Resultados do presente trabalho, será comentado sobre a influência das respostas em razão dessa titulação que o HJV possui desde 2006, revalidada em 2008. Para uma melhor compreensão sobre o tema, segue abaixo uma rápida abordagem teórica.

A seguir serão apresentados e analisados os dados oriundos do estudo de campo proposto no HJV.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados da pesquisa envolveu técnica qualitativa, oriundas das variáveis contempladas pelo modelo proposto e das atividades trabalhadas na coleta de dados. Em seguida, os mesmos foram analisados e tabulados de forma sistemática, incluindo algumas observações pessoais de conteúdo. A análise ou explicação dos dados da pesquisa evidenciou as relações existentes entre os construtos e as palavras ou termos (APÊNDICE C). As interpretações se constituíram em atividades intelectuais que procuraram dar significado mais amplo às respostas, vinculadas a outros conhecimentos necessários que apareceram ao longo da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 1996). Com as técnicas de análise e interpretação de dados e com as triangulações utilizadas, a pesquisa verificou formalmente a influência dos construtos presentes na gestão da informação hospitalar.

Para que a análise dos dados da pesquisa fosse viabilizada, foi necessário elaborar critérios para interpretar os seus resultados por meio de um protocolo de análise (GIL, 1999). Nesse protocolo se estabeleceu uma relação entre os construtos e os autores que fundamentaram a pesquisa, conforme pode ser observado no Quadro 9.

Construtos	Autores (fundamentação teórica)
SISTEMAS DE INFORMAÇÕES (operacionais, de apoio à decisão, gerenciais e estratégicos)	Rezende (2002), Cunha (2005), Hummel (2006), Davenport (2003), Laudon e Laudon (1999), Laudon e Laudon (2007) Boar (2002), Davenport e Prusak (2000), Freitas (1997), Graeml (2003), O'Brien (2004), Oliveira (2004), Starec (2006)
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (<i>hardware, software</i> , rede, telecomunicações, <i>internet, intranet</i> , correio)	Rezende (2002), Cunha (2005), Hummel (2006), Davenport (2003), Laudon e Laudon (1999), Laudon e Laudon (2007) Boar (2002), Davenport e Prusak (2000), Graeml (2003), O'Brien (2004), Oliveira (2004), Starec (2006)
PESSOAS (médicos, enfermeiros, administradores e demais profissionais de saúde)	Rezende (2002), Porter e Teisberg (2006), Malagon et al. (2000), Mendes (1994), Cunha (2005), Mendes e Cunha (2007), Hummel (2006), Freitas (1997), Gonçalves (2006)
CONTEXTO ORGANIZACIONAL (estrutura física e funcional, organização, hierarquia, procedimentos, políticas, estratégias, relações de trabalho)	Rezende (2002), Porter e Teisberg (2006), Malagon et al. (2000), Mendes (1994), Cunha (2005), Mendes e Cunha (2007), Hummel (2006), Gonçalves (2006)

Quadro 9 – Construtos e fundamentação teórica

Fonte: Elaboração própria (2008)

O Quadro 9 dos construtos e fundamentação teórica foi útil na consolidação das principais correntes teóricas que pudessem subsidiar os conhecimentos necessários para a evolução da dissertação de uma forma mais consistente e segura.

4.1 ORGANIZAÇÃO DOS CONSTRUTOS

Cada um dos quatro construtos ora propostos nesta pesquisa (SI, TI, RH e CO) teve 90 palavras/termos respondidos pelos entrevistados. A técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977) foi utilizada nessa organização dos construtos e das palavras/termos, sendo um método de tratamento e análise de informações com o objetivo de proporcionar a compreensão do sentido das comunicações, o discurso de sujeitos sociais com um conteúdo manifesto ou oculto, através da criação de categorias por desmembramento de textos e reagrupamentos analíticos. A

autora ainda afirma que o pesquisador deve realizar a categorização com base na sua questão norteadora de pesquisa, relacionando ao seu referencial teórico e clarificando a sua exploração e descobertas.

O estudo da temática de Bardin (1977) serviu para fortalecer os conhecimentos, especialmente aqueles voltados à montagem das categorias e, que pode ser observado a seguir, na organização dos construtos.

4.1.1 Organização dos Construtos – Visão Geral

Um dos pontos importantes observados nos dados referentes aos construtos e oriundos dos questionários aplicados (APÊNDICE C) diz respeito ao sentido da palavra/termo colocada pelo respondente, podendo ser *positivo* numa idéia de facilitador ou *negativo* numa idéia de dificultador. Um exemplo que ilustra essa afirmação pode ser visto no construto CO com a palavra “pioneirismo”. Tal palavra dita com o sentido positivo, diz respeito ao comportamento vanguardista do HJV. Esse vanguardismo ou pioneirismo pode ser observado no descritivo histórico do hospital (ANEXO A) em situações como a realização anual de Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação, norteador dos projetos anuais de informatização alinhados às estratégias empresariais; a criação do Núcleo de Terapia Oncológica e a consequente criação de um sistema de informações para apoiar as atividades assistenciais desse setor; o caminho trilhado pelo processo de certificação materializado pela Acreditação Hospitalar Nível 3, conquistado em 2006; dentre outras estratégias de verticalização de serviços.

De uma forma mais implícita, a condução dos negócios da Promédica pelo criador do grupo, Dr. Jorge Valente Filho, também demonstra um caráter pioneiro em suas ações, considerado pela sociedade baiana como um grande líder empresarial e visionário de ações de longo prazo. Foi vencedor de alguns prêmios como líder empresarial do setor de saúde no Fórum de Líderes da Gazeta Mercantil (ANEXO A).

Por outro lado, um dos respondentes colocou a palavra “pioneirismo” em um sentido negativo. Ao aprofundar esse ponto, observou-se certo receio com relação à responsabilidade

trazida por projetos pioneiros, às vezes detentores de um entendimento duvidoso em função da inexistência de outros exemplos no mercado. Tal fato foi exemplificado também com a própria Acreditação Hospitalar, citada anteriormente como algo positivo. No início desse processo, conforme colocado por um dos respondentes, alguns questionamentos foram criados em função do comportamento futuro dos hospitais no Brasil diante da Acreditação Hospitalar e dos benefícios que esta geraria.

Outro ponto de destaque nessa organização das palavras/termos diz respeito às ressignificações realizadas. Em algumas situações foram utilizadas palavras como *indisponibilidade* e *não disponibilidade*, ambas possuindo o mesmo significado. Nesse caso, observado no construto TI, foi arbitrado pelo pesquisador a primeira opção. Outras situações podem ser observadas com a palavra *lentidão* e sinônimos como *pouco rápida*, *lento*, e até termos mais pejorativos como *carroça*. Todos foram enquadrados como *lentidão*. De uma forma geral, várias outras situações aconteceram. As palavras/termos apresentadas nas próximas seções dessa pesquisa já estão ressignificadas, fato que não deixa de ser uma limitação do trabalho. Do total de 360 palavras, após as ressignificações restaram 122, divididas em: SI (37), TI (26), RH (33) e CO (26).

A visão geral dos construtos apóia na preparação da visão de cada construto.

4.1.2 Organização dos Construtos – Visão de Cada Construto

Os construtos foram reunidos de forma analítica com suas frequências devidamente apuradas e organizadas em categorias, respeitando as qualidades apontadas por Bardin (1977): exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade/fidelidade e produtividade.

As categorias receberam como primeiro nome, um mnemônico composto das letras do alfabeto e o *sinal positivo (+) no sentido facilitador* ou *sinal negativo (-) no sentido dificultador*, apurado nas palavras/termos respondidas pelos entrevistados. Tais mnemônicos foram renomeados, posteriormente, utilizando-se a palavra/termo *mais predominante no que tange à*

frequência dos dados. Em caso de empate arbitrou-se a palavra/termo com melhor semântica para o nome do grupo.

A seguir encontra-se uma linha de apresentação de cada construto com um breve relato dos quantitativos e nomes das categorias com abordagem negativa e positiva. Cada tabela apresenta a categoria em questão (com o sinal + ou -), as palavras/termos nelas inseridas, a frequência e uma síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados. Entre uma tabela e outra não haverá comentários, uma vez que cada tabela por si só contém todas as informações necessárias para a sua compreensão.

4.1.3 Visão do Construto SI – Sistemas de Informações

A visão do construto SI mostra *duas categorias com abordagem negativa* (Categoria A- ou Categoria DEPENDÊNCIA (-) e Categoria B- ou Categoria BUROCRÁTICO (-)) e *três categorias com abordagem positiva* (Categoria C+ ou Categoria SEGURANÇA (+), Categoria D+ ou Categoria PRATICIDADE (+) e Categoria E+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+)).

Nesse construto SI foram resgatadas cinco categorias.

Tabela 4 – Construto SI: Categoria A- ou Categoria DEPENDÊNCIA (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Dependência	3	Dependência gerada pela obrigatoriedade de uso dos SI para os processos de trabalho.
Complexidade	2	Complexidade dos SI dada a atividade profissional de cada um e a necessidade de integração entre seus diversos módulos, além das características muito especiais do segmento saúde.
Subutilização	1	Baixo nível de utilização de alguns módulos dos SI dada a sua complexidade e dependência.
<i>TOTAL</i>	<i>6</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 5 – Construto SI: Categoria B- ou Categoria BUROCRÁTICO (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Burocrático	4	SI com módulos burocráticos e excesso de documentos a serem preenchidos eletronicamente.
Distanciamento de pessoas	2	O excesso de informatização distancia pessoas. Os profissionais devem ter o cuidado de distribuir as suas atenções quando estiverem divididos entre o uso dos SI e pessoas, principalmente, pacientes.
<i>TOTAL</i>	<i>6</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 6 – Construto SI: Categoria C+ ou Categoria SEGURANÇA (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Segurança	5	Os SI promovem segurança aos processos, pois apresentam dados integrados e confiáveis.
Gestão	3	A facilidade criada na gestão de pessoas, setores e processos tem como grande contribuição a presença dos SI. Muitas das informações necessárias a uma gestão efetiva podem ser extraídas dos SI, otimizando o tempo para atividades mais nobres.
Análise	2	Capacidade promovida pelos SI para o aprofundamento acerca de processos e indicadores de desempenho. Algumas implantações voltadas a sistemas de apoio à decisão sustentam de sobremaneira a análise de dados e processos, a exemplo dos protocolos interdisciplinares.
Comunicação	2	Os SI criam facilitadores para que se possa estabelecer a comunicação entre pessoas e processos, principalmente, para os casos de módulos em rede e unidades distantes geograficamente.
Consolidação	2	Os inúmeros relatórios existentes nos SI, além dos sistemas de caráter gerencial e estratégico, contribuem para a consolidação de dados e melhor visualização do desempenho de processos e da organização como um todo.
Decisão	2	Capacidade promovida pelo SI nos diversos processos decisórios existentes na organização, sustentados por sistemas de apoio à decisão baseados em protocolos existentes e consolidados em literatura médica, de enfermagem e farmacêutica.
Histórico	1	Uma das principais funções dos SI está na sua capacidade de armazenar históricos de indicadores e evidências de ciclos de melhorias de processos.
Integração	1	Os SI são totalmente integrados desde a recepção do paciente, passando por toda a assistência médica/enfermagem, até o resultado final voltado ao faturamento de contas e ao arquivo médico e estatístico.
Pesquisa	1	Capacidade dos SI fornecerem consultas e relatórios que facilitam qualquer situação de investigação de processos, dados e informações.
Rastreabilidade	1	Habilidade dos SI para descreverem a história, aplicação, processos ou eventos e localização de um produto (materiais e medicamentos), de uma determinada organização, por meio de registros e identificação.
Riqueza de dados	1	Os SI pela sua característica eletrônica e integrada promovem uma riqueza de dados que melhoram substancialmente processos de gestão, análise, comunicação, consolidação, decisão, armazenamento de históricos, segurança, rastreabilidade e possibilidade de pesquisas refinadas.
<i>TOTAL</i>	<i>21</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 7 – Construto SI: Categoria D+ ou Categoria PRATICIDADE (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Confiabilidade	5	Capacidade que os SI possuem voltada à garantia de execução de funcionalidades sistêmicas, de forma adequada, mesmo em circunstâncias hostis e inesperadas, com a finalidade de atender aos requisitos de processos da organização.
Facilidade	5	Possibilidade de utilização rápida e efetiva dos SI, estimulando a sua disseminação na organização e promovendo a socialização de seu uso entre as pessoas.
Praticidade	5	Disponibilização de forma simples, rápida e de fácil aprendizado para uso dos SI.
Utilidade	5	Capacidade que os SI possuem de servir às necessidades operacionais, de apoio à decisão, gerencias e estratégicas das diversas pessoas na organização.
Agilidade	5	Possibilidade dos SI acelerarem os processos informatizados tornando a organização mais ágil.
Interatividade	4	Refere-se ao facilitado envolvimento de pessoas nos diversos processos informatizados nos SI.
Inteligência	2	Capacidade dos SI na promoção do raciocínio, planejamento, resolução de problemas, abstração e compreensão de idéias úteis para o processo de aprendizagem de pessoas e da organização.
Amigabilidade	2	Disponibilização de formas conhecidas para interação dos SI com pessoas, procurando seguir padrões já estabelecidos na informática.
Concepção	2	União de usuários e pessoal de informática para discussão de processos integrados, dados e informações, na busca de SI que representem a realidade dos negócios de forma precisa, produzindo resultados desejáveis.
Dependência	2	Situação imposta pelos SI no que tange à necessidade de sua utilização, seja por questões de ordem burocrática da organização, seja por questões legais.
Dinamismo	2	Capacidade que os SI possuem de se adequarem a novas realidades, recebendo melhorias, sempre na busca de resultados.
Eficácia	1	A eficácia dos SI mede a relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.
Ferramenta de trabalho	1	Os SI passam a ser verdadeiras ferramentas de trabalho das pessoas em uma organização, possibilitando interação, comunicação e gerando resultados.
Organização	1	Capacidade que os SI possuem de se organizarem modularmente e seguindo a estrutura funcional da organização.
Surpreendente	1	Capacidade que os SI possuem na superação de suas próprias finalidades, transformando a forma como as pessoas interagem em uma organização e tomam suas decisões.
<i>TOTAL</i>	<i>43</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 8 – Construto SI - Categoria E+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Complexidade	6	Capacidade que os SI apresentam e que os torna inevitavelmente complexos para o atendimento às necessidades de um hospital. Tal característica faz com que os SI apóiem substancialmente, de forma inteligente, todo o emaranhado de processos complexos da organização.
Funcionalidade	3	Os SI cumprem com seu papel de organizar a funcionalidade dos principais processos da organização de forma consistente e integrada.
Abrangência	2	Os módulos existentes nos SI são bastante abrangentes, partindo desde a internação de pacientes até o faturamento de contas, passando por toda a abordagem de assistência médica, de enfermagem, farmacêutica e de uma série de outros serviços inerentes à atividade do HJV.
Modernidade	1	Os SI do HJV, por serem desenvolvidos por equipe interna, sempre acompanham a evolução de áreas como Medicina e Enfermagem, trazendo novas implementações que agregam valor ao processo assistencial e administrativo do paciente.
Precisão	1	O próprio conceito dos SI envolve a precisão de dados, cálculos, e integrações que estão presentes nas inúmeras atividades e processos da organização.
Tecnologia de ponta	1	Os SI do HJV utilizam tecnologia de ponta para armazenamento de dados com um nível de confiabilidade elevadíssimo. Não houve relato algum de desconfiança de falha na integridade de dados dos SI.
<i>TOTAL</i>	<i>14</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Nesse construto SI foram resgatadas cinco categorias (duas negativas e três positivas). A seguir, a visão do construto TI e suas categorias, palavras/termos e síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados.

4.1.4 Visão do Construto TI – Tecnologia da Informação

A visão do construto TI mostra *uma categoria com abordagem negativa* (Categoria F- ou Categoria INSUFICIENTE (-)) e *três categorias com abordagem positiva* (Categoria G+ ou Categoria AGILIDADE (+), Categoria H+ ou Categoria IMPRESCINDÍVEL (+) e Categoria I+ ou Categoria COMUNICAÇÃO (+)).

Nesse construto TI foram resgatadas quatro categorias.

Tabela 9 – Construto TI: Categoria F- ou Categoria INSUFICIENTE (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Insuficiente	12	Poucos recursos de TI, notadamente computadores e impressoras. A falta de espaço físico no HJV é fator que contribui para a insuficiência de recursos.
Lentidão	9	Em determinados momentos do dia a rede torna-se lenta, dificultando a execução de tarefas nos SI.
Indisponibilidade	6	Algumas vezes os recursos, por serem insuficientes, tornam-se indisponíveis pelo fato de terem outras pessoas utilizando.
Ausência de recursos	2	Alguns setores necessitariam de mais computadores para facilitar o uso dos SI.
Cansativa	2	A insuficiência, lentidão e indisponibilidade tornam, muitas vezes, cansativo o processo de uso dos SI.
Cultura	2	A cultura dos usuários dos SI tem como origem as suas próprias residências, onde geralmente são servidos com computadores mais rápidos e <i>softwares</i> mais atualizados, porém, sob cópias não autorizadas.
Localização	2	Em função do reduzido espaço físico, ausência de algumas salas de reuniões ou pontos de acesso coletivo, a localização de computadores e impressoras torna-se insatisfatória.
Obsolescência	1	Os recursos de informática do HJV, muitas vezes, não acompanham a evolução do mercado e das próprias residências de vários usuários.
Perda de formatação	1	Falhas que ocorrem eventualmente na utilização dos recursos de SI e TI, a exemplo de incompatibilidades de <i>softwares</i> .
Pouco apelo visual	1	Os SI do HJV não apresentam telas com formato da <i>Internet</i> , já tão difundido nas soluções de informática.
Travamento	1	Em função da lentidão e obsolescência, acontecem travamentos ocasionais de computadores e impressoras.
Uso inadequado	1	Os recursos de TI, muitas vezes, são utilizados de forma inadequada, principalmente, quando são voltados a interesses pessoais.
<i>TOTAL</i>	<i>40</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 10 – Construto TI: Categoria G+ ou Categoria AGILIDADE (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Agilidade	3	Os recursos de TI (correio, <i>internet</i> , <i>softwares</i> diversos) proporcionam agilidade aos trabalhos.
Eficiência	3	O dimensionamento dos recursos de TI do HJV são convertidos em resultados de forma econômica, considerando a natureza da organização.
Facilidade	2	Os recursos de TI, principalmente aqueles de <i>software</i> (editores, planilhas) e os próprios SI, são fáceis de usar e apresentam interfaces amigáveis.
Organização	1	A TI de uma forma geral é organizada e segue um padrão de tipo de <i>software</i> e linha de computadores e impressoras.
Praticidade	1	A TI proporciona praticidade, principalmente devido aos seus recursos de comunicação e integração.
Utilidade	1	Os recursos de TI são de grande utilidade, pois apóiam de sobremaneira as atividades existentes em cada área funcional da organização.
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 11 – Construto TI: Categoria H+ ou Categoria IMPRESCINDÍVEL (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Imprescindível	6	A existência dos recursos de TI é imprescindível, mesmo considerando todos os seus problemas relacionados à obsolescência e indisponibilidades esporádicas.
Importante	5	Os recursos de TI exercem grande importância para as atividades de uma forma geral, pois proporcionam comunicação e integração na organização.
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 12 – Construto TI: Categoria I+ ou Categoria COMUNICAÇÃO (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Comunicação	9	Essa é uma palavra chave quando se aborda recursos de TI, pois é a principal missão tanto de <i>softwares</i> tipo editores e planilhas, quanto de <i>softwares</i> voltados a correios internos e recursos de <i>internet</i> .
Integração	5	Os recursos de TI são integrados em rede com distribuição de serviços em seus vários pontos e integrando módulos dos SI.
Interatividade	5	A TI é interativa pelo seu caráter principal – o funcionamento em rede.
Inovação	3	Os recursos de TI presentes na organização são inovadores, à medida que acompanham a evolução do mercado que os fabrica.
Solucionadora	3	Os recursos de TI ajudam na agilização e solução de problemas, voltados tanto a processos assistenciais como processo administrativos.
Tecnologia de ponta	3	Os recursos de TI, mesmo com algum nível de obsolescência, transmitem uma idéia de modernidade através da utilização de recursos robustos.
<i>TOTAL</i>	28	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Nesse construto TI foram resgatadas quatro categorias (uma negativa e três positivas). A seguir, a visão do construto RH e suas categorias, palavras/termos e síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados.

4.1.5 Visão do Construto RH – Recursos Humanos

A visão do construto RH mostra *três categorias com abordagem negativa* (Categoria J- ou Categoria HETEROGENEIDADE (-), Categoria K- ou Categoria MEDO DA TI (-) e Categoria L- ou Categoria RESISTÊNCIA (-)) e *três categorias com abordagem positiva* (Categoria M+ ou Categoria INTERAÇÃO (+), Categoria N+ ou Categoria IMPORTÂNCIA DA TI (+) e Categoria O+ ou Categoria CONHECIMENTO (+)).

Nesse construto RH foram resgatadas seis categorias.

