

VORSTER QUEIROGA ALVES

**O DESENVOLVIMENTO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA PERSPECTIVA DE
MÉDICOS E USUÁRIOS: UM ESTUDO DOS HOSPITAIS DA CIDADE DE
CAMPINA GRANDE – PB.**

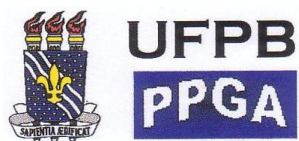
**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado em Administração**

João Pessoa - PB

2007

VORSTER QUEIROGA ALVES

**O DESENVOLVIMENTO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA PERSPECTIVA DE
MÉDICOS E USUÁRIOS: UM ESTUDO DOS HOSPITAIS DA CIDADE DE
CAMPINA GRANDE – PB.**



Dissertação apresentada ao curso de mestrado em administração da Universidade Federal da Paraíba, na área de Tecnologia da Informação, em cumprimento das exigências para obtenção do título de mestre em administração.

Orientador: Prof. Dr. José Rodrigues Filho

João Pessoa – PB

2007

A474d Alves, Vorster Queiroga.
O desenvolvimento de prontuário eletrônico na perspectiva de médicos e usuários: um estudo dos hospitais da cidade de Campina Grande – PB / Vorster Queiroga Alves.- João Pessoa, 2007.

215f.

Orientador: José Rodrigues Filho
Dissertação (mestrado) – UFPB / CCSA

1. Administração hospitalar. 2. Sistemas de Informação hospitalar. 3. Informação – Automação em hospitais. 4. Prontuário eletrônico. I. Título.

UFPB/BC

CDU 65:615.478.1 (043)

VORSTER QUEIROGA ALVES

**O DESENVOLVIMENTO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA
PERSPECTIVA DE MÉDICOS E USUÁRIOS: UM ESTUDO DOS
HOSPITAIS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Dissertação aprovada em 11 / 06 / 2007

Prof. Dr. José Rodrigues Filho
Orientador – UFPB

Prof Dr. Carlo Gabriel Porto Bellini
Membro UFPB

Prof. Dr. Gilson Ludmer
Membro UFPE



João Pessoa - 2007

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra da pesquisa acadêmica a meu Pai (in memoriam) que batalhou e lutou dia-a-dia em busca dos seus sonhos, vencendo barreiras e ultrapassando obstáculos, almejando maiores conhecimentos para os filhos como forma de subirem na vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo pela vida e por toda a força religiosa que me concede.

A meus pais, pela confiança e estímulo de sempre continuar os meus estudos e meus sonhos.

A todos os membros da minha família, pelos ensinamentos de união e a força impetrada nesse caminho de estudo.

A meu irmão, por ter me aturado na vivência domiciliar e principalmente pelos momentos de companheirismo e de irmandade.

A os meus colegas do mestrado, que me mostraram que na vida acadêmica existem algo mais que concorrência e sim uma verdadeira amizade que irá durar para sempre.

A colega Fátima Telino, pela ajuda no desenvolvimento da pesquisa qualitativa e da construção da minha dissertação.

A todos os professores do PPGA, pelos ensinamentos e ampliação dos meus conhecimentos e pensamentos.

A os membros e funcionários do PPGA, pela amizade e ajuda nos momentos de falta de informação.

A o Prof Luciano Batista, pela ajuda incondicional e valiosa na construção do meu conhecimento na área de T.I., além de sua amizade.

Em especial ao Professor Orientador José Rodrigues, pela paciência, dedicação, ensinamentos profundos para a vida acadêmica e do dia-a-dia, e acima de tudo sua amizade e participação no crescimento do meu ser. Um verdadeiro professor no desenvolvimento crítico do cotidiano.