Tabela 13 – Construto RH: Categoria J- ou Categoria HETEROGENEIDADE (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Heterogeneidade	3	As pessoas que atuam no HJV apresentam uma heterogeneidade considerável, desde formação acadêmica, passando por níveis salariais e conhecimento apreendido, até vínculos trabalhistas variados. Tal fato, muitas vezes, gera conseqüências negativas, com processos de gestão e estruturas funcionais complexas.
Cultura diversificada	1	A cultura diversificada também passa por aspectos relacionados à heterogeneidade, podendo agravar ainda mais, em função das inúmeras possibilidades de vínculos profissionais existentes na organização.
<i>TOTAL</i>	<i>4</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 14 – Construto RH: Categoria K- ou Categoria MEDO DA TI (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Medo da TI	1	A TI, em algumas situações, exerce um medo sobre pessoas mais conservadoras que tentam evitá-la, mas se sentem pressionadas a usá-la pela própria organização e suas normas.
Preconceito contra a TI	1	O medo gera, em alguns casos, certo preconceito e um afastamento da TI, não somente de seus recursos, mas também de pessoas ligadas à TI, os “materializadores das telas” com novos recursos e exigência de uso dos SI.
<i>TOTAL</i>	<i>2</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 15 – Construto RH: Categoria L- ou Categoria RESISTÊNCIA (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Resistência	12	Algumas pessoas das mais variadas formações, idades e funções, demonstram certa resistência para adesão aos SI e aos próprios recursos de tecnologia da informação. Imposições oriundas da alta direção que visam normatizar o uso de módulos dos SI – a exemplo do prontuário eletrônico, claros geradores de benefícios como organização, limpeza, legibilidade e padronização – acontecem com vistas a reduzir a resistência de alguns profissionais. O perfil dos respondentes, com 18,7 anos de média de experiência, complementa a síntese.
Vaidade	9	Alguns deles, por exemplo, com formação acadêmica muito elevada, trânsito internacional em seu meio de atuação ou acesso direto a elevados escalões da indústria e do governo, podem exercer posturas vaidosas, muitas vezes, contrárias às diretrizes da organização.
Baixo envolvimento	4	A diversidade de vínculos profissionais em uma organização hospital gera, algumas vezes, baixo envolvimento dos profissionais para ações institucionais, prejudicando o estabelecimento de projetos e o atingimento de metas.
Descompromisso	3	Da mesma forma que o baixo envolvimento pode prejudicar ações institucionais, o descompromisso também pode criar situações de transtorno que caminham contra as diretrizes da alta direção.
Desintegração	3	Os vínculos profissionais bastante diversificados podem contribuir para pontos de desintegração entre pessoas, dificultando a gestão. Excesso de vínculos profissionais com outras instituições pode também causar desintegração dentro da organização.
Indisponibilidade para aprender	3	Os aspectos relacionados anteriormente podem apresentar potencial para a geração de uma indisponibilidade para o aprendizado de alguns profissionais na organização. Além disso, uma carga de trabalho muito variável a cada plantão pode criar a mesma indisponibilidade.
Insuficiente	3	A insuficiência de recursos pode ser observada em função da mesma razão citada anteriormente, pois é complexo o dimensionamento de mão-de-obra em determinados serviços que apresentam demanda muito variada, a exemplo de um setor de emergência ou um centro cirúrgico, gerando a sensação de insuficiência de recursos humanos. No Setor de Enfermagem existem protocolos implantados nos SI, que apóiam o dimensionamento de mão-de-obra de determinados setores, a exemplo de enfermarias e unidades de tratamento intensivo.
Pouco treinadas	3	Pela mesma razão dos itens anteriores, pode haver um baixo índice de treinamentos formalizados, dificultando a atuação de determinados profissionais em suas atividades rotineiras.
Conhecimento	2	O treinamento comprometido, a resistência, a vaidade, o descompromisso, o baixo envolvimento e o giro de pessoal (<i>turn over</i>), dentre outras razões, podem contribuir para a

		redução do conhecimento socializado dentro da organização.
Competição	2	Questões também relacionadas a vaidades podem gerar competições maléficas na organização.
Acomodação	2	A resistência, o baixo envolvimento e a desintegração são pontos de provável geração de acomodação de pessoas em cargos e funções.
Confiança	1	A competição, a vaidade, a acomodação, dentre outros, podem se transformar em ponto de quebra de relações de confiança na organização. Adicionalmente a esse fato, o próprio contexto organizacional de um hospital e as diversas entidades com que este se relaciona (ex: indústria, governo etc.), também podem contribuir para o enfraquecimento das relações de confiança entre profissionais e a empresa.
Feudal	1	Os aspectos anteriores podem gerar feudos e rigidez em determinados setores e relações.
“Ilhas”	1	Os feudos podem estabelecer o isolamento de setores, dificultando as operações e integrações necessárias ao bom funcionamento da organização.
<i>TOTAL</i>	<i>49</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 16 – Construto RH: Categoria M+ ou Categoria INTERAÇÃO (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Interação	3	A interação dos profissionais, muito em função da própria natureza de uma organização tipo hospital, ocorre pelo fato de setores e processos de trabalho serem altamente integrados.
Liderança	3	Também em função da natureza do hospital, da diversificação de vínculos profissionais e dos diversos tipos e formações desses profissionais, é gerada a necessidade de se ter uma liderança efetiva na condução dos negócios.
Confiança	2	Em função do nível de integração necessário entre setores, processos e pessoas, em muitos casos, existe elos de confiança para o desempenho de atividades rotineiras e projetos relacionados às estratégias da organização.
União	2	A confiança estabelecida, sob uma boa liderança e com profissionais interagindo, proporciona um sentimento de união dentro da organização.
Boa vontade	2	A união estabelecida cria um clima para a boa vontade dos profissionais no seu espírito de colaborar com a organização.
Comprometimento	2	O clima de união e boa vontade geram comprometimento nas pessoas na condução de seus processos de trabalho.
Criatividade	1	Toda a harmonia gerada nessa seqüência de valores favorece a criatividade das pessoas para as inovações e rotinas do dia-a-dia.
Educação	1	Dentro de todo esse contexto positivo é gerado um movimento voltado à educação de profissionais. Um dos pontos que agregam valor nesse aspecto está relacionado às sessões clínicas mensais que ocorrem no HJV e que são voltadas a discussões técnicas e científicas envolvendo várias áreas da medicina, enfermagem, dentre outras.
Vontade de melhorar	1	Finalmente, um sentimento de vontade de melhorar é estabelecido na organização.
<i>TOTAL</i>	<i>17</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 17 – Construto RH: Categoria N+ ou Categoria IMPORTÂNCIA DA TI (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Disponibilidade da TI	4	A TI (pessoas) é sempre disponível e pró-ativa para a solução de problemas e criação de soluções que melhoram as rotinas operacionais da organização.
Importância da TI	4	A TI (pessoas) tornou-se peça chave na organização pelo seu profundo conhecimento dos negócios e processos, além de ser uma geradora de soluções informatizadas que agregam valor ao dia-a-dia da organização.
<i>TOTAL</i>	<i>8</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 18 – Construto RH: Categoria O+ ou Categoria CONHECIMENTO (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Conhecimento	6	A união de conhecimentos existentes na organização, em um sentido positivo, é um excelente agregador de valor para cada um dos setores e processos. Os níveis de formação acadêmica são bastante diversificados. No HJV, as sessões clínicas mensais voltadas a discussões técnicas e científicas são exemplos da representação positiva exercida pela palavra “conhecimento” apurado nas entrevistas e apóiam o processo de produção assistencial.
Heterogeneidade	2	A heterogeneidade dos recursos humanos, com diversas formações acadêmicas, tempos de experiência e vivências de outras instituições, gera um ambiente multidisciplinar e propício à socialização de mais conhecimento.
Comunicação	1	O conhecimento existente e a heterogeneidade das pessoas detentoras deste são facilitados em função de uma comunicação efetiva instalada na organização.
Competição	1	A competição, vista sob uma ótica saudável, também gera conhecimento e motivação para utilizá-lo no crescimento de pessoas e da organização.
<i>TOTAL</i>	<i>10</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Nesse construto RH foram resgatadas seis categorias (três negativas e três positivas). A seguir, a visão do construto CO e suas categorias, palavras/termos e síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados.

4.1.6 Visão do Construto CO – Contexto Organizacional

A visão do construto CO mostra *duas categorias com abordagem negativa* (Categoria P- ou Categoria CONFLITOS (-) e Categoria Q- ou Categoria COMPLEXIDADE (-)) e *três categorias com abordagem positiva* (Categoria R+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+), Categoria S+ ou Categoria GESTÃO (+) e Categoria T+ ou Categoria QUALIDADE (+)).

Nesse construto CO foram resgatadas cinco categorias.

Tabela 19 - Construto CO: Categoria P- ou Categoria CONFLITOS (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Gestão	1	A complexidade do contexto organizacional, no qual está inserido o HJV, além de heterogêneo e vínculos profissionais diversificados dos atores, provoca a criação de dificultadores para a execução de uma gestão efetiva da organização.
Integração	1	A falta de gestão comprometida dificulta a integração entre setores e processos de negócios.
Conflitos	1	Ambas as situações acima, criam um ambiente gerador de conflitos que compromete o andamento de rotinas, regras e processos de uma forma geral, podendo comprometer também o desempenho da organização.
Falta de espaço físico	1	O HJV possui um espaço físico extremamente reduzido pela ausência de salas de reunião, além do compartilhamento de salas entre várias pessoas, reduzindo substancialmente a privacidade e a capacidade de concentração.
<i>TOTAL</i>	<i>4</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 20 – Construto CO: Categoria Q- ou Categoria COMPLEXIDADE (-)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Complexidade	8	A complexidade do contexto organizacional no qual o HJV está inserido, considerando o mercado de saúde baiano e brasileiro, além de sua estrutura de vínculos profissionais diversificados, gera um ambiente organizacional repleto de incertezas e de difícil planejamento.
Heterogeneidade	5	A heterogeneidade desse contexto organizacional também tem efeito negativo ao se analisar a diversidade de hospitais públicos e privados e seus relacionamentos com órgãos do governo e entidades de classe, tais como os órgãos fiscalizadores e os conselhos profissionais.
Estrutura funcional	3	A complexidade e a heterogeneidade do HJV contribuem para a existência de uma estrutura funcional contendo vínculos através da CLT ou via parcerias em determinados setores, a exemplo da Emergência, Grupo de Anestesiologistas e Unidade de Tratamento Intensivo. O estabelecimento de metas, normas e padrões da organização, considerando esse tipo de estrutura funcional, pode ficar comprometido, influenciando de forma negativa a sua gestão.
Dinamismo	3	O dinamismo do segmento hospitalar e do segmento de saúde, com suas constantes mudanças de regras e diretrizes, pode comprometer de forma negativa o funcionamento do HJV, no que tange à gestão, além de poder comprometer as suas operações rotineiras e seu projetos inovadores.
Pioneirismo	2	O pioneirismo assume a sua face negativa quando a organização corre riscos não totalmente calculados, sob um planejamento quase inexistente. O setor hospitalar apresenta essa característica em alguns de seus setores como investimento em novos serviços (cirurgias, exames de imagens etc.).
Acessibilidade	2	Alguns atores inseridos no contexto organizacional são de difícil acesso, como órgãos reguladores, conselhos profissionais e a própria indústria.
Competitividade	1	A competitividade, sob a ótica negativa, também pode gerar situações de conflito, criando dificuldade para gerir os processos e atividades rotineiras, assim como, toda a execução das estratégias empresariais.
Imprevisibilidade	1	A imprevisibilidade do contexto organizacional, suas mudanças legais, novas tendências, novos produtos e serviços também são fatores que podem apresentar uma carga negativa na condução dos negócios.
<i>TOTAL</i>	25	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 21 – Construto CO: Categoria R+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Complexidade	10	A complexidade do contexto organizacional pode ser geradora de uma série de oportunidades empresariais, principalmente, para uma organização possuidora de um nível de excelência na Acreditação Hospitalar, como é o caso do HJV. O nível de maturidade de gestão e de processos é de tal ordem que transforma um cenário de aspectos complexos para um cenário de oportunidades. Um dos recentes projetos de informatização voltados ao acolhimento de pacientes na unidade de Emergência, para momentos de elevada demanda, reflete a complexidade do contexto organizacional (demandas incontroláveis) gerando oportunidades (melhor priorização e acolhimento de pacientes).
Pioneirismo	5	O pioneirismo do HJV (ANEXO A), em várias situações, cria uma história de sucesso para muitos de seus passos empresariais relatados na sua história.
Heterogeneidade	4	A heterogeneidade de formações acadêmicas e vínculos profissionais são geradores de ambientes multidisciplinares saudáveis e também de conhecimentos socializáveis.
Dinamismo	2	O dinamismo do contexto organizacional reflete na gestão e na mobilização de pessoas, processos e projetos que possam garantir a sobrevivência da organização e promover o seu crescimento.
Acessibilidade	2	O contexto organizacional é acessível em razão da conquista do Nível 3 da Acreditação Hospitalar, título que facilitou o acesso do HJV a uma série de instituições do segmento, a exemplo do meio acadêmico, convênios etc.
Competitividade	1	A existência da competitividade gera um clima de motivação para o cumprimento de metas oriundas das estratégias empresariais e para a execução de projetos inovadores.
TOTAL	24	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 22 – Construto CO: Categoria S+ ou Categoria GESTÃO (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Gestão	4	A gestão do HJV é eficaz e o coloca numa posição de destaque no mercado externo e nas ações tomadas no âmbito interno.
Estrutura funcional	3	A estrutura funcional, apesar de diversificada, demonstra funcionar bem, com experiência para conduzir os negócios seja no âmbito interno quanto no externo.
Liderança	3	Dentro da estrutura funcional existe focos claros de liderança que refletem a boa condução dos negócios dentro de cada setor de atuação.
Integração	2	A gestão bem conduzida, numa estrutura funcional eficaz e com liderança bem sedimentada, torna fértil as possibilidades de uma efetiva integração entre pessoas, processos e setores.
Confiança	2	Os aspectos citados anteriormente de forma positiva, possibilitam o estabelecimento de uma relação de confiança na organização.
<i>TOTAL</i>	<i>14</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Tabela 23 – Construto CO: Categoria T+ ou Categoria QUALIDADE (+)

Palavra/termo	Quantidade	Síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados
Qualidade	15	A qualidade é vista dentro do contexto organizacional como algo já completamente estabelecido, em elevado nível de maturidade, e que coloca o HJV em situação de destaque tanto interna como externamente.
Visão sistêmica	5	Com esse elevado de nível de qualidade permeando os processos da organização como um todo, a visão sistêmica torna-se fluida e presente.
Inovação	3	Novas idéias e métodos de trabalho são criados constantemente dentro de uma visão sistêmica, considerando a existência de um elevado e comprovado padrão de qualidade dentro da organização.
<i>TOTAL</i>	<i>23</i>	

Fonte: Elaboração própria (2008)

Nesse construto CO foram resgatadas cinco categorias (duas negativas e três positivas). A seguir, um aprofundamento da análise dos resultados com novas dimensões a serem visualizadas.

4.2 ANÁLISE GERAL DOS CONSTRUTOS

Os Gráficos 3 e 4 a seguir ilustram de uma forma macro o percentual de respostas *positivas* e *negativas* para o construto SI e, de forma detalhada, a distribuição de suas categorias (+ e -).

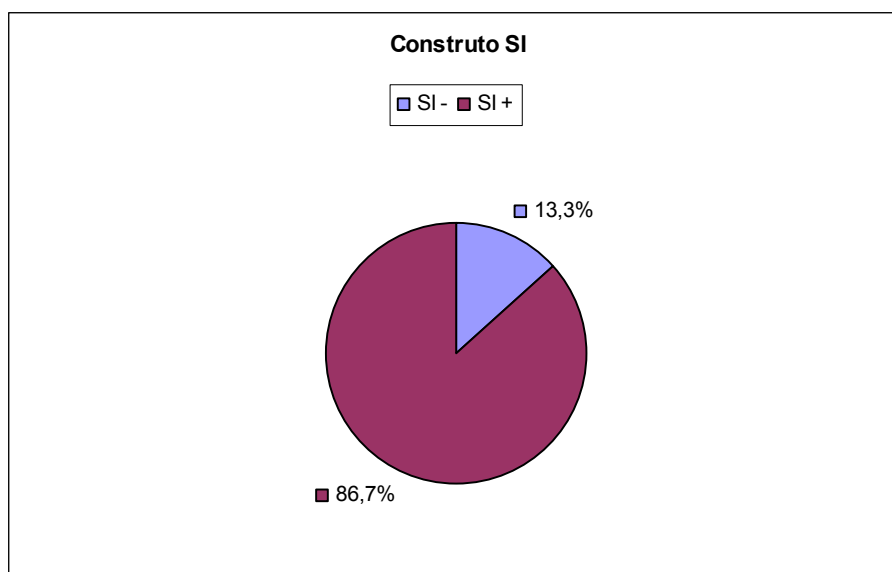


Gráfico 3 – Visão geral do Construto SI

Fonte: Elaboração própria (2008)

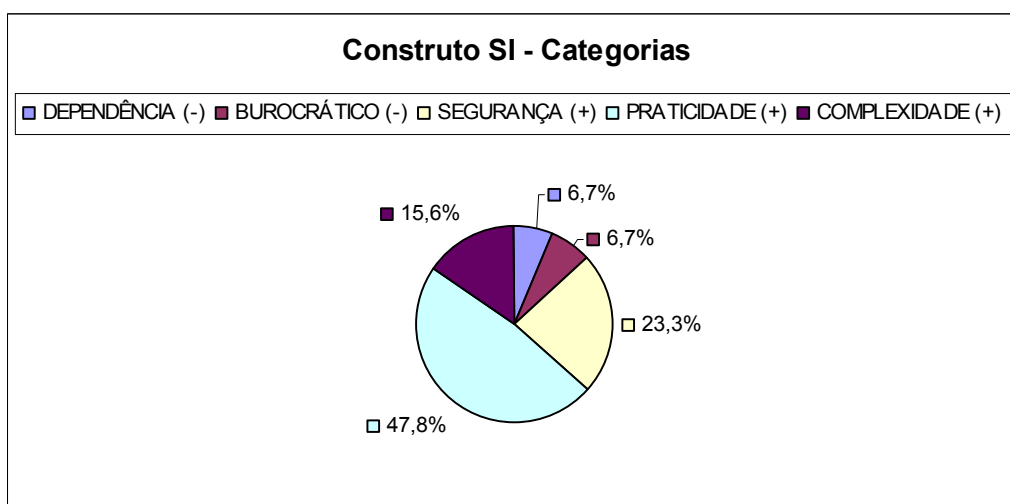


Gráfico 4 – Visão das Categorias do Construto SI

Fonte: Elaboração própria (2008)

Na visão das categorias, observa-se um empate das categorias negativas (Categoria A- ou Categoria DEPENDÊNCIA (-) e Categoria B- ou Categoria BUROCRÁTICO (-)), com 6,7% cada, em relação ao total. Nas categorias positivas, observa-se uma predominância da Categoria D+ ou Categoria PRATICIDADE (+), com 47,8% do total.

O construto SI, considerando a abordagem proposta relativa à experiência dos entrevistados com sistemas operacionais, de apoio à decisão, gerenciais e estratégicos, foi o que revelou o maior percentual de palavras/termos com sentido positivo, considerando aquelas repetidas, ou seja, mais de um entrevistado respondendo a mesma palavra/termo, além das ressignificações. Assim sendo, foram 78 abordagens positivas e 12 negativas, de um total de 90 palavras/termos, representando 86,7% e 13,3%, respectivamente. Tal fato demonstra um ótimo valor para os sistemas de informações desenvolvidos no HJV, visto sob a ótica dos respondentes, ou seja, os principais usuários desses sistemas, reunidos através do censo proposto nessa pesquisa. Um dos pontos fortes citados pelos avaliadores no resultado final do processo de certificação da Acreditação Hospitalar nível 3 no HJV, em 14 de novembro de 2006, foi o sistema informatizado de gestão, conforme pode ser observado na Figura 2.

HOSPITAL JORGE VALENTE		PONTOS FORTES	
Avenida Garibaldi, 2.135	Rio Vermelho	Sistema Informatizado de Gestão. ←	
Salvador	Bahia	Acompanhamento do desempenho econômico financeiro.	
Telefone: (71) 203 4433		Comitê de Padronização de Materiais e Medicamentos.	
www.promedica.com.br		Programa Introdutório para Médicos.	
Acreditação		Projeto de Interação Institucional.	
Datas da Avaliação		Programa de farmacovigilância.	
13 e 14 de novembro de 2006		Sistema de alerta dos resultados de microbiologia.	
Instituição Acreditadora		Protocolo de cultura de vigilância para pacientes externos.	
IQG - Instituto Qualisa de Gestão			
Avaliadores			
<i>Mara Márcia Machado</i>			
<i>Elizabeth Reis</i>			
<i>Vanice Costa</i>			
<i>Ana Flávia Félix</i>			

Figura 2 – Resultado da Certificação na Acreditação Hospitalar

Fonte: HOSPITAL JORGE VALENTE (2006)

Os Gráficos 5 e 6 ilustram de uma forma macro o percentual de respostas *positivas* e *negativas* para o construto TI e, de forma detalhada, a distribuição de suas categorias (+ e -).

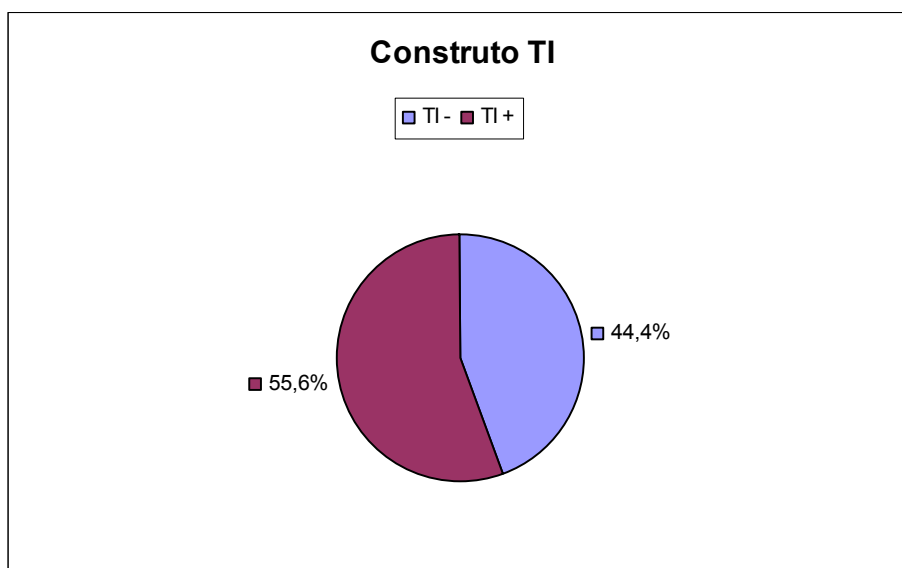


Gráfico 5 – Visão geral do Construto TI

Fonte: Elaboração própria (2008)

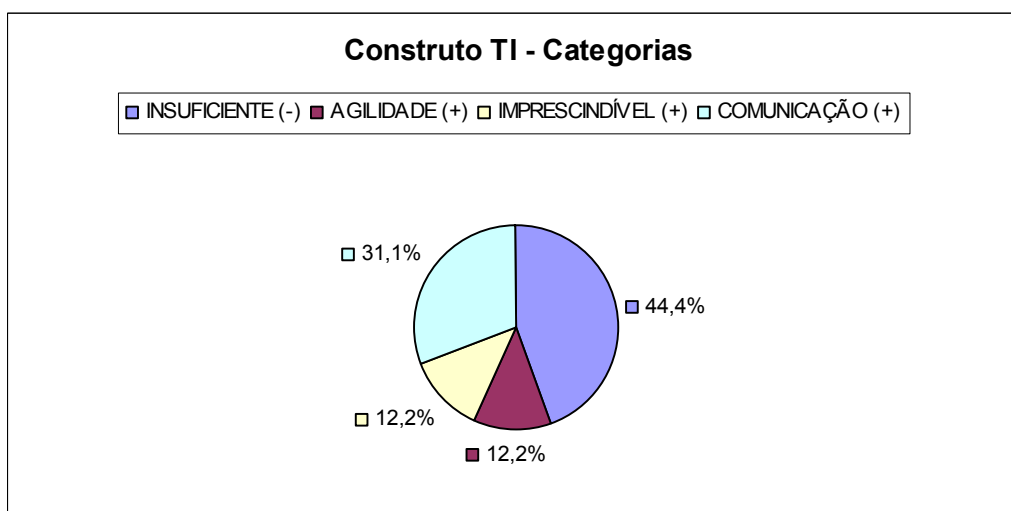


Gráfico 6 – Visão das Categorias do Construto TI

Fonte: Elaboração própria (2008)

Na visão das categorias, observa-se uma única categoria negativa, Categoria F- ou Categoria INSUFICIENTE (-), com 44,4% em relação ao total. Nas categorias positivas, observa-se uma predominância da Categoria I+ ou Categoria COMUNICAÇÃO (+), com 31,1% do total.

O construto TI revelou certo equilíbrio entre as palavras/termos respondidas com o sentido positivo e com o negativo. Tal construto diz respeito à tecnologia da informação na sua essência, ou seja, *hardware* (computadores e impressoras), *software* (programas, editores, planilhas e bancos de dados), rede (dispositivos para comunicação de computadores, impressoras e serviços de uma forma geral), telecomunicações, *internet/intranet* (rede interna da organização com recursos da *internet*) e correio eletrônico. Alguns depoimentos faziam uma comparação leiga da rede do HJV com microcomputadores pessoais ou pequenas redes (2 ou 3 computadores) de clínicas e consultórios particulares. Ambos os casos dizem respeito a configurações muito mais simples e com menor possibilidade dos problemas técnicos geradores das palavras/termos com sentido negativo. O resultado final do Construto TI revelou 55,6% de palavras/termos com sentido positivo, ou 50 ocorrências, e 44,6% com sentido negativo, ou 40 ocorrências.

Os Gráficos 7 e 8 ilustram de uma forma macro o percentual de respostas *positivas* e *negativas* para o construto RH e de forma detalhada, a distribuição de suas categorias (+ e -).

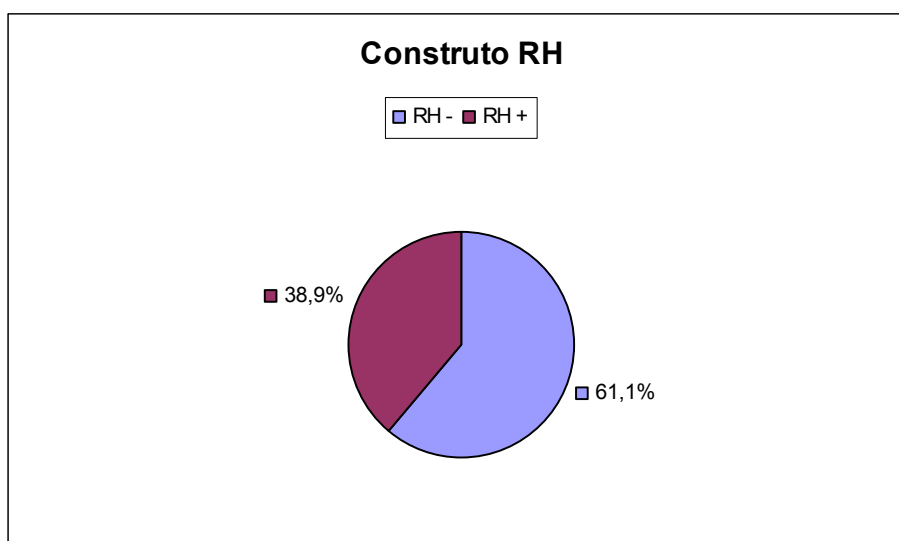


Gráfico 7 – Visão geral do Construto RH

Fonte: Elaboração própria (2008)

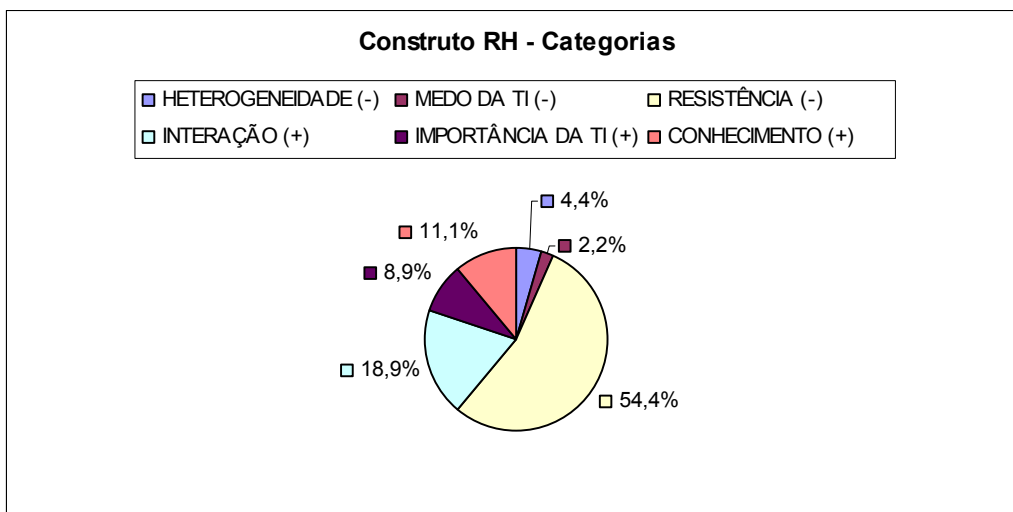


Gráfico 8 – Visão das Categorias do Construto RH

Fonte: Elaboração própria (2008)

Na visão das categorias, observa-se uma predominância da categoria negativa, Categoria L- ou Categoria RESISTÊNCIA (-), com 54,4% em relação ao total. Nas categorias positivas, observa-se uma predominância da Categoria M+ ou Categoria INTERAÇÃO (+), com 18,9% do total.

De uma forma oposta ao construto SI, o construto RH (Pessoas) revelou um elevado índice de palavras/termos com sentido negativo, 61,1%, ou 55 ocorrências, contra 38,9%, ou 35 ocorrências com sentido positivo. Esse fato diz respeito ao nível elevado das pessoas entrevistadas com uma visão mais ampliada em relação a todo o HJV e aos diversos setores que se relacionam no dia-a-dia. Alguns respondentes colocaram palavras/termos com um conhecimento ampliado e extensivo às suas equipes de trabalho, impondo certo rigor nas afirmações. Paralelamente a isso, observa-se no referencial teórico abordado, uma complexidade nas relações humanas na área de saúde, notadamente nos hospitais.

Os Gráficos 9 e 10 ilustram de uma forma macro o percentual de respostas *positivas* e *negativas* para o construto CO e, de forma detalhada, a distribuição de suas categorias (+ e -).

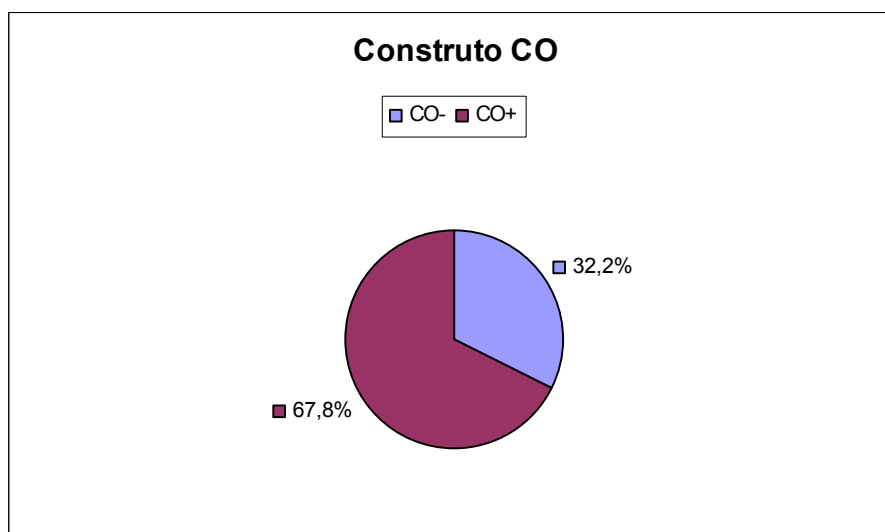


Gráfico 9 – Visão geral do Construto CO

Fonte: Elaboração própria (2008)

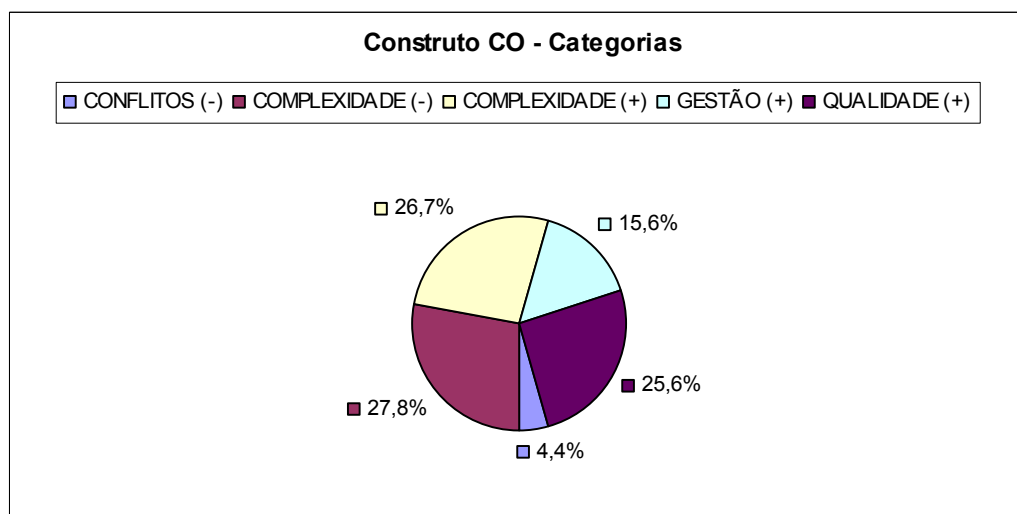


Gráfico 10 – Visão das Categorias do Construto CO

Fonte: Elaboração própria (2008)

Na visão das categorias, observa-se uma predominância da categoria negativa, Categoria Q- ou Categoria COMPLEXIDADE (-), com 27,8% em relação ao total. Nas categorias positivas, observa-se uma predominância da Categoria R+ ou Categoria COMPLEXIDADE (+), com 26,7% do total.

O construto CO diz respeito à estrutura física e funcional, organização, hierarquia, procedimentos, políticas, estratégias e relações de trabalho. Seu resultado revelou uma predominância da abordagem positiva, com 67,8%, ou 61 ocorrências e 32,2% de abordagem negativa, ou 29 ocorrências. As palavras *complexidade* e *qualidade*, quando somadas, representam 40,9% (a ser observado no próximo item) das respostas com sentido positivo. Percebeu-se nas colocações dos respondentes que as palavras apresentam uma vinculação em função da Acreditação Hospitalar nível máximo do HJV. A complexidade do hospital é resolvida com um nível elevado de qualidade e o elevado nível de qualidade transforma o hospital em uma organização de alta complexidade.

Após toda a análise até aqui realizada, é interessante um aprofundamento em cada construto com suas palavras/termos, no sentido de iniciar a apuração de respostas gradativas da pergunta norteadora de toda a pesquisa. Cada quadro que se segue contém a explicação do gráfico que o antecede, com uma análise das variáveis contidas nesse gráfico. Essa mecânica de apresentação correrá para cada um dos quatro construtos (SI, TI, RH e CO).

4.2.1 Análise do Construto SI – Sistemas de Informações

Os Gráficos 11 a 15 ilustram de uma forma detalhada a categoria SI, seja do ponto de vista *positivo* ou do ponto de vista *negativo*. Em seguida, é feita uma análise de cada gráfico (Categoria), relatados os efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV, além da indicação dos principais pressupostos envolvidos na discussão.

O subtotal representa a participação percentual da palavra/termo dentro da categoria, com somatórios específicos para o sentido *negativo* e para o *positivo*. Já o total representa a participação em relação ao construto SI.

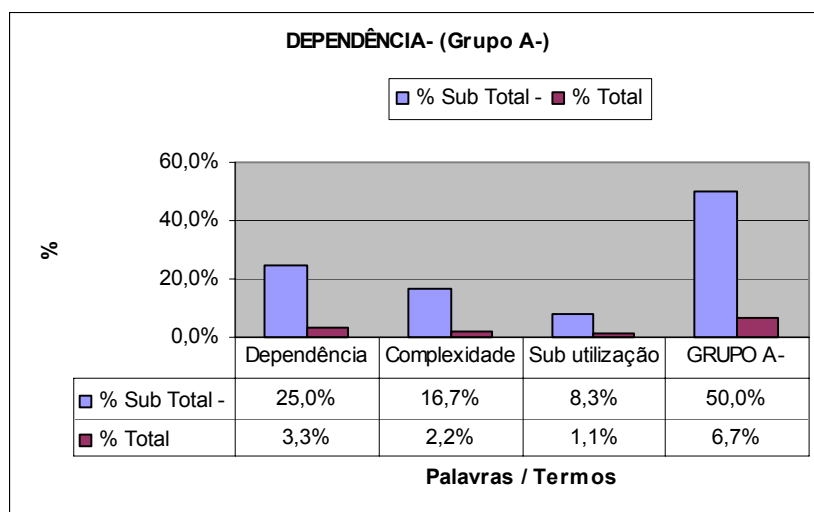


Gráfico 11 – Análise da Categoria A- ou DEPENDÊNCIA-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A dependência que vários profissionais têm dos SI é fruto de uma exigência do HJV que se inicia no cadastro eletrônico desse profissional e de seus respectivos acessos aos SI, para a sua correta atuação na organização.	Prontuários legíveis, processos padronizados, dados confiáveis e íntegros, assinaturas eletrônicas visíveis, fluxos de trabalho otimizados.	D, E, F

Quadro 10 – Análise da Categoria A- ou DEPENDÊNCIA-

Fonte: Elaboração própria (2008)

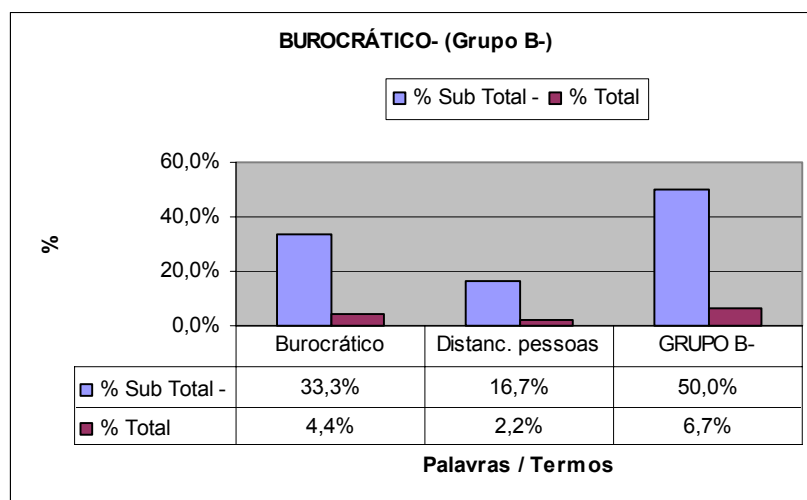


Gráfico 12 – Análise da Categoria B- ou BUROCRÁTICO-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A burocratização provocada pelos SI foi colocada sob a forma negativa, mas é fundamental para organizar, padronizar e otimizar as rotinas de trabalho presentes de forma eletrônica nos SI.	Processos padronizados, dados confiáveis e íntegros, fluxos de trabalho otimizados, orientação da direção do HJV para manter a atenção nos pacientes, ao invés de priorizar a atenção aos SI.	D, E, F

Quadro 11 – Análise da Categoria B- ou BUROCRÁTICO-

Fonte: Elaboração própria (2008)

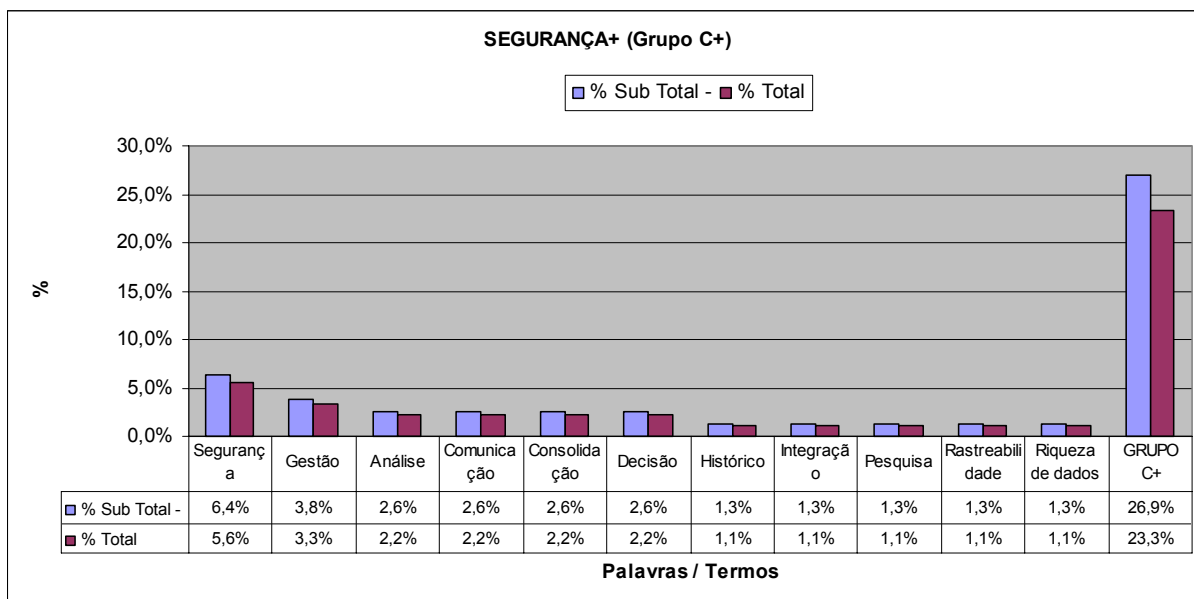


Gráfico 13 – Análise da Categoria C+ ou SEGURANÇA+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A segurança garantida pelos SI facilita e enriquece a atuação profissional, estimulando a capacidade de análise, comunicação e tomada de decisão entre os profissionais.	Otimização do tempo, segurança nos processos, confiabilidade e consolidação de dados, apoio a decisões, melhoria da comunicação, possibilidade de geração de históricos para análise de dados e informações.	D, E, F

Quadro 12 – Análise da Categoria C+ ou SEGURANÇA+

Fonte: Elaboração própria (2008)

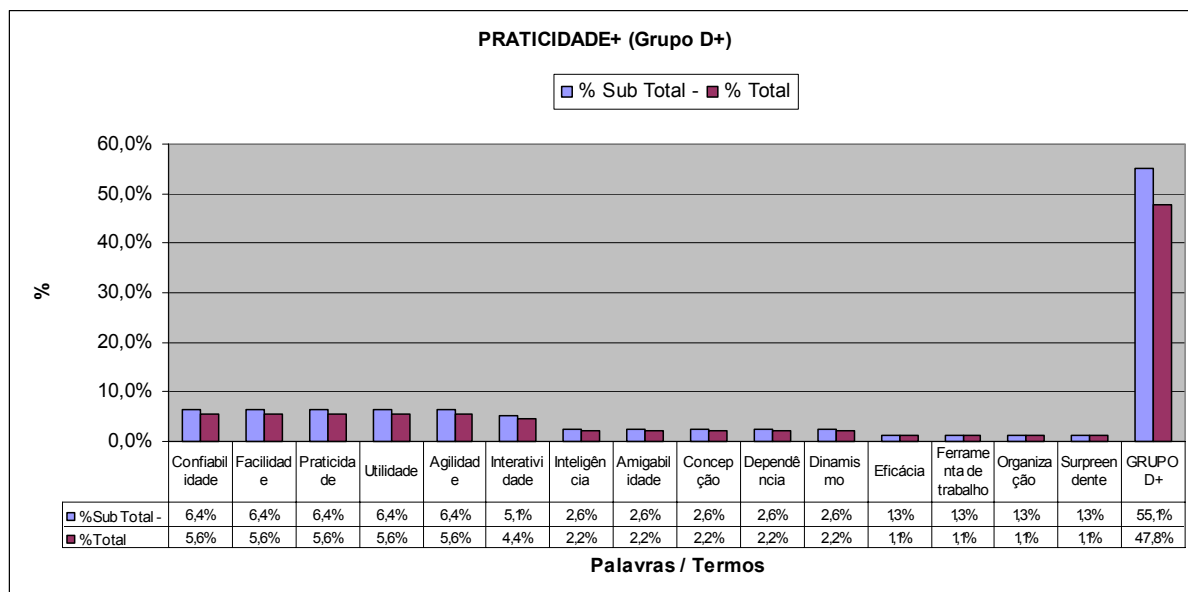


Gráfico 14 – Análise da Categoria D+ ou PRATICIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A condução de construção dos SI colocados na organização como verdadeiras ferramentas de trabalho, desde a sua concepção até a implementação e implantação, gerou um ambiente de trabalho dotado de mais inteligência no que tange à solução dos problemas.	Harmonia entre os profissionais de TI e usuários durante todo o processo de concepção e materialização dos SI, para uso efetivo pelos profissionais da organização.	D, E, F

Quadro 13 – Análise da Categoria D+ ou PRATICIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

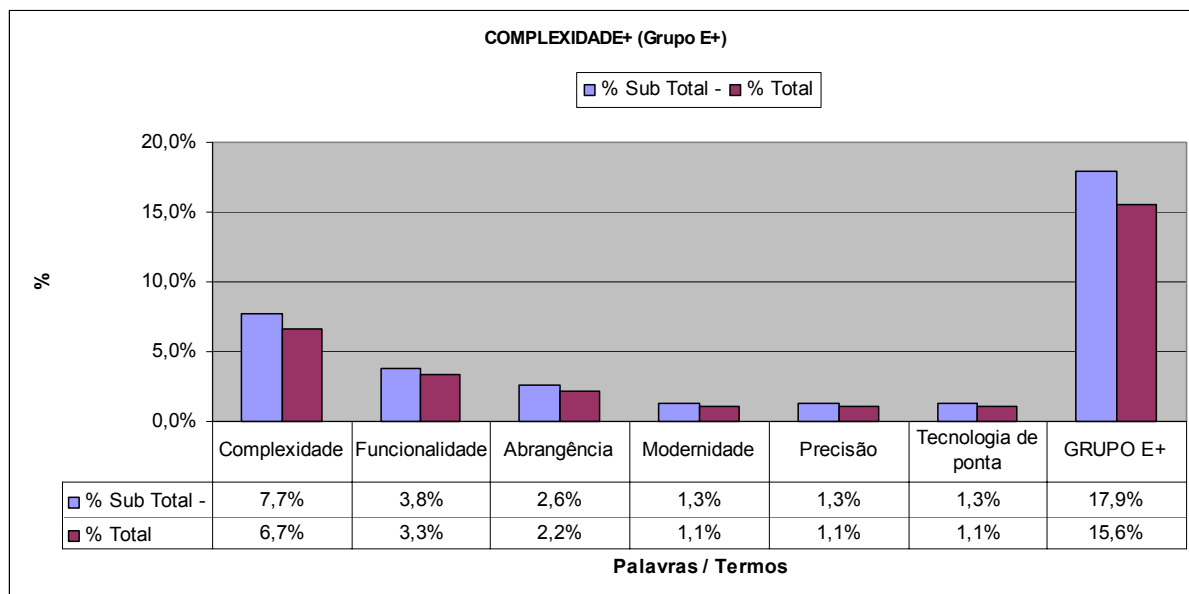


Gráfico 15 – Análise da Categoria E+ ou COMPLEXIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A condução da construção dos SI, contendo estruturas funcionais complexas, gerou um ambiente dotado de mais inteligência no que tange à solução dos problemas.	Conhecimento dos profissionais de TI e usuários durante todo o processo de concepção e materialização dos SI, para uso efetivo pelos profissionais da organização.	E, F

Quadro 14 – Análise da Categoria E+ ou COMPLEXIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

4.2.2 Análise do Construto TI – Tecnologia da Informação

Os Gráficos 16 a 19 ilustram de uma forma detalhada a categoria TI, seja do ponto de vista *positivo* ou do ponto de vista *negativo*. Em seguida, é feita uma análise de cada gráfico (Categoria), relatados os efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV, além da indicação dos principais pressupostos envolvidos na discussão.

O subtotal representa a participação percentual da palavra/termo dentro da categoria, com somatórios específicos para o sentido *negativo* e para o *positivo*. Já o total representa a participação em relação ao construto TI.