**Se você não mudar a
direção, terminará
exatamente onde partiu.
Antigo provérbio chinês**

RESUMO

ALVES, Vorster Queiroga. **O desenvolvimento de prontuário eletrônico na perspectiva de médicos e usuários: um estudo dos hospitais da cidade de Campina Grande – PB.** 215 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

Este estudo trata do desenvolvimento e implementação do prontuário eletrônico em hospitais da cidade de Campina Grande-PB, identificando primeiramente os hospitais que possuem sistemas de informação hospitalar computadorizado e que estão em fase de desenvolvimento e implementação do prontuário eletrônico. Posteriormente, procurou-se analisar a participação dos médicos e usuários e sua percepção sobre o prontuário eletrônico do paciente nos hospitais estudados. A pesquisa analisou 5 hospitais, destacando como grupo de pesquisa os médicos, administradores, gerentes e operadores dos sistemas hospitalares, totalizando 56 indivíduos entrevistados, separados por grupos profissionais. A análise de conteúdo qualitativa, baseada na visão de Gläser e Laudel (2004) foi utilizada. Com essa metodologia as entrevistas realizadas foram selecionadas e transcritas, havendo uma seleção dos trechos de maior relevância, onde foram encontradas descrições sobre o problema pesquisado. Com as entrevistas detectou-se que não há um planejamento de investimentos em tecnologia e dos sistemas implantados, como também não há uma integração e desenvolvimento preciso do prontuário eletrônico para atender as reais condições de cada entidade hospitalar. A generalização ou padronização dos métodos torna-se uma constante abordagem nos hospitais pesquisados, ao contrário da prática médica. Portanto, continua havendo discrepâncias entre as visões dos médicos e usuários sobre a real utilização do prontuário eletrônico, necessitando de uma integração entre as duas visões, com o intuito de aprimorar o prontuário eletrônico do paciente às reais necessidades de cada instituição de saúde.

Palavras-chave: Informação, Sistemas de Informação Hospitalar, Prontuário Eletrônico e Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

ALVES, Vorster Queiroga. **O desenvolvimento de prontuário eletrônico na perspectiva de médicos e usuários: um estudo dos hospitais da cidade de Campina Grande – PB.** 215 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

This study deals with the development and implementation of the electronic patient records in hospitals in the city of Campina Grande –PB. First of all, an attempt was made to identify hospitals that have computerized hospital information systems and that are in the development and implementation phases of the electronic medical records. After that, the attempt was to analyze the participation of the doctors and users and their perception about the electronic medical records in these hospitals. Five hospitals were chosen for the study, and a group of doctors, hospital administrators, managers and system operators were selected. A total of 56 people were interviewed, separated by professional groups. A qualitative content analysis based in Gläser and Laudel (2004) was used. Based on this methodology, the interviews were selected and transcribed with descriptions of the relevant parts related to the research problem of the study. With the interviews it was discovered that there is no planning about investments in information technology and systems implementation. In addition, there is no integration and accurate development of the electronic patient record to attend the real conditions of each hospital. The generalization or standardization of methods becomes a regular approach in the researched hospitals, contrary to the medical practice. Therefore there are still discrepancies between doctors and users views about the real utilization of the electronic medical record, and the need to integrate both views in order to improve the electronic medical record so as to attend the real needs of each health institution.

Keywords: Information, Hospital Information Systems, Electronic Record and Qualitative Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de Informação Hospitalar Integrado	22
Figura 2: Cartão de usuários do SUS	50
Figura 3: Cartão de profissionais do SUS	50
Figura 4: Terminal de Atendimento SUS – TAS (Versão 1)	55
Figura 5: Terminal de Atendimento SUS – TAS (Versão 2)	55
Figura 6: Arquitetura do Sistema Cartão Nacional de Saúde	57
Figura 7: Questões de pesquisa no processo de pesquisa	97
Figura 8: Princípio da análise de conteúdo qualitativa	105
Figura 9: Etapas da análise de conteúdo qualitativa, baseada em Gläser e Laudel (2004)	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Decisões relativas à amostragem no processo de pesquisa	88
Quadro 2: Amostragem teórica <i>versus</i> amostragem estatística	89
Quadro 3 : CLIPSI - Hospital Geral	90
Quadro 4: Hospital Antônio Targino	91
Quadro 5 : Clínica Santa Clara	91
Quadro 6: Hospital João XXIII	92
Quadro 7: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	92
Quadro 8: Classificação terminológica de formas de entrevistas qualitativa .	99
Quadro 9: Diferenças entre análises de conteúdo	104
Quadro 10: Grupo de pesquisa, variáveis e suas respectivas dimensões antes da extração	107
Quadro 11: Grupo de pesquisa, variáveis e suas respectivas dimensões durante a extração	111
Quadro 12: Variável desenvolvimento e implementação e suas respectivas dimensões	117
Quadro 13: Variável Treinamento e suas dimensões	164
Quadro 14 – Variável Participação	174