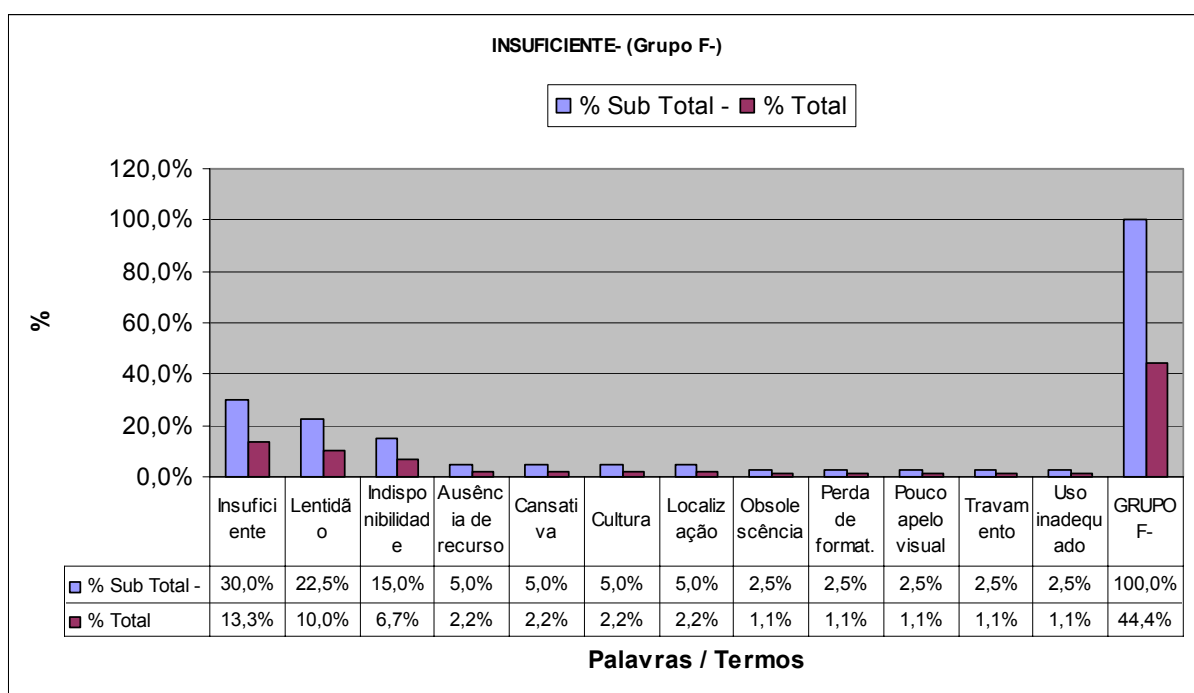


Gráfico 16 – Análise da Categoria F- ou INSUFICIENTE-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A percepção dos profissionais que utilizam a infra-estrutura de TI existente no HJV é comparada com a infra-estrutura que essas pessoas possuem em suas residências ou em outras organizações onde atuam, gerando uma sensação de que sempre a infra-estrutura de TI do “outro” é melhor. O índice de 44,4% que essa categoria representa em relação a todo o construto de TI é elevado (quase a metade), tornando-se um excelente sinal de alerta para a Gestão da Informação.	Necessidade de planejamento da infra-estrutura de TI da organização, definição clara do dimensionamento de máquinas de cada setor, definição clara dos <i>softwares</i> de automação de escritórios (<i>Word, Excel</i> etc.), regras para utilização da rede de computadores e uso de dispositivos de apoio (<i>cd's, pen drives</i>), treinamentos para usuários, palestras de sensibilização.	E, F

Quadro 15 – Análise da Categoria F- ou INSUFICIENTE-

Fonte: Elaboração própria (2008)

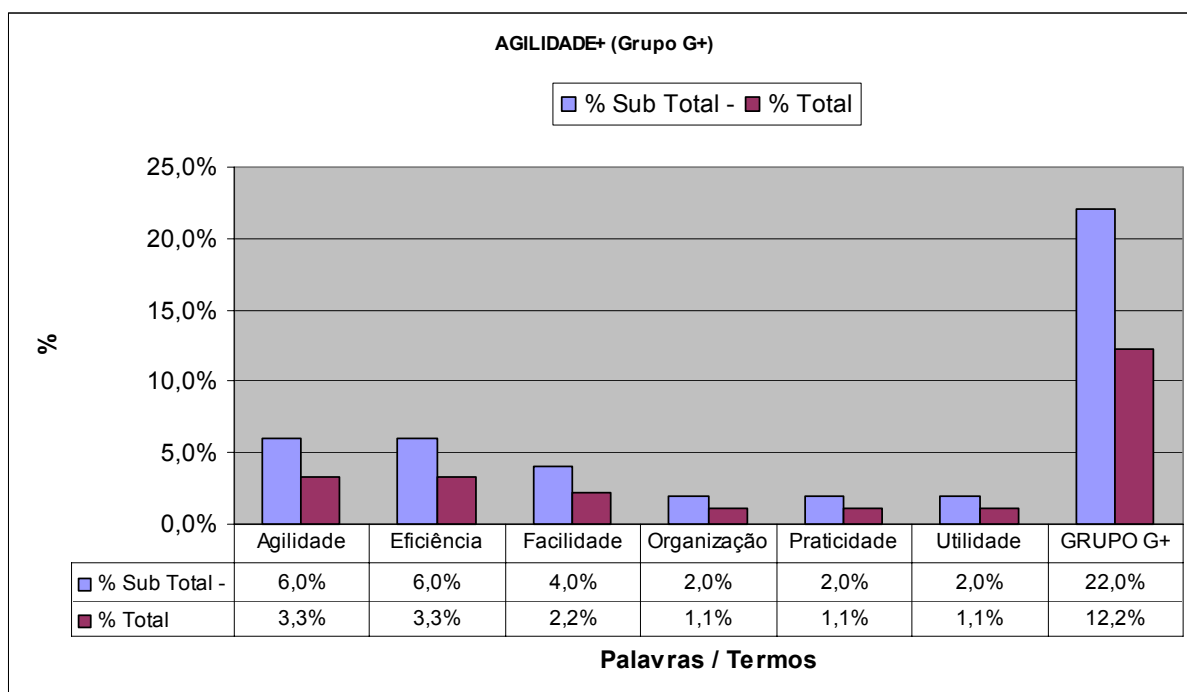


Gráfico 17 – Análise da Categoria G+ ou AGILIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A infra-estrutura de TI do HJV, mesmo com as críticas construtivas citadas na Categoria INSUFICIENTE-, se mostra como algo necessário e fundamental para facilitar o dia-a-dia dos profissionais do HJV, proporcionando agilidade de comunicação entre setores e pessoas.	Necessidade de planejamento da infra-estrutura de TI da organização, definição de regras de comunicação, orientação para o bom uso de <i>softwares</i> de apoio e correio eletrônico.	D, E, F

Quadro 16 – Análise da Categoria G+ ou AGILIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

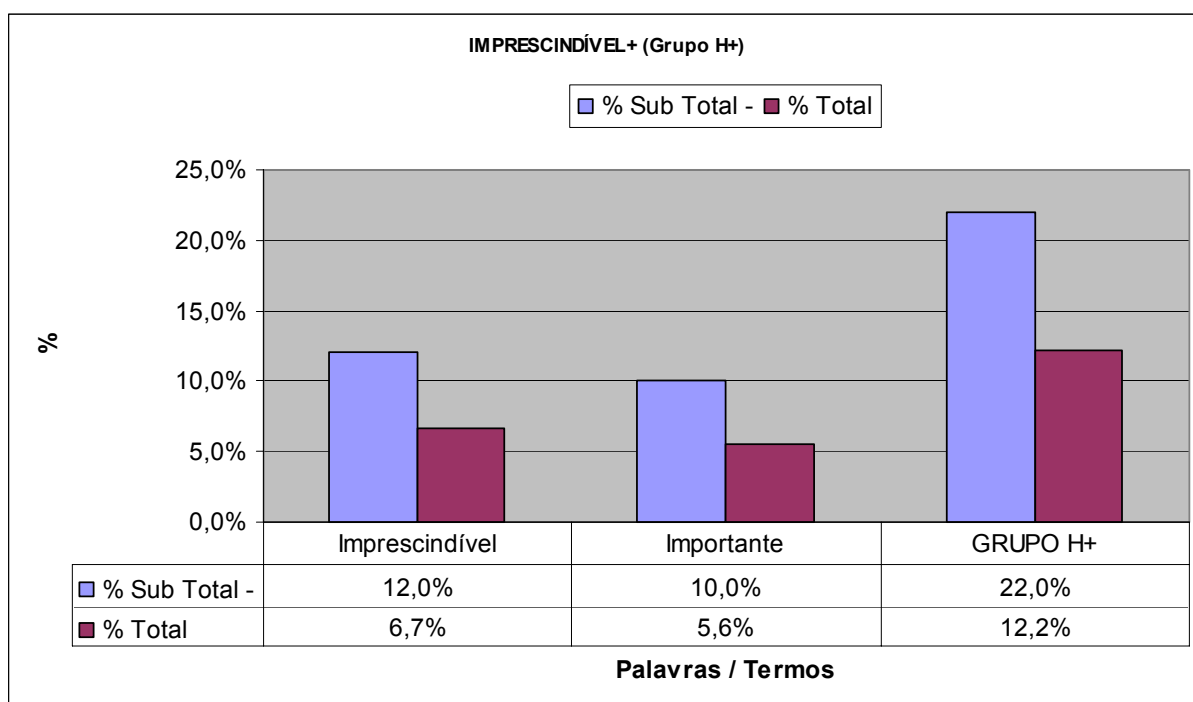


Gráfico 18 – Análise da Categoria H+ ou IMPRESINDÍVEL+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A infra-estrutura de TI passa a ser um instrumento de trabalho absolutamente indispensável para os profissionais do HJV.	Necessidade de planejamento da infra-estrutura de TI da organização, diretrizes para garantir a disponibilidade dos recursos de TI.	D, E, F

Quadro 17 – Análise da Categoria H+ ou IMPRESCINDÍVEL+

Fonte: Elaboração própria (2008)

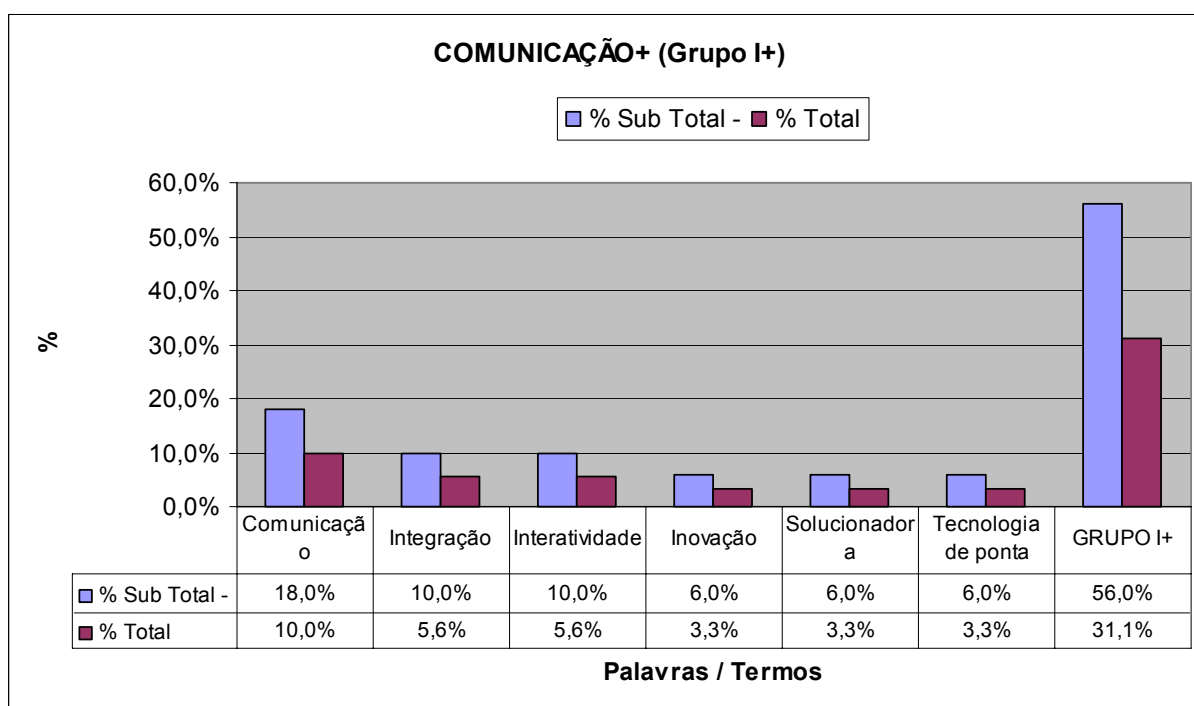


Gráfico 19 – Análise da Categoria I+ ou COMUNICAÇÃO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A sensação causada pelas palavras que reúnem a Categoria COMUNICAÇÃO+ é intensa e bem representada pelos 56% em relação às categorias positivas (Construto TI) e pela quase terça parte (31,1%) do total desse mesmo construto.	Necessidade de se facilitar ao máximo as funcionalidades relacionada à comunicação.	D, F

Quadro 18 – Análise da Categoria I+ ou COMUNICAÇÃO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

4.2.3 Análise do Construto RH – Recursos Humanos

Os Gráficos 20 a 25 ilustram de uma forma detalhada a categoria RH, seja do ponto de vista *positivo* ou do ponto de vista *negativo*. Em seguida, é feita uma análise de cada gráfico (Categoria), relatados os efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV, além da indicação dos principais pressupostos envolvidos na discussão.

O subtotal representa a participação percentual da palavra/termo dentro da categoria, com somatórios específicos para o sentido *negativo* e para o *positivo*. Já o total representa a participação em relação ao construto RH.

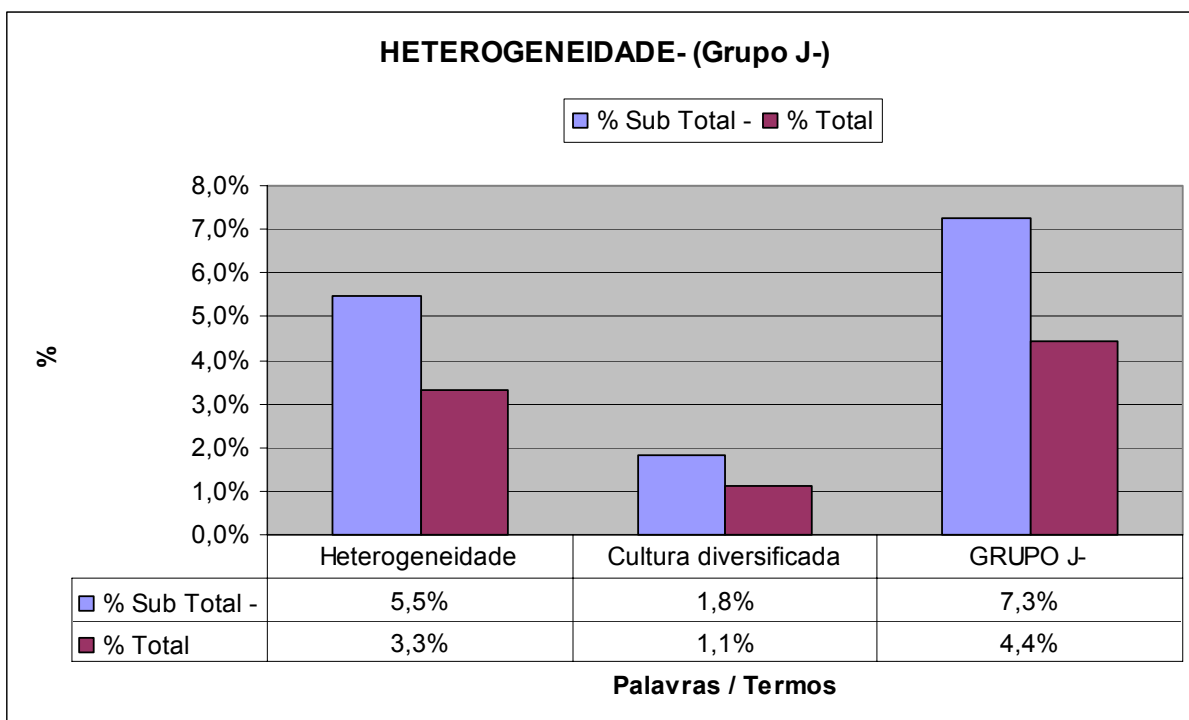


Gráfico 20 – Análise da Categoria J- ou HETEROGENEIDADE-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
As questões voltadas à heterogeneidade e cultura diversificada estão relacionadas diretamente à natureza da organização hospitalar. No HJV, tais pontos estão visivelmente presentes.	Necessidade de realização de treinamentos formais, criação de manuais para utilização de determinados módulos dos SI, a exemplo do prontuário eletrônico.	B, C, F

Quadro 19 – Análise da Categoria J- ou HETEROGENEIDADE-

Fonte: Elaboração própria (2008)

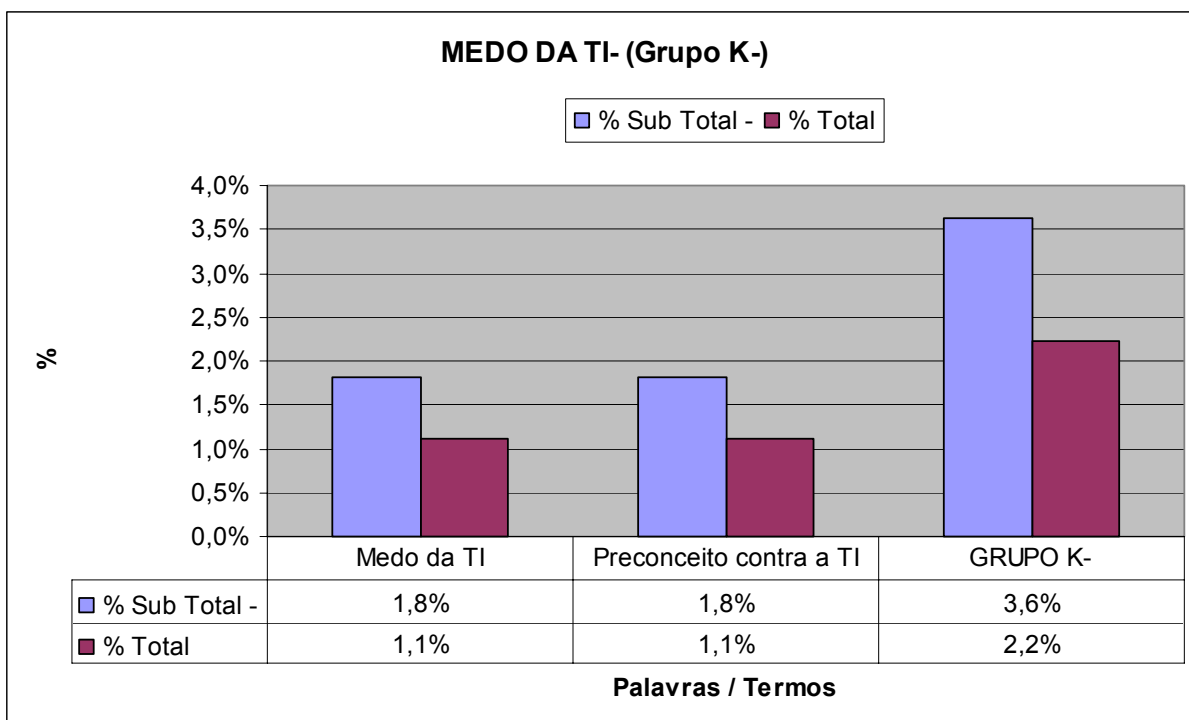


Gráfico 21 – Análise da Categoria K- ou MEDO DA TI-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
As ocorrências dessa categoria MEDO DA TI- perfazem um % baixo em relação ao total negativo, mas aparecerem na pesquisa e devem ser monitoradas para que não haja um crescimento.	Necessidade de presença mais marcante do pessoal de TI junto ao negócio e aos profissionais atuantes no hospital.	B, C, F

Quadro 20 – Análise da Categoria K- ou MEDO DA TI-

Fonte: Elaboração própria (2008)

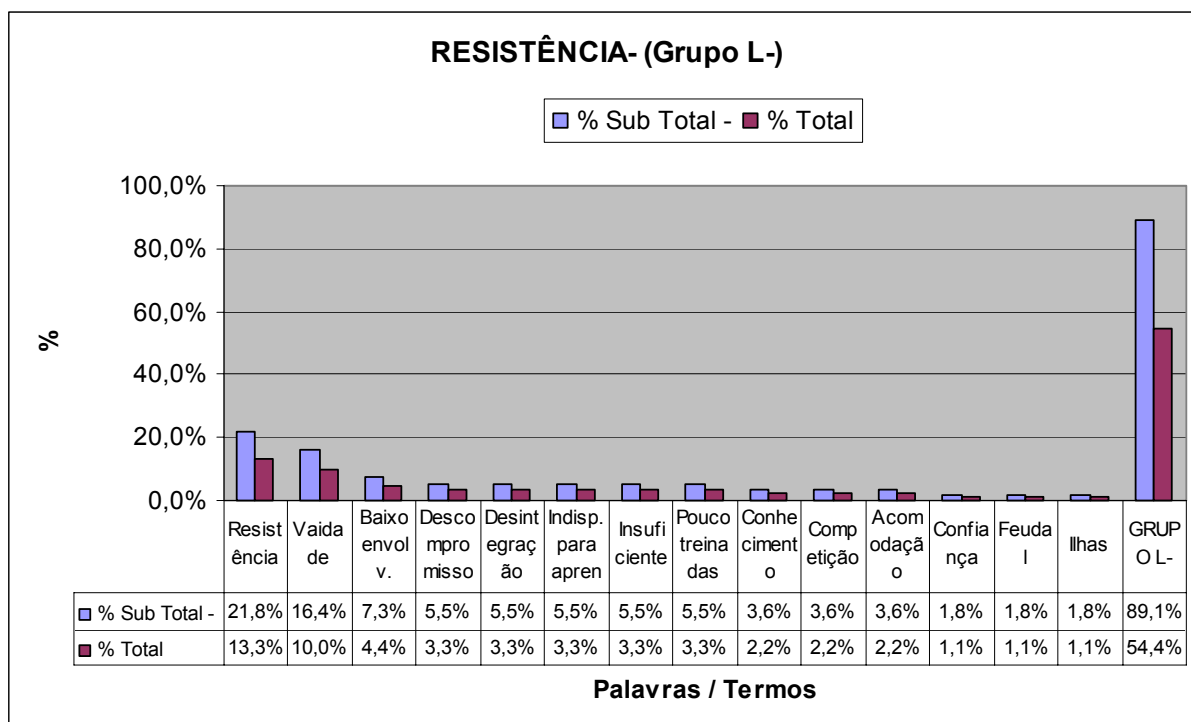


Gráfico 22 – Análise da Categoria L- ou RESISTÊNCIA-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
O subtotal de 89,1%, que representa o montante da categoria RESISTÊNCIA- em relação às demais categorias negativas, é bem elevado. Em relação a todo o construto RH, o índice também é alto (54,4%). A questão torna-se bastante visível e legítima para cada respondente e necessita ser constantemente trabalhada nos aspectos relacionados à Gestão da Informação.	Necessidade de presença mais marcante do pessoal de TI junto ao negócio e aos profissionais atuantes no hospital, criando planos formais de treinamento e reciclagem para uso dos SI e da própria infraestrutura de TI. Necessidade também da criação de aplicações que se comuniquem bem com todas as categorias profissionais.	B, C, F

Quadro 21 – Análise da Categoria L- ou RESISTÊNCIA-

Fonte: Elaboração própria (2008)

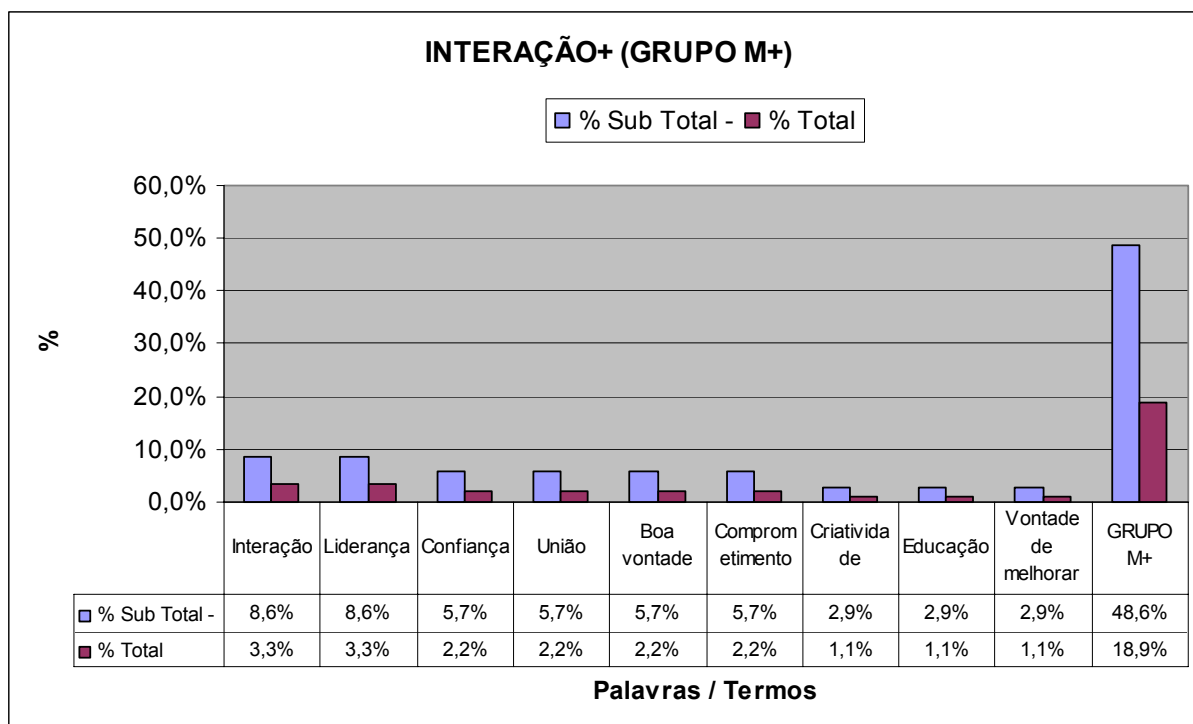


Gráfico 23 – Análise da Categoria M+ ou INTERAÇÃO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
Observa-se nessa categoria, um percentual de quase a metade da representatividade das categorias positivas do construto RH. Todas as palavras/termos dessa categoria refletem um espírito de integração e comprometimento dos profissionais ao agirem com a vontade de aprender e sempre melhorar a sua atuação em seus processos e trabalhos individuais como naqueles que configuram uma interdisciplinaridade.	Busca da continuidade dos processos educativos e inserção da demonstração do valor que a Gestão da Informação pode exercer na organização.	B, F

Quadro 22 – Análise da Categoria M+ ou INTERAÇÃO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

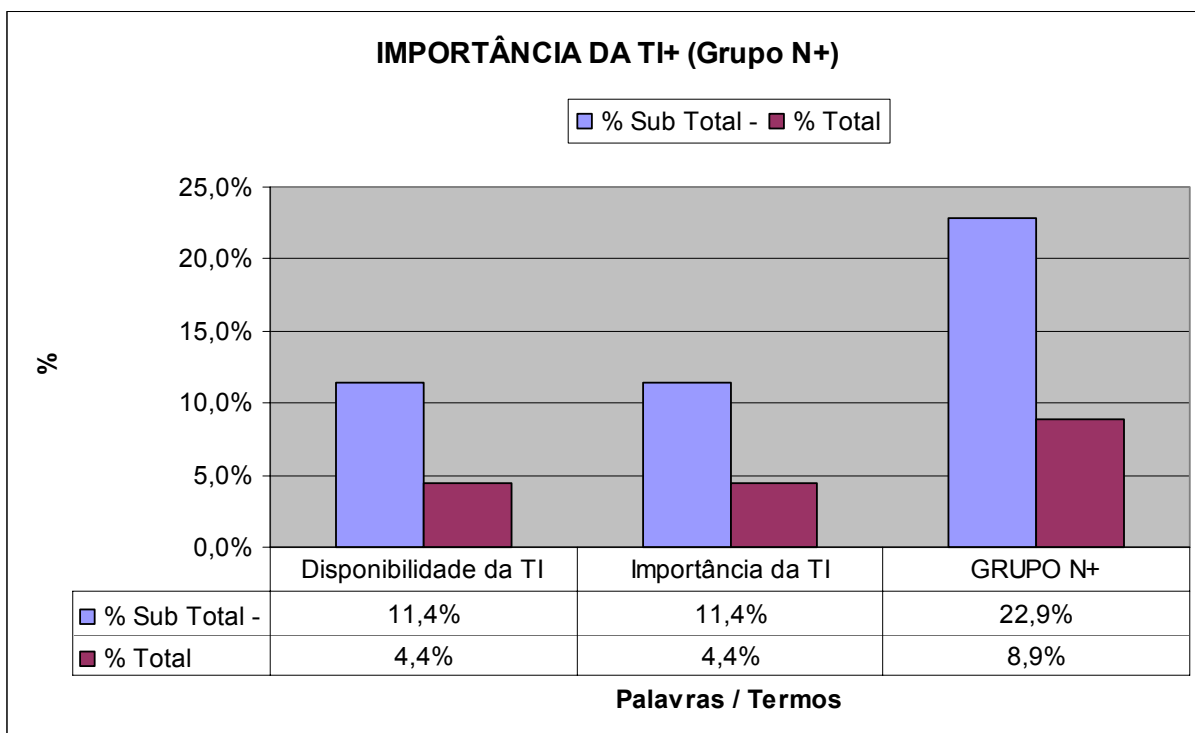


Gráfico 24 – Análise da Categoria N+ ou IMPORTÂNCIA DA TI+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
Paradoxalmente à Categoria K-, esta categoria revela uma visão de que a TI, nessa análise vista sob a ótica do todo, ou pela ótica da própria Gestão da Informação, apresenta uma importância no que tange a aspectos como disponibilidade – por estar próxima dos processos de trabalho candidatos a informatizações – e conhecimento ao se envolver nos diversos projetos do HJV.	Reforço de ações coordenadas da área de TI a favor de informatizações inteligentes, que agreguem valor e resultados à organização e aos profissionais. Intensificação da participação da área de TI em situações que possam esclarecer processos de negócios específicos, visando seu domínio e constante atualização.	B, F

Quadro 23 – Análise da Categoria N+ ou IMPORTÂNCIA DA TI+

Fonte: Elaboração própria (2008)

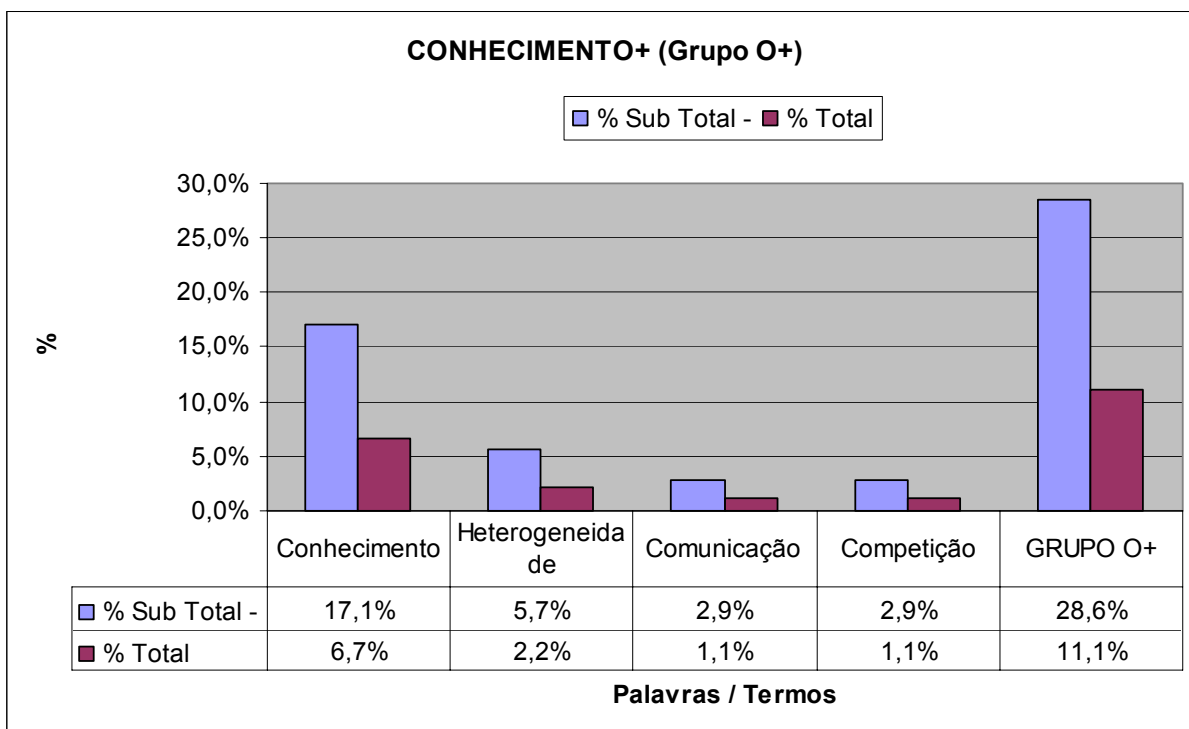


Gráfico 25 – Análise da Categoria O+ ou CONHECIMENTO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A categoria CONHECIMENTO+ revela excelentes oportunidades para a Gestão da Informação, que deve aproveitar o campo fértil para a construção e implantação de projetos informatizados.	Atuação da área de TI bem próxima aos profissionais de cada área aproveitando o grande conhecimento circulante na organização.	B, F

Quadro 24 – Análise da Categoria O+ ou CONHECIMENTO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

4.2.4 Análise do Construto CO – Contexto Organizacional

Os Gráficos 26 a 30 ilustram de uma forma detalhada a categoria CO, seja do ponto de vista *positivo* ou do ponto de vista *negativo*. Em seguida, é feita uma análise de cada gráfico (Categoria), relatados os efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV, além da indicação dos principais pressupostos envolvidos na discussão.

O subtotal representa a participação percentual da palavra/termo dentro da categoria, com somatórios específicos para o sentido *negativo* e para o *positivo*. Já o total representa a participação em relação ao construto CO.

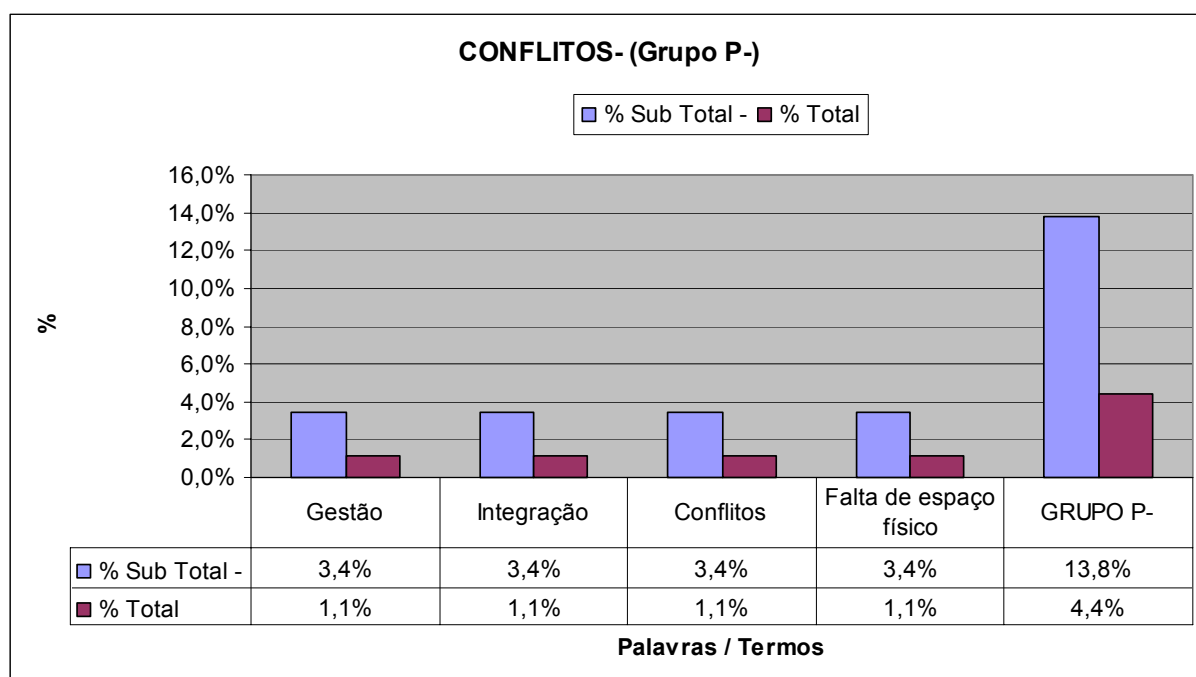


Gráfico 26 – Análise da Categoria P- ou CONFLITOS-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
Os conflitos colocados pelos respondentes representam um percentual baixo em relação à totalidade das categorias negativas desse construto, apenas 13,8%. Denotam questões bem pontuais.	O efeito mais expressivo que envolve a Gestão da Informação se refere à falta de espaço físico. A implantação de módulos dos SI não pode acontecer de forma paralela a situações atuais. Ex: não é possível rodar dois sistemas em paralelo até que um deles seja desativado em função do reduzido espaço físico dos vários setores do HJV.	A, C, D

Quadro 25 – Análise da Categoria P- ou CONFLITOS-

Fonte: Elaboração própria (2008)

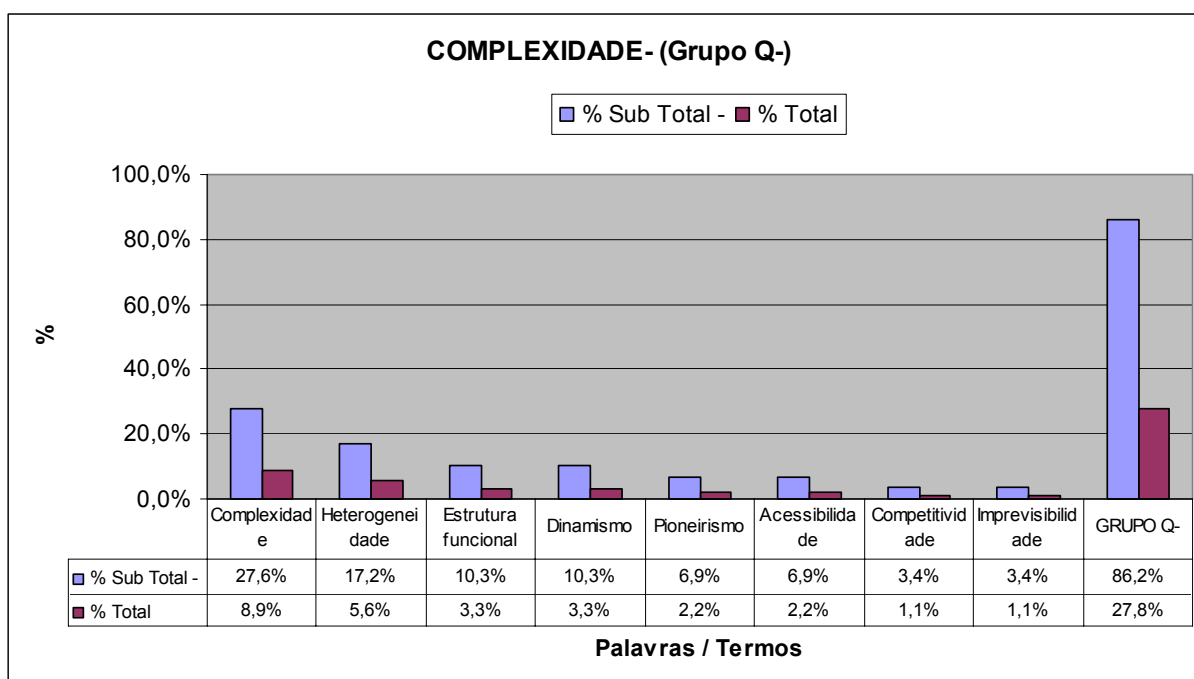


Gráfico 27 – Análise da Categoria Q- ou COMPLEXIDADE-

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
Esta é uma categoria de alta representatividade dentro da abordagem negativa, quase 90%. Revela um ambiente difícil para se trabalhar, repleto de incertezas e com elevado dinamismo oriundo de entidades externas à organização.	SI implantados que revelam funcionalidades solucionadoras de problemas e integradoras de processos e setores dentro da organização	A, C, D

Quadro 26 – Análise da Categoria Q- ou COMPLEXIDADE-

Fonte: Elaboração própria (2008)

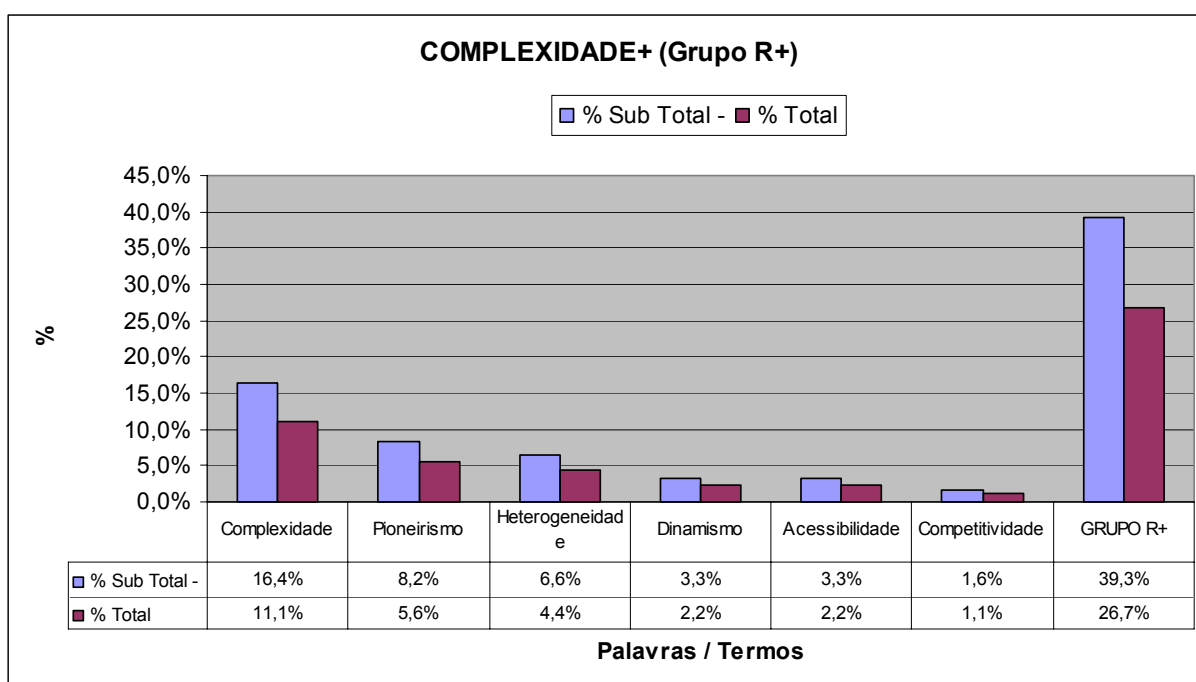


Gráfico 28 – Análise da Categoria R+ ou COMPLEXIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
Quase 40% desta categoria está inserido na abordagem positiva, revelando interessantes oportunidades para a Gestão da Informação. Sem dúvida alguma, a Acreditação Hospitalar em seu nível máximo é forte geradora de oportunidades de informatização, pois a organização passa a lidar com novas ordens de estímulos que motivam ações e projetos pioneiros.	Projetos de SI em áreas especialistas com elevado potencial de geração de resultados tangíveis e intangíveis para a organização.	A, C, D, F

Quadro 27 – Análise da Categoria R+ ou COMPLEXIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

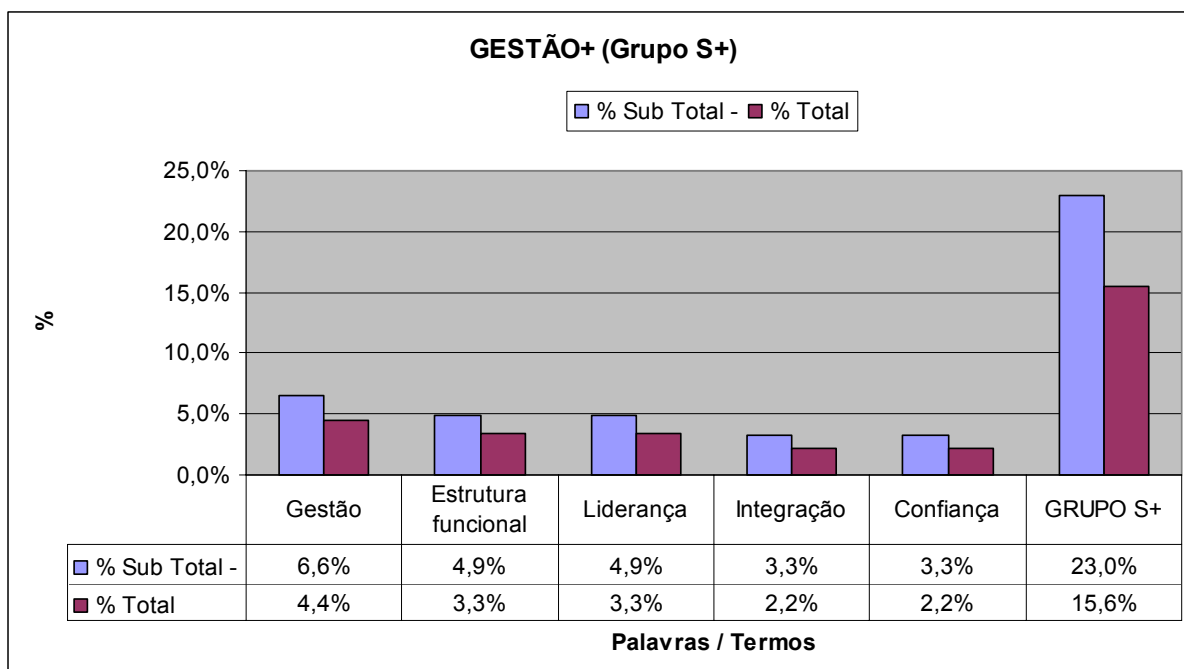


Gráfico 29 – Análise da Categoria S+ ou GESTÃO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
A gestão, vista sob a ótica positiva, reunindo uma boa estrutura funcional e lideranças atuantes, oferece espaço para a Gestão da Informação através de sistemas gerenciais e estratégicos.	Módulos de SI que promovem a inteligência do negócio.	A, C, D

Quadro 28 – Análise da Categoria S+ ou GESTÃO+

Fonte: Elaboração própria (2008)

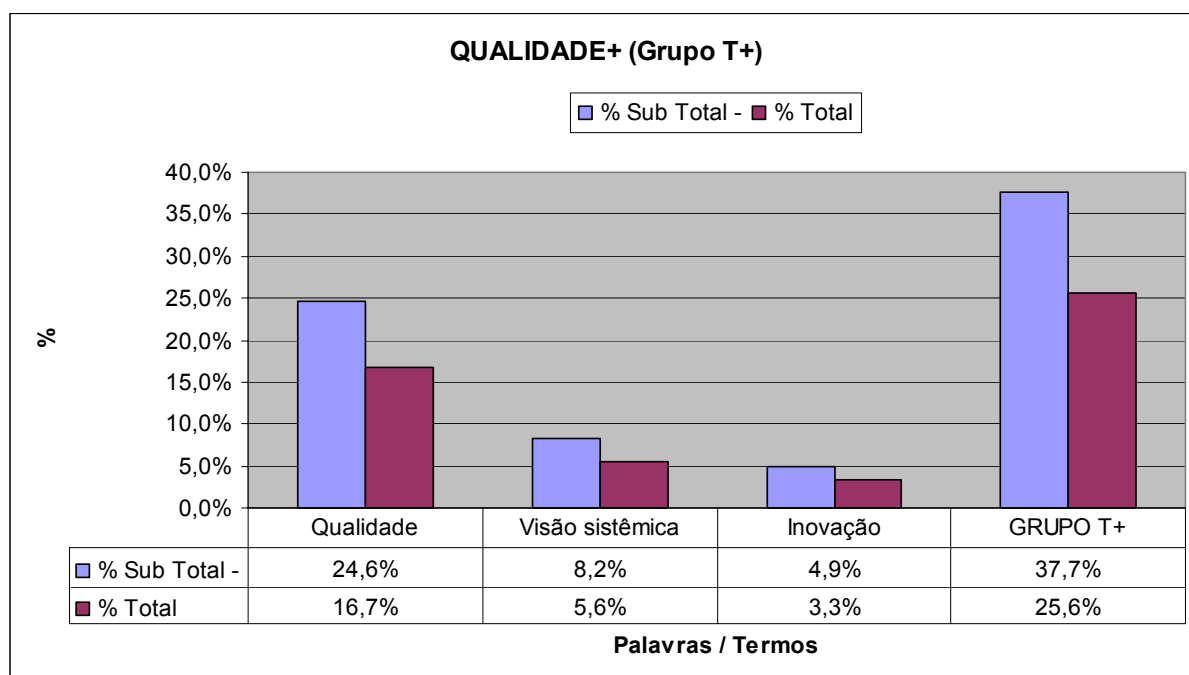


Gráfico 30 – Análise da Categoria T+ ou QUALIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

Análise	Efeitos da aplicação da gestão da informação na gestão do HJV	Principais pressupostos envolvidos Ver discussão em 3.6.5.6
Categoria representativa que resume a consolidação da qualidade na organização.	Módulos de SI que promovem a visão por processos com evidência de ciclos de melhorias, acompanhamento de indicadores de desempenho e acompanhamento do planejamento estratégico da organização.	A, C, D

Quadro 29 – Análise da Categoria T+ ou QUALIDADE+

Fonte: Elaboração própria (2008)

A presente seção serviu de guia para as respostas da questão norteadora da pesquisa e para a identificação dos pressupostos envolvidos em cada situação. O próximo passo é promover um diálogo dos construtos para aprofundamento da discussão desses pressupostos.