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADSUS – Cadastro e Manutenção de usuários do SUS

CADWEB – Cadastramento de usuários SUS via Web

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Cartão Nacional da Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIS– Departamento de Informática em Saúde

EPR - Electronic Patient Records

HER – Eletronic Health Record

HOSPUB – Sistema Integrado de Informatização de Ambulatório Hospitalar

IOM – Institute of Medicine

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

O.M.S – Organização Mundial da Saúde

PASEP – Programa de Assistência ao Servidor Público

PDV – Ponto de Venda

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PIS – Programa de Integração Social

PLANIN – Plano Nacional de Informática e Automação

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RISPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde

RNIS – Rede Nacional de Informação para a Saúde

SBIS – Sociedade Brasileira de Informática em Saúde

SESP – Secretaria de Estado da Segurança Pública

SI – Sistema de Informação

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIS – Sistema de Informações em Saúde

SISVAN – Sistema de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional

SNIS – Sistema Nacional de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAS – Terminal de Atendimento SUS

TI – Tecnologia da Informação

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. JUSTIFICATIVA	18
1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	23
1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO	25
1.3.1 Objetivo geral.....	25
1.3.2 Objetivos específicos	25
1.4. DESAFIOS E LIMITAÇÕES	26
1.5. PREMISSA NORTEADORA	26
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	28
 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	 31
2.1 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	31
2.1.1 Evolução do Prontuário Médico	34
2.1.2 Desenvolvimento do Prontuário Eletrônico	36
2.1.3 Comparando o Prontuário de Papel com o Prontuário Eletrônico	38
2.1.4. Vantagens do Prontuário Eletrônico	40
2.1.5 Normas Técnicas do Conselho Federal de Medicina (CFM)	42
2.1.5.1 Novas Normas Técnicas	44
2.1.5.2 Certificação dos Sistemas	45
2.1.6. Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cartão SUS	46
2.1.6.1 Objetivos do Cartão Nacional de Saúde	50
2.1.6.2 Bases Conceituais	51
2.1.6.3 Diretrizes de Implantação	53
2.1.6.4 Terminal de Atendimento SUS - TAS	54
2.1.6.5 Arquitetura Geral do Sistema	55
2.1.6.6 Gastos com CNS na Saúde	57
2.2 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: UMA NOVA VISÃO	58
2.2.1 Infra-estrutura do Prontuário Eletrônico	60
2.2.2 Integração	63
2.2.3 Desenvolvimento	65
2.2.3.1 Casos de prontuários	67
2.2.3.2 Segurança	68

2.2.3.3 Comunicação	70
2.2.4 Barreiras	72
2.2.5 Discussões sobre Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)	73
3. PLANO METODOLÓGICO DO ESTUDO	80
3.1 Caracterização da Pesquisa	81
3.1.1 Quanto a Natureza	82
3.1.2 Quanto à abordagem	83
3.1.3 Quanto ao enfoque	85
3.2 Delimitação da Pesquisa	86
3.2.1 Universo	86
3.2.2 Amostra	87
3.3 Estratégia de Coleta de Dados	94
3.3.1 Questões da Pesquisa	95
3.3.1.1 Questões Gerais da Pesquisa	97
3.3.2 Dados Primários	98
3.3.3 Dados Secundários	100
3.4 Estratégia de Tratamento de Dados	101
3.4.1 Métodos Qualitativos	101
3.4.2 Análise de Conteúdo	103
3.4.2.1 Preparação da Extração	106
3.4.2.2 Extração	109
3.4.2.3 Preparação dos Dados	111
3.4.2.4 Avaliação	112
3.5 Limitações da Pesquisa	114
4. ANÁLISE E RESULTADOS DA PESQUISA	116
4.1 Desenvolvimento e Implementação	116
4.1.1 Informatização	117
4.1.2 Padronização.....	125
4.1.3 Custo	133
4.1.4 Dificuldades	143
4.1.5 Agilidade	153