4.3 DIÁLOGO DOS CONSTRUTOS E DISCUSSÃO DOS PRESSUPOSTOS

Para analisar o *diálogo dos construtos* é interessante observar, inicialmente, as categorias com nomes coincidentes, conforme Tabela 24.

Tabela 24 – Diálogo dos Construtos – visão geral

Palavra/termo (abordagem negativa)	% em relação ao negativo ou positivo	% em relação ao Construto SI
Construto SI		
DEPENDÊNCIA -	50%	6,7%
BUROCRÁTICO -	50%	6,7%
<i>Subtotal NEGATIVO (SI -)</i>	<i>100%</i>	<i>13,3%</i>
PRATICIDADE +	55,1%	47,8%
SEGURANÇA +	26,9%	23,3%
COMPLEXIDADE +	17,9%	15,6%
<i>Subtotal POSITIVO (SI +)</i>	<i>100%</i>	<i>86,7%</i>
Construto TI		
INSUFICIENTE -	100%	44,4%
<i>Subtotal NEGATIVO (TI -)</i>	<i>100%</i>	<i>44,4%</i>
AGILIDADE +	22,0%	12,2%
IMPRESCINDÍVEL +	22,0%	12,2%
COMUNICAÇÃO +	56,0%	31,1%
<i>Subtotal POSITIVO (TI +)</i>	<i>100%</i>	<i>55,6%</i>
Construto RH		
RESISTÊNCIA -	89,1%	54,4%
HETEROGENEIDADE -	7,3%	4,4%
MEDO DA TI -	3,6%	2,2%
<i>Subtotal NEGATIVO (RH -)</i>	<i>100%</i>	<i>61,1%</i>
INTERAÇÃO +	48,6%	18,9%
CONHECIMENTO +	28,6%	11,1%
IMPORTÂNCIA DA TI +	22,9%	8,9%
<i>Subtotal POSITIVO (RH +)</i>	<i>100%</i>	<i>38,9%</i>
Construto CO		
COMPLEXIDADE -	86,2%	27,8%
CONFLITOS -	13,8%	4,4%
<i>Subtotal NEGATIVO (CO -)</i>	<i>100%</i>	<i>32,2%</i>
COMPLEXIDADE +	39,3%	26,7%
QUALIDADE +	37,7%	25,6%
GESTÃO +	23,0%	15,6%
<i>Subtotal POSITIVO (CO +)</i>	<i>100%</i>	<i>67,8%</i>

Fonte: Elaboração própria (2008)

Uma única categoria aparece com o nome coincidente, a COMPLEXIDADE, repetida três vezes:

- No Construto SI, de forma positiva, em função da abrangência dos diversos sistemas de informações do HJV, implantados e utilizados de forma bem sucedida após superar o entendimento de pontos colocados pelos respondentes, como *funcionalidade, abrangência e precisão*. Outra palavra/termo representativa nessa categoria é a *tecnologia de ponta*, observada pelas pessoas que usam os SI.
- No Construto CO, de forma negativa, com alta representatividade (quase 90%), em função da percepção dos respondentes das incertezas do ambiente no qual está inserida uma organização hospitalar, mas precisamente, o HJV.
- Paradoxalmente, também no Construto CO, de forma positiva, com quase 40% de representatividade. A categoria COMPLEXIDADE aparece em função da percepção dos respondentes em relação ao momento que o HJV se encontra na Acreditação Hospitalar, fazendo com que o elevado e comprovado nível de qualidade da organização garanta a convivência com uma complexidade elevada do contexto.

Em seguida, vale observar a Tabela 25 ordenada pelo nome da palavra/termo, independente da categoria a qual pertence. Essa ordenação é útil para possibilitar a visualização de 24 blocos, assinalados em negrito, contendo palavras/termos coincidentes.

Tabela 25 – Diálogo dos Construtos – visão das palavras/termos ordenados

Sentido	Palavras/ Termos	Frequência	Construto	Categoria	Blocos
+	Abrangência	2	SI	COMPLEXIDADE	
-	Acessibilidade	2	CO	COMPLEXIDADE	1
+	Acessibilidade	2	CO	COMPLEXIDADE	
-	Acomodação	2	RH	RESISTÊNCIA	
+	Agilidade	5	SI	PRATICIDADE	2
+	Agilidade	3	TI	AGILIDADE	
+	Amigabilidade	2	SI	PRATICIDADE	
+	Análise	2	SI	SEGURANÇA	
-	Ausência de recursos	2	TI	INSUFICIENTE	
-	Baixo envolvimento	4	RH	RESISTÊNCIA	
+	Boa vontade	2	RH	INTERAÇÃO	
-	Burocrático	4	SI	BUROCRÁTICO	
-	Cansativa	2	TI	INSUFICIENTE	
-	Competição	2	RH	RESISTÊNCIA	3
+	Competição	1	RH	CONHECIMENTO	
-	Competitividade	1	CO	COMPLEXIDADE	4
+	Competitividade	1	CO	COMPLEXIDADE	
-	Complexidade	2	SI	DEPENDÊNCIA	5
+	Complexidade	6	SI	COMPLEXIDADE	
-	Complexidade	8	CO	COMPLEXIDADE	
+	Complexidade	10	CO	COMPLEXIDADE	
+	Comprometimento	2	RH	INTERAÇÃO	
+	Comunicação	2	SI	SEGURANÇA	6
+	Comunicação	9	TI	COMUNICAÇÃO	
+	Comunicação	1	RH	CONHECIMENTO	
+	Concepção	2	SI	PRATICIDADE	
+	Confiabilidade	5	SI	PRATICIDADE	
-	Confiança	1	RH	RESISTÊNCIA	7
+	Confiança	2	RH	INTERAÇÃO	
+	Confiança	2	CO	GESTÃO	
-	Conflitos	1	CO	CONFLITOS	
-	Conhecimento	2	RH	RESISTÊNCIA	8
+	Conhecimento	6	RH	CONHECIMENTO	
+	Consolidação	2	SI	SEGURANÇA	
+	Criatividade	1	RH	INTERAÇÃO	
-	Cultura	2	TI	INSUFICIENTE	
-	Cultura diversificada	1	RH	HETEROGENEIDADE	
+	Decisão	2	SI	SEGURANÇA	
-	Dependência	3	SI	DEPENDÊNCIA	9
+	Dependência	2	SI	PRATICIDADE	
-	Descompromisso	3	RH	RESISTÊNCIA	
-	Desintegração	3	RH	RESISTÊNCIA	
+	Dinamismo	2	SI	PRATICIDADE	10
-	Dinamismo	3	CO	COMPLEXIDADE	
+	Dinamismo	2	CO	COMPLEXIDADE	

Sentido	Palavras/ Termos	Frequência	Construto	Categoria	Blocos
+	Disponibilidade da TI	4	RH	IMPORTÂNCIA DA TI	
-	Distanc. pessoas	2	SI	BUROCRÁTICO	
+	Educação	1	RH	INTERAÇÃO	
+	Eficácia	1	SI	PRATICIDADE	
+	Eficiência	3	TI	AGILIDADE	
-	Estrutura funcional	3	CO	COMPLEXIDADE	11
+	Estrutura funcional	3	CO	GESTÃO	
+	Facilidade	5	SI	PRATICIDADE	12
+	Facilidade	2	TI	AGILIDADE	
-	Falta de espaço físico	1	CO	CONFLITOS	
+	Ferramenta de trabalho	1	SI	PRATICIDADE	
-	Feudal	1	RH	RESISTÊNCIA	
+	Funcionalidade	3	SI	COMPLEXIDADE	
+	Gestão	3	SI	SEGURANÇA	13
-	Gestão	1	CO	CONFLITOS	
+	Gestão	4	CO	GESTÃO	
-	Heterogeneidade	3	RH	HETEROGENEIDADE	14
+	Heterogeneidade	2	RH	CONHECIMENTO	
-	Heterogeneidade	5	CO	COMPLEXIDADE	
+	Heterogeneidade	4	CO	COMPLEXIDADE	
+	Histórico	1	SI	SEGURANÇA	
-	Ilhas	1	RH	RESISTÊNCIA	
+	Importância da TI	4	RH	IMPORTÂNCIA DA TI	
+	Importante	5	TI	IMPRESINDÍVEL	
+	Imprescindível	6	TI	IMPRESINDÍVEL	
-	Imprevisibilidade	1	CO	COMPLEXIDADE	
-	Indisp. para aprender	3	RH	RESISTÊNCIA	
-	Indisponibilidade	6	TI	INSUFICIENTE	
+	Inovação	3	TI	COMUNICAÇÃO	15
+	Inovação		CO	QUALIDADE	
-	Insuficiente	12	TI	INSUFICIENTE	16
-	Insuficiente	3	RH	RESISTÊNCIA	
+	Integração	1	SI	SEGURANÇA	17
+	Integração	5	TI	COMUNICAÇÃO	
-	Integração	1	CO	CONFLITOS	
+	Integração	2	CO	GESTÃO	
+	Inteligência	2	SI	PRATICIDADE	
+	Interação	3	RH	INTERAÇÃO	
+	Interatividade	4	SI	PRATICIDADE	18
+	Interatividade	5	TI	COMUNICAÇÃO	
-	Lentidão	9	TI	INSUFICIENTE	
+	Liderança	3	RH	INTERAÇÃO	19
+	Liderança	3	CO	GESTÃO	
-	Localização	2	TI	INSUFICIENTE	
-	Medo da TI	1	RH	MEDO DA TI	
+	Modernidade	1	SI	COMPLEXIDADE	

Sentido	Palavras/ Termos	Frequência	Construto	Categoria	Blocos
-	Obsolescência	1	TI	INSUFICIENTE	
+	Organização	1	SI	PRATICIDADE	20
+	Organização	1	TI	AGILIDADE	
-	Perda de formatação	1	TI	INSUFICIENTE	
+	Pesquisa	1	SI	SEGURANÇA	
-	Pioneirismo	2	CO	COMPLEXIDADE	21
+	Pioneirismo	5	CO	COMPLEXIDADE	
-	Pouco apelo visual	1	TI	INSUFICIENTE	
-	Pouco treinadas	3	RH	RESISTÊNCIA	
+	Praticidade	5	SI	PRATICIDADE	22
+	Praticidade	1	TI	AGILIDADE	
+	Precisão	1	SI	COMPLEXIDADE	
-	Preconceito contra TI	1	RH	MEDO DA TI	
+	Qualidade	15	CO	QUALIDADE	
+	Rastreabilidade	1	SI	SEGURANÇA	
-	Resistência	12	RH	RESISTÊNCIA	
+	Riqueza de dados	1	SI	SEGURANÇA	
+	Segurança	5	SI	SEGURANÇA	
+	Solucionadora	3	TI	COMUNICAÇÃO	
-	Sub utilização	1	SI	DEPENDÊNCIA	
+	Surpreendente	1	SI	PRATICIDADE	
+	Tecnologia de ponta	1	SI	COMPLEXIDADE	23
+	Tecnologia de ponta	3	TI	COMUNICAÇÃO	
-	Travamento	1	TI	INSUFICIENTE	
+	União	2	RH	INTERAÇÃO	
-	Uso inadequado	1	TI	INSUFICIENTE	
+	Utilidade	5	SI	PRATICIDADE	24
+	Utilidade	1	TI	AGILIDADE	
-	Vaidade	9	RH	RESISTÊNCIA	
+	Visão sistêmica	5	CO	QUALIDADE	
+	Vontade de melhorar	1	RH	INTERAÇÃO	

Fonte: Elaboração própria (2008)

A análise da Tabela 25 é interessante ao revelar alguns tipos de situações:

- Complementaridade: a mesma palavra/termo respondida de forma *positiva* em um mesmo construto ou em mais de um construto. Esse fato foi observado nos blocos 2, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23 e 24. Apenas no bloco 16, foi observado de forma negativa, para a palavra INSUFICIENTE, pertencente à Categoria Insuficiente (de mesmo nome) - Construto TI, e para a Categoria Resistência - Construto RH. Tais representações revelam uma convergência de respostas positivas fornecidas pelos respondentes, na tentativa de

expressarem suas opiniões acerca de Gestão da Informação perante os quatro construtos propostos, à exceção do bloco 16.

- Contradição: a mesma palavra/termo respondida de forma *positiva* e *negativa* em um mesmo construto ou em mais de um construto. Esse fato foi observado nos blocos 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17 e 21. Estas representações revelam as opiniões ora positivas ora negativas, utilizando-se da mesma palavra/termo. Como os quatro construtos estão alicerçados sob a Gestão da Informação, tal fato revela certa contradição nas opiniões dos respondentes.
- Complementaridade e Contradição (ao mesmo tempo): algumas palavras/termos participaram de duas classificações ao mesmo tempo, observadas nos blocos 7 (Confiança), 10 (Dinamismo), 13 (Gestão) e 17 (Integração).
- Casos especiais: dois casos são interessantes, pois revelam uma variedade de interpretações sobre a mesma palavra. No bloco 5, a palavra *Complexidade* aparece quatro vezes: duas no Construto SI e duas no Construto CO, em ambos os casos numa abordagem positiva e negativa. O mesmo ocorre no bloco 14, com a palavra *Heterogeneidade*, que aparece nos Construtos RH e CO.

Os principais pressupostos envolvidos na análise de cada categoria pertencente a cada um dos quatro construtos pode ser observado na Tabela 26 e estão relacionados aos quadros 10 a 29 apresentados anteriormente.

Tabela 26 – Diálogo dos Construtos – visão das categorias e pressupostos

CONSTRUTO	CATEGORIA	QUADRO	PRESSUPOSTOS						
			a	b	c	d	e	f	
SI	DEPENDÊNCIA-	10				1	1	1	
	BUROCRÁTICO-	11				1	1	1	
	SEGURANÇA+	12				1	1	1	
	PRATICIDADE+	13				1	1	1	
	COMPLEXIDADE+	14					1	1	
		SUBTOTAL		0%	0%	0%	80%	100%	100%
TI	INSUFICIENTE-	15					1	1	
	AGILIDADE+	16				1	1	1	
	IMPRESCINDÍVEL+	17				1	1	1	
	COMUNICAÇÃO+	18				1		1	
		SUBTOTAL		0%	0%	0%	75%	75%	100%
RH	HETEROGENEIDADE-	19		1	1			1	
	MEDO DA TI-	20		1	1			1	
	RESISTÊNCIA-	21		1	1			1	
	INTERAÇÃO+	22		1				1	
	IMPORTÂNCIA DA TI+	23		1				1	
	CONHECIMENTO+	24		1				1	
		SUBTOTAL		0%	100%	50%	0%	0%	100%
CO	CONFLITOS-	25	1		1	1			
	COMPLEXIDADE-	26	1		1	1			
	COMPLEXIDADE+	27	1		1	1		1	
	GESTÃO+	28	1		1	1			
	QUALIDADE+	29	1		1	1			
		SUBTOTAL		100%	0%	100%	100%	0%	20%
			TOTAL	25%	30%	40%	60%	40%	80%

Fonte: Elaboração própria (2008)

A relação de pressupostos e construtos pode ser analisada individualmente retomando cada um deles, conforme Tabela 26.

a) a complexidade do sistema de saúde com o foco desalinhado do valor ao paciente: concentrado fundamentalmente no construto CO. Conforme colocado na fundamentação teórica (seção 2.3), tal fato é inerente a um conjunto amplo de sistemas, dos quais a organização hospitalar é apenas um deles. A totalização desse pressuposto (25%) revelou-se baixa em função do tamanho e complexidade do sistema de saúde como um todo, quando comparado com o objeto empírico proposto, o HJV.

b) a diversidade de posicionamento dos diversos participantes do sistema de saúde: observado fundamentalmente no construto RH. Conforme colocado na fundamentação teórica (seção 2.3), este ponto está relacionado aos participantes do sistema, notadamente aqueles voltados à organização hospitalar nas suas diversas atividades assistenciais e de apoio. Esse pressuposto também revelou um percentual baixo (30%) por um motivo similar ao anterior – os participantes de todo o sistema de saúde possuem uma abrangência muito maior do que foi observado no estudo proposto.

c) as organizações hospitalares, importantes participantes do sistema, apresentam inter-relações de alta complexidade, além de um quadro funcional especializado e diverso: concentrado fundamentalmente nos construtos RH (50%) e CO (100%). Conforme colocado na fundamentação teórica (seção 2.3), esse pressuposto possui dois pontos bem relacionados: pessoas pertencentes a um quadro funcional especializado e diverso (RH) e as organizações hospitalares com toda a sua complexidade (CO). O percentual total desse pressuposto alcançou um valor um pouco maior em relação aos anteriores (40%), pelo fato de já ser uma abordagem relativa ao objeto empírico em si. Entretanto, ainda é muito associado a apenas dois construtos (RH e CO).

d) a necessidade de integração entre os vários setores e atividades existentes nas organizações hospitalares, com vistas a promover a saúde de seus pacientes: observado fundamentalmente nos construtos SI (80%), TI (75%) e CO (100%). Conforme colocado na fundamentação teórica (seções 2.1, 2.2 e 2.3), esse pressuposto envolve os sistemas de informações e a tecnologia da informação, materializados na integração das diversas atividades das organizações hospitalares, além do contexto organizacional materializado na integração de seus diversos setores. Apresentou uma totalização ainda maior (60%), pois já envolve três dos quatro construtos, revelando essa real necessidade de integração apontada.

e) o enorme volume de dados compondo um sistema de informações integrado e que necessita produzir informações e conhecimento, que possam proporcionar suporte aos processos operacionais, táticos e estratégicos da organização: concentrado fundamentalmente nos construtos SI (100%) e TI (75%). Conforme colocado na fundamentação teórica (seções 2.1 e

2.2), esse pressuposto envolve fortemente os sistemas de informações e que necessitam estar suportados pela tecnologia da informação no que tange à infra-estrutura. Em relação ao total, revelou um percentual de 40%, pois se trata de uma questão somente inerente aos sistemas de informações e à tecnologia da informação.

f) a gestão da informação sendo elemento presente e decisivo para essas organizações: observado fundamentalmente nos construtos SI (100%), TI (100%), RH (100%) e CO (20%). Conforme colocado na fundamentação teórica (seções 2.1, 2.2 e 2.3), esse pressuposto envolve os sistemas de informações suportados pela tecnologia da informação como infra-estrutura e, parcialmente, o contexto hospitalar. Finalmente, o pressuposto diretamente relacionado à gestão da informação apresentou um total expressivo (80%), uma vez que abrange todos os quatro construtos.

De uma forma geral, os pressupostos são confirmados também, pela clareza de percepção apresentada pelos entrevistados, quanto à ampliação de acesso a informações úteis na atuação profissional de cada um, disseminadas através de conhecimentos e técnicas da gestão da informação e presentes em cada um dos quatro construtos propostos. No enfoque do Construto SI, a gestão da informação apóia na obtenção de resultados permanentes dos processos organizacionais, desde a identificação de necessidades e requisitos de negócio, passando pelo tratamento, distribuição e uso da informação na organização. Sob a ótica do Construto TI (infra-estrutura), a gestão da informação viabiliza a utilização de recursos que facilitam, padronizam e coordenam as integrações necessárias para o funcionamento integrado da organização. Já no enfoque do Construto RH, a gestão da informação coloca os profissionais na posição de reforçar a cooperação necessária entre os vários setores da organização no sentido de facilitar o desempenho dos processos organizacionais. Finalmente, sob a ótica do Construto CO, observa-se na gestão da informação, o incremento da competitividade empresarial e dos processos de modernização empresarial.

Respostas adicionais e enriquecedoras podem ser aqui descritas a partir de uma série de observações feitas no decorrer das entrevistas, durante o tratamento e análise dos dados e, principalmente, na apresentação de todo o material para algumas pessoas entrevistadas. Tal fato pode ser visualizado nos gráficos apresentados no item 4.2 e na seguinte análise sobre cada construto:

- SI: 86,7% de categorias positivas e 13,3% de negativas. Uma das causas dessa expressiva diferença foi o fato desses sistemas de informações, que representam o construto aqui analisado, terem sido desenvolvidos especificamente para atender às necessidades funcionais do HJV. No item 3.4.2 foi feita uma colocação sem maiores relevâncias naquele momento, aqui transcrita: “(...) sistemas de informações construídos por uma equipe de desenvolvimento composta por funcionários e parceiros do HJV, focando exatamente as características, funcionalidades e necessidades dessa organização (...)”. Entretanto, essa colocação assume maior importância nesse ponto do trabalho, ao comparar com as colocações de alguns entrevistados, especialmente médicos que também trabalham em outros hospitais e utilizam sistemas de informações adquiridos no mercado, e não desenvolvidos por uma equipe interna focada para tal, como é no HJV. Foram unânimes ao afirmar que um elevado percentual negativo certamente iria dominar esse construto para essas organizações hospitalares que não possuem sistemas próprios. Tal sugestão será considerada antes do final desse trabalho nas propostas e pesquisas futuras.
- TI: 44,4% de categorias positivas e 55,6% de negativas. Percebe-se aqui um percentual negativo maior em função de uma série de dificuldades que organizações de qualquer natureza, incluindo as hospitalares, têm quando necessitam estar com a sua infra-estrutura tecnológica acompanhando os últimos avanços da indústria de informática, no que tange, principalmente, a recursos de *hardware*, *software*, redes e telecomunicações. De uma forma geral, os usuários entrevistados nessa pesquisa possuem em suas residências, computadores (*hardware*) e *softwares* modernos e acabam, de forma despreziosa, comparando os recursos de informática da empresa na qual trabalham com os recursos existentes em suas residências.
- RH: 61,1% de categorias positivas e 39,9 % de negativas. CO: 67,8% de categorias positivas e 32,2 % de negativas. Ambos os casos são reflexo das respostas obtidas ao longo da dissertação, especialmente aquelas colhidas no desenrolar da parte prática. Representam percentuais positivos altos, também em função de toda a elevada complexidade desses assuntos. Também lembrado por alguns entrevistados, porém, tratado de forma lateral nessa dissertação, já que não era o foco, o fato de que a pesquisa foi feita numa organização hospitalar que apresenta um nível de excelência em qualidade,

materializado no Nível 3 da Acreditação Hospitalar, citado em algumas seções desse trabalho.

Finalmente, como último argumento dessa abordagem, é importante observar que *qualidade* foi a palavra com maior frequência (15) dita na categoria de mesmo nome, no construto CO.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo destina-se às conclusões do trabalho proposto, descrevendo as principais contribuições voltadas para o meio acadêmico e empresarial, abordando alguns pontos que promovem um retorno para possíveis pesquisas teóricas e práticas de gestão da informação hospitalar, a partir dos efeitos da gestão da informação hospitalar.

A dissertação teve como *objetivo geral*, a compreensão dos efeitos da aplicação da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão hospitalar, envolvendo uma abordagem teórica e teve o HJV, localizado em Salvador, Bahia, como objeto empírico. Além disso, uma execução prática baseada em estudo de caso.

Foi estabelecida, dessa forma, uma metodologia de pesquisa que contemplou uma *revisão teórica e conceitual* de literatura aderente ao tema de pesquisa e um modelo proposto na tese do Prof. Rezende (2002), baseado em quatro construtos norteadores da gestão da informação hospitalar: sistemas de informações, tecnologia da informação, recursos humanos e contexto organizacional. O modelo do Prof. Rezende foi devidamente adaptado e aplicado no HJV, junto a 18 respondentes da pesquisa.

As *justificativas* da dissertação evidenciaram o papel da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão hospitalar. É interessante ressaltar que o objeto empírico estudado (HJV) já apresentava, de certa forma, uma gestão da informação materializada e funcionando, fato comprovado no decorrer do processo metodológico, através das categorizações propostas nas palavras/termos respondidas pelos entrevistados e calçados nos quatro construtos propostos.

Acreditamos que o trabalho apresenta um conteúdo e um formato original, pois conseguiu sistematizar algo que é apenas falado pelos atores participantes da organização hospitalar e envolvidos direta ou indiretamente com a gestão da informação, de uma forma desordenada e sem qualquer fundamentação conceitual. Dessa forma, a pesquisa tem a sua *legitimidade garantida*, além de um *caráter científico*, reiterando a proposta e a importância do estudo.

Na abordagem do *problema de pesquisa* e de sua pergunta norteadora, os resultados da dissertação conseguiram êxito nas respostas obtidas. Partiu-se de um conjunto de pressupostos vistos na introdução para que fosse lançada a questão: Quais são os efeitos da aplicação da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão do HJV? A abordagem metodológica seguiu na obtenção das respostas, que foram sendo exibidas e tratadas nos itens Análise do Construto SI, Análise do Construto TI, Análise do Construto RH e Análise do Construto CO. Foram apresentados Quadros, cada um representando uma categoria devidamente organizada dentro da temática proposta por Bardin (1977). A pergunta norteadora da pesquisa é respondida gradativamente em cada um deles, após a realização da análise.

Nesse ponto, também já foram colocadas os *pressupostos* envolvidos representando um primeiro momento para a obtenção das comprovações. Esse caminho adotado para a busca das respostas voltadas à pergunta norteadora somente foi possível após a visualização de cada construto, nos itens 4.1.1 a 4.1.6. Cada categoria foi devidamente identificada por um nome e por um sinal facilitador (+) ou dificultador (-), na ótica de cada respondente e considerando o seu relacionamento com o HJV, sob uma determinada profissão e tempo de experiência, além do registro propriamente dito das palavras/termos obtidas nas entrevistas e na síntese das pontuações colocadas pelos entrevistados.

Outro ponto da metodologia que muito contribuiu para as respostas obtidas ficou ilustrado nos itens 4.2.1 a 4.2.4, que apresentaram um gráfico para cada construto mostrando a distribuição entre categorias positivas e negativas, além da distribuição percentual dessas dentro de cada construto.

No que diz respeito aos objetivos propostos, todos foram cumpridos. O objetivo geral, *Compreender os efeitos da aplicação da gestão da informação na promoção de melhorias na gestão do HJV*, foi atingido, norteadando diretamente a pergunta de partida. Cada construto analisado com suas respectivas categorias revelou, de forma gradativa, uma série de resultados

inerentes à aplicação efetiva de uma gestão da informação promotora de melhorias na gestão da organização estudada, envolvendo a integração existente entre sistemas de informação, a tecnologia da informação, pessoas e o contexto organizacional no qual o objeto empírico está inserido.

O primeiro objetivo específico, *Proporcionar uma compreensão dos estudos da gestão da informação na atualidade, em particular, daqueles relativos à aplicação na gestão hospitalar* foi atingido na discussão teórica e conceitual iniciada com a gestão da informação; passando pelos conceitos de dados, informações e conhecimentos, de tecnologia da informação e sistemas de informações, como ferramenta, como infra-estrutura e como elementos de transformação das organizações, em particular, as hospitalares. A complementação desse primeiro objetivo específico se deu com a abordagem dos conceitos voltados à organização hospitalar, como importante participante do sistema de saúde, do prontuário do paciente, do prontuário eletrônico, importantes pontos de inserção dos sistemas de informações e, finalmente, dos recursos humanos de organizações hospitalares, com destaque para algumas questões pertencentes à relação médico paciente.

O segundo objetivo específico, *Identificar os efeitos gerados no corpo funcional de um hospital, na sua atuação profissional cotidiana, ao adotar um sistema de informações*, foi cumprido no decorrer de toda a parte prática dessa dissertação, desde a apresentação das categorias e construtos, passando pela síntese das colocações dos entrevistados, até as análises e respostas gradativas da pergunta norteadora da pesquisa.

Os *seis pressupostos* são comprovados em função da análise realizada na seção 4.3, notadamente através da Tabela 26, ao aprofundar o diálogo existente entre os construtos e a visão de cada categoria associada a cada pressuposto.

Sob o *ponto de vista da academia*, esse trabalho contribuiu para os estudos teóricos ou práticos que seguem linhas similares de raciocínio com o objetivo de reduzir os problemas e desafios aqui apresentados no que tange aos aspectos relacionados à gestão da informação hospitalar. As diversas atividades desenvolvidas ao longo do estudo proporcionam algumas contribuições mais específicas e aderentes à academia: a metodologia da pesquisa baseada na temática de Bardin (1977), pelo seu enfoque desafiador e sua abrangência; a adaptação e a utilização dos quatro construtos SI, TI, RH e CO, com suas particularidades, pontos convergentes

e divergentes, e categorizações; a riqueza da análise de dados com gráficos explicativos que sistematizam a problemática abordada.

Sob o *ponto de vista empresarial*, especialmente as organizações hospitalares, o trabalho contribuiu na organização de possíveis planejamentos e ações que podem ser articuladas no tocante à gestão da informação e na sua promoção de melhorias na gestão hospitalar. A divulgação dos principais resultados pode ajudar os líderes empresariais e aqueles que conduzem a área de informática a mostrar de forma sistematizada a razão pela qual a organização passará a adotar as suas medidas relacionadas ao campo gestão da informação. A análise dos dados pode proporcionar ao meio empresarial o estabelecimento de suas próprias comparações, opiniões e inferências, em função das respostas colhidas nos questionários.

Foram observadas as seguintes *limitações dessa pesquisa* apresentadas no Quadro 30, contendo a limitação propriamente dita e uma sugestão de contorno, além de observações.

Limitação	Observações e sugestão de contorno
A posição do pesquisador como sujeito envolvido com o objeto sem o devido distanciamento.	Trata-se de uma limitação da pesquisa, apesar desse fato ter facilitado de sobremaneira todo o acesso ao Hospital Jorge Valente e o trabalho de campo.
O instrumento de pesquisa escolhido, presente na tese de Rezende (2002), a limitação e a necessidade de adequação dos quatro construtos (SI, TI, RH e CO) ao problema proposto.	Este foi um ponto bastante discutido com o orientador da pesquisa. Alguns autores foram pesquisados, a exemplo de Terra (1999) e Davenport (2003), mas não foram escolhidos conforme apontado na seção 3.2.2 (Fases e Passos da pesquisa). Vários e-mails foram trocados com o Prof. Rezende, juntamente com o orientador, e várias ressalvas e cuidados foram solicitados pelo autor da tese utilizada. O recorte (APÊNDICE A) dessas sugestões pode ser observado na seguinte colocação: “...é possível elaborar uma dissertação apenas aplicando um modelo de uma tese em uma outra realidade (amostra), ou seja, meu modelo no seu hospital (mas seria um pouco “pobre” se você não adicionar seus conhecimentos (suas novas variáveis a partir de sua fundamentação teórica)”. Uma sugestão de contorno seria realmente abrir novas frentes de pesquisa com outros instrumentos.
A complexidade da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).	Trata-se de um processo metodológico complexo que demandou estudos adicionais. As categorizações propostas na literatura carregam certo nível de abstração necessário no seu processo de definição. Não se investiu fortemente na sinonímia das palavras/termos que representassem uma mesma idéia, à exceção de situações mais simples, a exemplo de “indisponibilidade” e “não disponibilidade”, que certamente são sinônimos. A sugestão de contorno seria investir com mais profundidade na sinonímia das

	palavras/termos, talvez reduzindo o universo encontrado nessa pesquisa e melhorando a capacidade de visualização e análise dos dados.
As cinco palavras/termos para cada construto solicitadas nas entrevistas.	O número cinco foi testado nas primeiras aplicações dos questionários. Algumas pessoas respondiam três ou quatro palavras e, em outros casos, seis ou até sete. Arbitrou-se então, por limitar em cinco, estimulando aquelas pessoas que diziam um número menor e priorizando as palavras daquelas pessoas que diziam mais de cinco. Uma sugestão seria deixar em aberto o número de palavras/termos ditos pelos respondentes.
A categorização realizada	Aplicou-se um caráter mais analítico para as categorizações realizadas. Poderia ter sido feita uma abordagem mais sintetizada, com menos categorias.
Base exclusiva da fala dos sujeitos.	É possível um desvio da citação das palavras/termos em função de situações envolvendo o emocional de algumas pessoas. Houve casos de entrevistados com sinais visíveis de insatisfação em função de situações pontuais (ex: possui um computador antigo em seu setor e seu pedido de compra para a aquisição de um novo foi suspenso ou recusado). A situação de contorno seria salientar na dissertação esse tipo de situação observada.
O censo estabelecido de 24 entrevistados, sendo que 18 responderam na prática.	O censo apontou os usuários com maior envolvimento nas questões voltadas à gestão da informação, conforme explicado no item 3.4.2. Poderia haver nova abordagem com uma amostra mais representativa que pudesse alcançar um maior número de pessoas entrevistadas.

Quadro 30 – Limitações da pesquisa

Fonte: Elaboração própria (2008)

Finalmente, *outras pesquisas futuras* direcionadas a promover melhorias nas propostas aqui trabalhadas podem ser realizadas a partir dessa dissertação, sejam voltadas à própria metodologia proposta, a novas abordagens e aprofundamentos, bem como busca de resposta para novas questões. Algumas pesquisas acompanham as próprias limitações citadas e podem ser visualizadas da seguinte forma:

Sugestão de pesquisa futura	Observações
Envolver um número maior de entrevistados de áreas operacionais, gerenciais e estratégicas, que também tenham envolvimento com a gestão da informação, numa abordagem amostral.	Ampliar o número de entrevistados para garantir um maior espectro de opiniões que possam descortinar novos pontos da gestão da informação hospitalar, gerando novas contribuições para a academia e empresas.
Adicionar entrevistas de profundidade.	Algumas conclusões foram obtidas através de comentários adicionais feitos por alguns entrevistados. Uma sugestão de pesquisa poderia ser através da adição de algumas entrevistas de profundidade, também baseadas na temática de Bardin (1977) e voltadas à análise de conteúdo.
Aprofundar na sinonímia das palavras.	Investir realmente na sinonímia das palavras visando a estruturação de outras categorias de palavras/termos.
Utilizar novos instrumentos de pesquisa.	A presente dissertação utilizou Rezende (2002) e justificou o não uso de instrumentos contidos em Terra (1999) ou Davenport (2003). Seria interessante buscar novos instrumentos de pesquisa que também possam nortear a busca das respostas desejadas.
Aprofundar estudos em um dos quatro construtos.	Os construtos trabalhados são bastante ricos e aderentes à problemática proposta. Uma proposta de trabalho futuro estaria no aprofundamento de um dos construtos que possa despertar interesses específicos de uma organização hospitalar.
Ampliar para novos segmentos	Ampliar a pesquisa para outros segmentos, não somente hospitalares.
Aplicar a pesquisa numa organização hospitalar que não tenha solução informatizada própria, mas sim de terceiros.	Verificar em quais construtos e categorias pode haver divergência dos resultados atingidos nesse trabalho, na busca de uma importante comparação entre essas duas possibilidades de uso de sistemas de informações.
Verificar a influência da Acreditação Hospitalar	Verificar em que pontos desse trabalho a Acreditação Hospitalar Nível 3 do HJV exerce influência no resultado final.

Quadro 31 – Pesquisas futuras

Fonte: Elaboração própria (2008)

Esse estudo e outros que versam sobre a temática da gestão da informação no âmbito das organizações hospitalares, compõem um conjunto amplo de questões que continuam sendo pontos críticos e que sempre estarão necessitando de pesquisas com vistas à garantia de uma inteligência competitiva organizacional em um cenário de evoluções tecnológicas aceleradas.

REFERÊNCIAS

ALBERTIN, A.L. **Administração de informática: funções e fatores críticos de sucesso**. 3 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BIO, S. **Sistemas de informação: um enfoque gerencial**. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

BOAR, B. **Tecnologia da Informação: a arte do planejamento estratégico**. 2 ed. São Paulo: Ed. Berkeley, 2002.

BEMMEL, J.; VAN, B.V.; MUSEN, M.A. **Handbook of Medical Informatics**. 1. ed. Springer Verlag, 1997.

CARVALHO, G.; TAVARES, M. **Informação e conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2001.

CERQUEIRA, P.A.B. **Alinhamento entre as estratégias da tecnologia da informação e as estratégias empresariais em organizações hospitalares**. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) – UNIFACS, Salvador, 2004.

COOPER, D.; SCHINDLER, P. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2003.

CUNHA, F.J.A.P. **A gestão da informação nos hospitais: a importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

DATE, C. J. **Introdução a Sistemas de Bancos de Dados**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Working Knowledge How Organizations Manage What They Know**. USA: Harvard Business School Press, 2000.

DAVENPORT, T. **Ecologia da Informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 2003.

DE MASI, D. **A sociedade pós-industrial**. Tradução de Anna Maria Capovilla et al. São Paulo: SENAC, 1999.

FERNANDES, J.C.L. **A quem interessa a relação médico paciente?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (1), p. 21-27, jan./mar. 1993.

FREITAS, H. et al. **Informação e Decisão**: sistemas de apoio e seu impacto. Porto Alegre: Ortiz, 1997. 214 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, E.L. **Gestão Hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOODE, W.J.; HATT, P.K. **Métodos em Pesquisa Social**. 3. ed., São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

GRAEML, A.R. **Sistemas de informação**: o alinhamento da estratégia de tecnologia da informação com a estratégia corporativa. São Paulo: Atlas, 2003.

HOSPITAL JORGE VALENTE. **Resultado da Acreditação Hospitalar**. Biblioteca Interna, 2006.

HUMMEL, G.S. **eHealth o iluminismo digital chega à saúde**: as tecnologias de informação e comunicação revolucionando o setor de saúde. São Paulo: Editora STS, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The computer-based patient record**: an essential technology for health care. Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Science, Washington, USA, 1997. Disponível em: <<http://www.iom.edu/CMS/3809/22303.apx>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

LAUDON, K.C.; LAUDON, J.P. **Sistemas de informação com internet**. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999.

_____. **Sistemas de Informações Gerenciais: administrando a empresa digital**. 7. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

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

MARCHIORI, P.Z. **A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional**. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 72-79, mai/ago 2002.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARINHO, F. S. **O espaço da organização hospitalar: estudo do comportamento do consumidor de serviços de saúde prestados por hospitais privados**. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) – UNIFACS, Salvador, 2004.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO, R.S. (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. 213p.

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

MENDES, V.L.P.S. **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde**. 1994. 207 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

MENDES, V.L.P.S.; CUNHA, F.J.A.P. **Redes colaborativas de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar**. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 12, 2007, Rep. Dominicana. Sto. Domingo: [S.I.], 30oct./2 nov. 2007.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: estrutura em cinco configurações**. Tradução de Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.

MURPHY, G.F.; HANKEN, M.A.; WATERS, K.A. **Electronic Health Records: changing the vision**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999.

NASCIMENTO, N.; BRANT, F. **Encontros e despedidas**. Intérprete: Maria Rita. In: Maria Rita. [S.I.]: Warner Music, 2003. 1CD (Ca. 55 min). Faixa 9.

O'BRIEN, J.A. **Sistemas de informação e as decisões gerenciais na era de internet**. São Paulo: Ed. Saraiva, 2004.

OLIVEIRA, D.P.R. **Sistemas de Informações Gerenciais**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dados da situação brasileira: saúde**. <<http://www.opas.org.br/publicac.cfm>>. Acessado em: 25 nov 2009.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços**. Pelotas: Educat, 2001.

_____. **Relatório de certificação da Acreditação Hospitalar**. Salvador: Relatório Interno, 2006.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PROMÉDICA saúde inaugura novo centro de atendimento. **Gazeta Mercantil - Gazeta da Bahia**, Salvador, 18 out. 2007.

REZENDE, D.A. **Alinhamento do Planejamento Estratégico da Tecnologia da Informação ao Planejamento Empresarial: proposta de um modelo e verificação da prática em grandes empresas brasileiras**. 2002. 278 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

REZENDE, D.A.; ABREU, A.F. **Tecnologia da informação aplicada a sistemas de informação empresariais: o papel estratégico da informação e dos sistemas de informação nas empresas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, F. G. **Fundamentos da excelência: clínicas médicas**. In: Gestão de Clínicas Médicas. São Paulo: Futura, 2004.

STAREC, C.; GOMES, E.B.P.; CHAVES, J.B.L. (Org.). **Gestão Estratégica da Informação e Inteligência Competitiva**. Tradução de Maria Lúcia Leker Vieira e Dalton Conde de Alencar. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

STAIR, R.M. **Princípios de sistemas de informação: uma abordagem gerencial**. Tradução de Maria Lúcia Leker Vieira e Dalton Conde de Alencar. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

STUMPF, M. et al. **Um modelo de integração de informações para o apoio à decisão na gestão da assistência à saúde**. Série documentos para estudo - PPGA/UFRGS, Porto Alegre, n 07/98, jun. 1998. 20 p.

TARAPANOFF, K. (Org.). **Inteligência Organizacional e Competitiva**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2001.

TERRA, J.C.C. **Gestão do Conhecimento: aspectos conceituais e estudo exploratório sobre as práticas de empresas brasileiras**. 1999. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – POLI-US, São Paulo, 1999.

_____. **Gestão do Conhecimento: o grande desafio empresarial – inclui o modelo das sete dimensões da gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

TURBAN, E.; MCLEAN, E.; WETHERBE, J. **Tecnologia da Informação Para Gestão: transformando os negócios na economia digital**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

APÊNDICE A – E-mail de solicitação de uso de questionário

**De Jaime Nogueira da Gama
para ccardoso, Denis 16 out 2008**

Caro Denis,

muito obrigado pela sua pronta resposta. Permita-me tomar-lhe um pouco mais de tempo, pois ocorreu-me uma idéia interessante. Antes de te escrever fiz uma ligação para o Prof. Claudio que me motivou a lançar a questão no presente e-mail.

Já fiz uma overview no trabalho que você anexou no outro e-mail e ajudou bastante, além do contato com novas referências bibliográficas. Se tiver mais algum, é bem vindo.

Realmente, é interessante articular e adaptar modelos como COBIT, ITIL e demais na pesquisa. Entretanto, eu vim me aprofundar nesses modelos, com cursos e certificações, de 2007 para cá e não os apliquei na ampla informatização que fiz no Hospital Jorge Valente.

Um outro ponto que gostaria de destacar é a busca da comprovação de minhas hipóteses através da investigação da opinião dos principais stakeholders envolvidos: alta direção, médicos, enfermeiros, farmacêuticos etc. Resumidamente, as hipóteses giram em torno de: H1- o SIH (sistema de informações hospitalares) apóia o processo decisório no ambiente hospitalar; H2- o SIH proporciona a informação certa no local certo no momento certo para a pessoa certa (isso é muito sério nesse ambiente hospitalar); H3- a atuação dos profissionais de saúde em outras instituições hospitalares dificulta o uso do SIH; e, H4- à medida que os profissionais de saúde percebem o valor gerado pelo SIH passam a adotá-lo em seus processos formais.

Após a contextualização acima, vem a idéia que tive após seu e-mail: aplicar (com as devidas adaptações) o que você fez na sua tese voltada ao alinhamento estratégico (PEE PETI). Entendo que a Gestão da Informação pode ser um dos possíveis drill downs nessa análise (precisaria argumentar isso de forma consistente). A idéia surgiu, principalmente, ao reler a pág. 91 do seu livro "Tecnologia da Informação Integrada à Inteligência Empresarial", quando você organiza os construtos (TI, SI, RH e Contexto Organizacional) com as respectivas dimensões. Claudio Cardoso me alertou para o trabalho que terei para justificar tal aplicação, uma vez que não será algo "tão" *ipsis litteris*.

Denis, se você achar que esse é um caminho e me autorizar a utilizar a sua pesquisa como base, estarei confiante para esta experiência.

Obrigado mais uma vez pela paciência e apoio.

Jaime Gama.

**De Claudio Cardoso - UFBA
para mim, Denis - 16 out 2008**

Gama,

Achei muito interessante sua articulação e entendi melhor sua idéia.

Se o Denis concordar com sua intenção de aplicar o modelo criado por ele com as devidas adaptações para um estudo sobre Gestão da Informação, também terá todo o meu apoio.

Abraços,

Cláudio

De Denis Alcides Rezende

para ccardoso, mim - 16 out 2008

Oi amigos

Estou numa correria, tentarei ajudar, mas depois podemos conversar mais.

Um outro ponto que gostaria de destacar é a busca da comprovação de minhas hipóteses através da investigação da opinião dos principais stakeholders envolvidos: alta direção, médicos, enfermeiros, farmacêuticos etc.

Resumidamente, as hipóteses giram em torno de: H1- o SIH (sistema de informações hospitalares) apóia o processo decisório no ambiente hospitalar; H2- o SIH proporciona a informação certa no local certo no momento certo para a pessoa certa (isso é muito sério nesse ambiente hospitalar); H3- a atuação dos profissionais de saúde em outras instituições hospitalares dificulta o uso do SIH; e, H4- à medida que os profissionais de saúde percebem o valor gerado pelo SIH passam a adotá-lo em seus processos formais.

--- CONCORDO, PODE SER

VOCÊ DECIDE A SUA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO JUNTO COM O CLÁUDIO.

Após a contextualização acima, vem a idéia que tive após seu e-mail: aplicar (com as devidas adaptações) o que você fez na sua tese voltada ao alinhamento estratégico (PEE PETI). Entendo que a Gestão da Informação pode ser um dos possíveis drill downs nessa análise (precisaria argumentar isso de forma consistente). A idéia surgiu, principalmente, ao reler a pág. 91 do seu livro "Tecnologia da Informação Integrada à Inteligência Empresarial", quando você organiza os construtos (TI, SI, RH e Contexto Organizacional) com as respectivas dimensões. Claudio Cardoso me alertou para o trabalho que terei para justificar tal aplicação, uma vez que não será algo "tão" *ipsis litteris*.

--- CONCORDO, ESSA É A MINHA TESE.

TE ENVIAREI EM SEGUIDA (INCLUINDO O QUESTIONÁRIO PARA VOCÊ VER COMO EU CHEGUEI NAS VARIÁVEIS).

Denis, se você achar que esse é um caminho e me autorizar a utilizar a sua pesquisa como base, estarei confiante para esta experiência.

--- CONCORDO, VOCÊ SABE QUE É POSSÍVEL ELABORAR UMA DISSERTAÇÃO APENAS APLICANDO UM MODELO DE UMA TESE EM UMA OUTRA REALIDADE (AMOSTRA), OU SEJA, MEU MODELO NO SEU HOSPITAL (MAS SERIA UM POUCO "POBRE" SE VOCÊ NÃO ADICIONAR SEUS CONHECIMENTOS (SUAS NOVAS VARIÁVEIS A PARTIR DE SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA).

Obrigado mais uma vez pela paciência e apoio.

--- VAMOS CONVERSANDO

PROF. DR. DENIS ALCIDES REZENDE

www.DenisAlcidesRezende.com.br (41) 9974.1168

denis.rezende@pucpr.br - drezende@netpar.com.br

Professor do Mestrado e Doutorado em Gestão Urbana www.pucpr.br/ppgtu 55 (41) 3271-2623

Professor da Engenharia Ambiental www.pucpr.br/engambiental 55 (41) 3271-1599

Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - Curitiba - Paraná - Brasil

Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/9202172197777351>

APÊNDICE B – Carta de apresentação do questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO NPGA
CURSO DE MESTRADO / DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

Salvador, __ de _____ de 2008.

Ao Profissional do Hospital Jorge Valente,

Sr (a) _____

Ref.: Pesquisa acadêmica *GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR. ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL JORGE VALENTE, SALVADOR, BAHIA* – PESQUISADOR: JAIME NOGUEIRA DA GAMA

Prezado(a):

Estamos realizando a referida pesquisa acadêmica junto aos usuários do Hospital Jorge Valente com experiência em Gestão da Informação para a Gestão da Saúde, através da utilização do Sistema de Informação Hospitalar existente nessa organização. Alguns modelos de Gestão da Informação e Gestão da Saúde já foram criados na academia, mas ainda existe uma lacuna que dificulta a compreensão da relação de ambos.

Entendemos que o tempo de vocês gestores é curto em relação às atividades relevantes do dia-a-dia. Porém, a sua participação e contribuição na nossa pesquisa é muito importante para que possamos obter um resultado mais preciso de nosso trabalho.

Os dados obtidos por meio desses questionários serão analisados em uma pesquisa acadêmica, desenvolvida como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração. Todas as respostas serão tratadas confidencialmente, de forma que nenhuma resposta individual possa ser identificada. Seu nome será mantido em sigilo absoluto em todas as publicações advindas dessa pesquisa.

As questões serão apresentadas de forma a exigir uma resposta que mais representará a prática atual existente no seu dia-a-dia e não o que seria uma situação ideal. Dessa forma, solicitamos a gentileza de lerem com atenção todos os itens da questão.

Os questionários, após preenchidos, poderão ser devolvidos via malote interno, endereçados ao CPD, em nome de Jaime Nogueira da Gama. Caso seja necessário, poderemos auxiliar no preenchimento com uma entrevista pessoal ou via telefone, desde que achem conveniente.

Agradecemos a colaboração.

JAIME NOGUEIRA DA GAMA

Mestrando

PROF. CLAUDIO CARDOSO

Prof. Orientador

APÊNDICE C – Questionário (perguntas abertas)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO NPGA

CURSO DE MESTRADO / DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

PESQUISA ACADÊMICA: *GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR. ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL JORGE VALENTE, SALVADOR, BAHIA*

PESQUISADOR: JAIME NOGUEIRA DA GAMA

ORIENTADOR: PROF. DR. CLAUDIO GUIMARÃES CARDOSO

RESPONDENTE:

PROFISSÃO:

TEMPO DE EXPERIÊNCIA:

DATA:

Considerando os quatro construtos abaixo, o cargo que você ocupa no Hospital Jorge Valente e a sua participação na Gestão da Informação para a Gestão da Saúde, cite cinco palavras ou frases mais marcantes em sua mente e que expressem o seu papel na Gestão da Informação para a Gestão da Saúde:

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES (SI)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO NPGA

CURSO DE MESTRADO / DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

PESQUISA ACADÊMICA: *GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR. ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL JORGE VALENTE, SALVADOR, BAHIA*

PESQUISADOR: JAIME NOGUEIRA DA GAMA

ORIENTADOR: PROF. DR. CLAUDIO GUIMARÃES CARDOSO

RESPONDENTE:

PROFISSÃO:

TEMPO DE EXPERIÊNCIA:

DATA:

Considerando os quatro construtos abaixo, o cargo que você ocupa no Hospital Jorge Valente e a sua participação na Gestão da Informação para a Gestão da Saúde, cite cinco palavras ou frases mais marcantes em sua mente e que expressem o seu papel na Gestão da Informação para a Gestão da Saúde:

RECURSOS HUMANOS (RH)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

CONTEXTO ORGANIZACIONAL (CO)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

APÊNDICE D – E-mail de agradecimento de participação

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO NPGA
CURSO DE MESTRADO / DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

Salvador, __ de _____ de 2008.

Ao Profissional do Hospital Jorge Valente,

Sr (a) _____

Ref.: PESQUISA ACADÊMICA *GESTÃO DA INFORMAÇÃO HOSPITALAR. ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL JORGE VALENTE, SALVADOR, BAHIA* – PESQUISADOR: JAIME NOGUEIRA DA GAMA

Prezado(a):

Através desse e-mail gostaríamos de agradecer a sua importante colaboração em nossa pesquisa. Tão logo tenhamos o resultado final, estaremos disponibilizando todo o material para consulta e o arquivo eletrônico da dissertação na íntegra, na intranet dessa organização.

JAIME NOGUEIRA DA GAMA

Mestrando

PROF. CLAUDIO CARDOSO

Prof. Orientador

ANEXO A – Apresentação do Hospital Jorge Valente e da *holding* Promédica

O GRUPO PROMÉDICA

Ampliar o acesso da população aos avanços da Medicina e proporcionar um atendimento médico de qualidade foram os objetivos do médico, professor e empresário Jorge Valente Filho ao fundar a Promédica Proteção Médica a Empresas, em maio de 1969. Líder do setor de saúde na Bahia, a operadora de planos de saúde Promédica possui mais de dois mil clientes corporativos e atende a uma comunidade de 110 mil usuários através de uma ampla rede de atendimento com serviços próprios e credenciados. A missão da Promédica é: “Prestar assistência médico-hospitalar, utilizando alta tecnologia e recursos humanos especializados, com permanente compromisso ético e social”.

No sétimo ano de sua existência, a empresa de medicina de grupo investiu na construção de um hospital. Com a inauguração do Hospital Jorge Valente (HJV), em junho de 1976, foi implementada uma filosofia empresarial que é o alicerce do grupo ao investir em estruturas próprias de atendimento, dotando-se das tecnologias mais modernas no intuito de prover o melhor atendimento médico-hospitalar à sociedade.

Após a construção do Hospital Jorge Valente, as iniciativas continuaram com a montagem da rede de laboratórios Datalab, em 1978, e a inauguração do Day Hospital Promédica, como o primeiro hospital dia do Norte-Nordeste, em 1988. Posteriormente, em 1994, foi a vez do lançamento do CSP – Centro de Saúde Promédica, uma iniciativa que marcou a entrada do grupo no segmento de medicina ocupacional.

O perfil inovador se manifestou mais uma vez com o início das atividades da Promédica Tecnologia, no ano 2000, já com vistas a comercializar os sistemas de informações da Operadora Promédica e do Hospital Jorge Valente.

Em 2002 foi inaugurada a Clínica de Saúde Promédica que introduziu um novo conceito de assistência à saúde com atendimento integral nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetria e clínica médica, além de contar com um eficiente programa de medicina preventiva.

Em 2006, foram inaugurados o Núcleo de Terapia Oncológica (NTO), unidade especializada no atendimento e tratamento de pacientes com câncer e a unidade do Pronto Atendimento Garibaldi (PA), próxima ao Hospital Jorge Valente. Também, em 2006, a Clínica de Saúde Promédica transformou-se no Centro Médico Promédica oferecendo atendimento em diversas especialidades médicas e dispondo de um eficiente sistema integrado de informação que proporciona aos médicos uma visão mais ampla do quadro clínico dos pacientes, além de estrutura de serviços de apoio ao diagnóstico e procedimentos. Todos estes serviços em um só local para proporcionar comodidade, conforto e atender seus pacientes de forma integrada.

O Grupo Promédica continuou a expandir a sua rede própria de atendimento com a inauguração do Centro Médico Promédica Cidade Baixa, em outubro de 2007. A nova unidade segue a mesma estratégia de reunir diversas especialidades e a possibilidade de realização de consultas, exames e procedimentos em um mesmo local, combinando qualidade, conforto e eficiência.

O HOSPITAL JORGE VALENTE

Construir um Hospital sempre foi o sonho do Professor Jorge Valente. Fundador da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública dirigiu e lecionou durante 17 anos na Universidade Federal da Bahia, foi Professor Catedrático de Urologia e implantou a primeira hemodiálise na Bahia, sendo esta uma grande contribuição para o Estado. Na década de 60, durante o governo do Presidente Jânio Quadros, ele fez uma tentativa de construir um Hospital, mas a instável e conturbada economia da época o impediu. Seu sonho foi realizado através de seu filho, o médico Jorge Valente Filho, em 15 de junho de 1976, quando fez uma homenagem a seu pai, inaugurando o primeiro grande investimento do Grupo Promédica, o Hospital Professor Jorge Valente, com a incumbência de prestar assistência médico-hospitalar à comunidade do próprio Grupo. Projetado para prestar atendimento nas mais variadas especialidades, o Hospital Jorge Valente surgiu em um momento que Salvador necessitava de uma máquina hospitalar nova e com constante atualização tecnológica e de profissionais.

O Hospital Jorge Valente é um Hospital geral, privado e de médio porte, tendo como foco principal, o atendimento integral ao paciente, sendo esta sua marca registrada desde a sua

fundação. Conta com 138 leitos distribuídos entre as unidades de internação e observação. O Hospital oferece Serviços de Emergência, Obstetrícia, Clínica Médica e Cirúrgica, UTI e UTSI de Adultos, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Pediatria, sendo este último anexo ao Hospital. O Serviço de Pediatria conta com atendimentos de urgência e emergência, serviços de vacinação e laboratório 24 horas. O hospital é hoje uma referência em atendimento de emergência, possuindo toda a estrutura tecnológica e técnica necessária às atividades a que se propõe. Dispõe de uma equipe médica, em plantão 24 horas, nas especialidades de: Cirurgia, Endoscopia Digestiva, Intensivista, Cardiologia, Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Anestesiologia; sendo que as demais funcionam em sistema de sobreaviso 24 horas. A Emergência, adulto e pediátrica, conta com o apoio dos serviços de: Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia e Oftalmologia; além de sobreaviso nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Mão, Cirurgia de Tórax, Cirurgia Neurológica, Cirurgia Vasculuar, Microcirurgia, Otorrinolaringologia, Urologia, Angiologia, Neurologia e Proctologia.

O investimento em tecnologia sempre foi prioridade para o Grupo Promédica e uma marca histórica do Hospital Jorge Valente. Entre os hospitais privados, foi o pioneiro na implantação de uma Unidade de Tratamento Intensivo em Salvador, em funcionamento desde a sua fundação.

Modelo de Gestão:

Em seus 32 anos de existência, o Hospital Jorge Valente tem buscado de forma contínua a evolução em seus padrões de atendimento, a qualidade e a confiabilidade dos serviços prestados à sociedade, apoiado por um modelo de gestão moderno, que investe em capacitação e tecnologias de última geração. A direção do HJV exerce um papel fundamental neste sentido, caracterizando-se por apoiar a diretriz de sempre fornecer atendimento de alta qualidade à comunidade e participar diretamente das análises e decisões estratégicas.

O sistema de liderança do Hospital é responsável direto pela criação e manutenção do ambiente organizacional que tem na inovação contínua a estratégia principal para a consecução da sua missão. As lideranças constituem-se de pessoas polivalentes, com visão sistêmica de processos, que visualizam na estratégia de prover o corpo funcional com os mecanismos tecnológicos mais avançados como meio para alcançar o alto desempenho. A participação atuante

da alta administração facilita o entendimento do alinhamento estratégico das áreas operacionais com os projetos do planejamento estratégico anual. Este modelo de gestão é apoiado por um sistema de tecnologia da informação que é a de uma postura inovadora do hospital.

A busca pela melhoria contínua, princípio básico da Gestão pela Qualidade Total, adotada pelo Hospital, propiciou uma maior integração dos setores, bem como dos seus processos. A ferramenta responsável pela integração destes processos é o Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação (PETI) alinhado ao Planejamento Estratégico do HJV.

Cronologia dos Acontecimentos:

A cronologia dos acontecimentos que se segue, tem o intuito de fortalecer e detalhar na linha do tempo, uma série de acontecimentos que revela o espírito inovador do Grupo Promédica e uma postura arrojada frente à evolução da informatização.

Década de 70:

1976 – Fundação do Hospital Jorge Valente

1979 - o Hospital trouxe para a Bahia, o primeiro tomógrafo computadorizado do Norte e Nordeste. Este investimento fez com que a comunidade médica baiana visualizasse no HJV uma organização voltada a prover as melhores condições de trabalho para profissionais e melhores resultados para pacientes. Este fato despertou interesse de muitos médicos em fazer parte da equipe do HJV.

Década de 80:

O Hospital Jorge Valente passou por diversas ampliações na sua estrutura física e tecnológica com o objetivo de modernizar as suas instalações.

Década de 90:

1990 - houve a ampliação da Unidade Neonatal que passou a atender casos de recém-nascidos de alto risco. O Hospital também foi um dos primeiros em Salvador a instituir o Alojamento Conjunto com sucesso.

1992 - o Hospital redefiniu o seu planejamento estratégico, tendo como pontos principais a reestruturação administrativa, reforma física e atualização tecnológica.

Desta reestruturação administrativa surgiram necessidades de ações estratégicas como:

- Definição da Missão do Hospital;
- Mudança no modelo gerencial;
- Adoção do regime de parcerias com unidades específicas;
- Padronização de medicamentos pelo princípio ativo;
- Implantação da dose individualizada de medicamentos;
- Implantação de materiais pela descrição técnica;
- Eliminação de sub estoques existentes nos postos de enfermagem;
- Implantação da farmácia satélite no bloco operatório;
- Implementação da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar;
- Implantação da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.

1994/1995 - o Instituto Miguel Calmon (IMIC), por duas vezes consecutivas, concedeu o Prêmio de “Melhor Desempenho Hospitalar” do Norte e Nordeste ao Hospital Jorge Valente.

1996 – O Hospital iniciou o Programa de Assistência Domiciliar.

1996/1997 - Foi o primeiro Hospital da Bahia a adotar um programa formal de Gestão pela Qualidade Total (PGQT), contratando a consultoria da Fundação de Desenvolvimento Gerencial (antiga Fundação Christiano Ottoni), de Minas Gerais e criou o Núcleo de Qualidade Total. O PGQT formalizou os procedimentos de diversas áreas do hospital e criou indicadores de desempenho para o acompanhamento dos resultados e mapeamento de necessidade de melhorias.

1997/1998 - O Hospital implantou o Serviço de Nutrição Parenteral e Enteral e a Comissão de Terapia Nutricional. Em 1998, implantou também a Pesquisa de Satisfação com o Cliente Médico.

Década de 2000:

O Hospital inaugurou o Centro de Emergência Pediátrica, UTI Pediátrica e implantou o Programa de Lazer para os pacientes internados. Nesse mesmo ano, o Jorge Valente foi premiado como a empresa de melhor desempenho no exercício de 1999, na área Médica e Hospitalar pelo IMIC. Este também foi o ano no qual a diretoria do hospital decide pela mudança do sistema de informatização, trocando a tecnologia Clipper, que se tornara obsoleta para o porte da organização, pela tecnologia Oracle.

2001 – O Hospital implantou o Serviço de Quimioterapia, atendendo as exigências da Vigilância Sanitária.

2001/2002 – O Hospital avançou na informatização para os seus diversos setores através de planejamentos estratégicos de tecnologia da informação escritos anualmente e alinhados com a alta direção.

2002 – O Planejamento Estratégico anual do HJV incorpora o Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação (PETI). Este alinhamento estratégico dá início a uma fase de projetos inovadores no Hospital que tem como base a mudança para tecnologia Oracle.

2002 – O PETI atua em diversas áreas do HJV gerando ações conjuntas entre a equipe do Centro de Processamento de Dados e os líderes das áreas. Os primeiros resultados efetivos do processo inovador se dão neste ano.

2003 – Ano do falecimento do presidente do grupo, Dr. Jorge Valente, tendo como sucessora a sua esposa, Tereza Valente.

2004 – O Hospital conquistou a Acreditação Hospitalar Plena (nível 2), sendo o primeiro hospital da Bahia a obter tal certificação. A avaliação foi realizada pelo Instituto Qualisa de Gestão (SP), em novembro do mesmo ano, criando um marco de referência no mercado.

2005 – Foi implementado o Programa Intensivo de Educação Oracle visando garantir a correta utilização dos sistemas e o bom uso das informações no processo decisório.

2006 – O HJV implantou novas unidades: Núcleo de Terapia Oncológica – NTO e o Pronto Atendimento – PA. O planejamento estratégico de tecnologia da informação avança para as demais áreas do hospital como: Emergência-PA, Quimioterapia, Suprimentos, Enfermagem, UTI Neonatal e Posto de Emergência.

2006 – O PETI se volta para dar suporte na busca da Acreditação Hospitalar com Excelência Nível 3 (máximo).

2006 – Em novembro, o hospital conquista a Acreditação Hospitalar Nível 3, passando a fazer parte de um seleto grupo de instituições do cenário nacional. Este grupo passa a se reunir periodicamente com a finalidade de discutir indicadores de desempenho, melhorias práticas na saúde, projetos inovadores e evidências de melhorias contínuas de seus processos.

2007/2008 – O Jorge Valente intensifica os esforços no Prontuário Eletrônico, ampliando-o para todo o hospital. Torna-se ainda foco de atenção para trabalhos acadêmicos e visitas empresariais. Alguns de seus colaboradores passam a proferir palestras em vários programas nacionais do segmento saúde, expondo toda a sua história como um verdadeiro caso de sucesso. O Grupo Promédica adquire 62% das ações do Hospital da Cidade, localizado em Salvador, numa área de alta densidade populacional.

2009 – Já está planejado pela Alta Direção da Promédica e pela área de Tecnologia da Informação do Hospital Jorge Valente, a implantação de toda a solução informatizada no Hospital da Cidade, unidade adquirida pelo Grupo Promédica em abril de 2008.

PROMÉDICA SAÚDE INAUGURA NOVO CENTRO DE ATENDIMENTO

Grupo já totaliza mais de R\$3 milhões em investimentos na ampliação de rede.

Com a inauguração de um novo centro médico na Cidade Baixa nesta quinta-feira, o Grupo Promédica de Saúde já totaliza mais de R\$ 3 milhões em investimentos na ampliação de sua rede própria de atendimento nos últimos dois anos, em Salvador. A nova unidade segue a estratégia de

verticalização de serviços, uma tendência do setor privado de saúde. "Nosso foco está na melhoria dos serviços prestados aos clientes e no maior controle de custos", diz a diretora-presidente Tereza Leony Valente.

Além da nova unidade, já foram criados dentro da estratégia o Núcleo de Terapia Oncológica - NTO, o Pronto Atendimento Promédica e o Centro Médico Promédica - Unidade Iguatemi. "Devido aos custos crescentes da medicina a partir do Plano Real e da regulamentação dos planos de saúde, Lei 9656/98, a verticalização ganhou maior ênfase no planejamento estratégico pela possibilidade de melhor gestão do atendimento da saúde e gerenciamento dos serviços", explica Tereza, eleita recentemente líder do setor de saúde no Fórum de Líderes.

Segundo o diretor administrativo-financeiro Jorge Oliveira, os tempos mudaram com a estabilização da economia e a regulamentação do setor. Ter autonomia na gestão dos custos assistenciais, a chamada sinistralidade, tornou-se imprescindível à manutenção do negócio. "A estratégia de verticalização otimiza a utilização dos serviços médicos de tratamento e diagnóstico", diz Oliveira.

O diretor dá o exemplo do investimento de R\$ 1 milhão feito na montagem do NTO, clínica especializada em tratamento oncológico. "Tínhamos custos mensais da ordem de R\$ 600 mil com a compra externa desses serviços e reduzimos em 40% essas despesas, comprando diretamente os medicamentos. O retorno do investimento se dá em menos de um ano".

A inauguração de um novo centro médico na Cidade Baixa, com investimento de R\$ 800 mil, reforça a aposta do Grupo Promédica neste tipo de equipamento. No ano passado, foram investidos R\$ 500 mil na montagem do primeiro centro na região do Iguatemi, com a oferta de 20 especialidades. "Fomos bem-sucedidos com a primeira experiência e constatamos que a região da Cidade Baixa seria o local ideal para a nova investida. É uma área de grande adensamento populacional e carente de serviços médicos de qualidade", diz Oliveira.

Com o atendimento em centro médico próprio, Jorge Oliveira diz que é possível oferecer assistência integral, havendo o controle sobre as doenças, o que não é possível na rede aberta. "O paciente geralmente fica desorientado na rede aberta. Sente uma dor, não encontra o diagnóstico adequado na primeira consulta e fica indo a vários médicos e realizando vários exames desnecessários", explica.

No modelo de centro médico da Promédica, que utiliza prontuário eletrônico e único, todos os especialistas têm acesso a consultas e resultados de exames já realizados. Os atendimentos são baseados em protocolos específicos de cada especialidade, que uniformizam as práticas de acordo com o preconizado cientificamente pelas sociedades médicas.

Para Jorge Oliveira, o modelo de centro médico é uma tendência que volta ser adotada pelas operadoras de planos de saúde de todo o País. Segundo ele, a preferência se dá porque no sistema de rede aberta de credenciados tem se observado a falta de uniformidade de condutas e de comunicação entre os diversos médicos. "Uniformidade de conduta e comunicação são elementos fundamentais ao sucesso de qualquer tratamento de saúde", afirma. Além disso, o modelo ao otimizar a realização de exames reduz custos na ordem de 25%.

Se a verticalização já existia no princípio do sistema de planos de saúde brasileiro, é retomada na atualidade, segundo o executivo da Promédica, porque, além de permitir uma atenção especial ao usuário, possibilita a oferta de planos com preços mais acessíveis ao mercado de saúde suplementar.

A operadora do grupo tem dois planos verticalizados, com rede fechada, que já apresentam bons resultados de mercado. Com pouco tempo de lançados e preços 30% inferiores ao de rede aberta, Oliveira revela que os novos produtos já atendem 10% da carteira de 120 mil usuários da operadora, que comercializa apenas planos empresariais. "Há um movimento de migração de clientes da rede aberta para a verticalizada", diz, destacando que a qualidade dos serviços próprios tem atraído os usuários dos planos de rede aberta. "No centro médico, 70% da demanda de quatro mil consultas mensais é originária dos planos com rede aberta", diz.

O resultado da verticalização já reflete no balanço da empresa. "No ano passado, conseguimos reverter o prejuízo de 2005 e tivemos uma rentabilidade de 2,5%", informa Oliveira. Em 2006, o Grupo Promédica faturou R\$ 183 milhões, um incremento de 11,5% sobre o resultado de 2005. Na operadora, houve um aumento de 15% no número de usuários.

O Grupo Promédica já programa novos investimentos da ordem de US\$ 1,6 milhão na expansão de serviços de diagnóstico por imagem e hemodinâmica, que também são caros e frequentes. "Quando deixarmos de comprá-los fora, teremos uma redução de 25% nos custos desses serviços", contabiliza Oliveira. (PROMÉDICA, 2007)