4.2. Treinamento	164
4.2.1 Despreparo	164
4.2.2 Resistências	170
4.3 Participação.	174
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
5.1 Recomendações aos Hospitais	189
5.2 Sugestões para estudos futuros	190
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192
APÊNDICE	197
ANEXO	199

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação estão enveredando, a cada dia, em direção à área médica, principalmente no tocante ao desenvolvimento de sistemas de arquivos médicos computadorizados. Um exemplo prático é o projeto de informática médica desenvolvido em países de primeiro mundo, com o objetivo de automatizar o prontuário do paciente.

Porém, é comum encontrar sistemas que acompanham o modismo do mercado e não atendem às reais necessidades dos hospitais. A falta de sucesso dos sistemas de informação hospitalares, geralmente deve-se à falha dos planejadores de sistemas em entender o fluxo de dados clínicos, além da não inclusão do usuário e profissionais médicos no processo de desenho e implementação dos sistemas, contribuindo também, para o insucesso dos sistemas de informação e a falta de recursos destinados à automatização dos hospitais.

A literatura vem apontando a existência de grandes dificuldades no desenvolvimento dos Sistemas de Informação Hospitalar. Alguns desses problemas decorrem do fato de a informática médica ser uma área relativamente nova e, além disso, dos profissionais que trabalham nesta área terem, em geral, formação em Matemática e em Ciências da Computação. A falta de profissionais bem treinados nesta área produz uma significativa distância entre a comunidade médica e os técnicos, os quais usualmente não entendem a linguagem médica e ignoram as suas prioridades.

Nesse contexto, surge o Prontuário Médico Computadorizado ou Prontuário Eletrônico, que traz com a informatização os conceitos iniciais do prontuário

tradicional de papel e que desempenha uma função fundamental na qualidade da assistência médica, além de apoiar os procedimentos de ensino e pesquisa médica. A sua incorporação aos sistemas de informação hospitalar representa, inicialmente, um grande passo na busca pela melhoria da qualidade da assistência médica e a redução dos seus custos.

Quando se fala de Prontuário Eletrônico, destaca-se o desenvolvimento de um sistema abrangente, que permite introduzir rapidamente dados, ajudando a reduzir erros e a padronizar os planos de cuidados, como também traz a vantagem de se ter todas as informações dos pacientes arquivadas através de uma ferramenta que possibilita acesso rápido e eficiente.

Apesar do reconhecimento de que o prontuário eletrônico passou a ser visto como uma necessidade para um gerenciamento eficiente dos serviços de saúde, bem como para a organização e procedimento da informação, existem vários problemas relativos à sua implementação e uso. Dentre esses problemas, a entrada das informações clínicas e sobre o paciente diretamente pela comunidade médica é considerada um dos maiores obstáculos para a utilização do prontuário eletrônico.

Questões relacionadas com o projeto do prontuário são também bastante relevantes, pois um projeto inadequado pode trazer mais desvantagens do que as trazidas pelo uso de um prontuário tradicional. Logo, deve existir uma preocupação com o uso de uma metodologia adequada para o seu desenvolvimento, garantindo, assim, que todas as necessidades dos usuários e da empresa sejam atendidas.

Outro aspecto fundamental para a aceitação e o uso desses sistemas é a existência de uma interface adequada homem-computador. Nesse contexto, se faz necessário o entendimento que, para a construção e desenvolvimento do Prontuário

Eletrônico, é imprescindível uma maior interação entre médicos e analistas de sistemas, com o intuito de diminuição dos custos, rapidez nas respostas e melhor aproveitamento dos sistemas construídos (PRATT et al., 2004)

Atualmente, existem, nos EUA e na Europa, iniciativas relevantes tanto no nível acadêmico quanto no nível da iniciativa privada, que buscam soluções para os problemas relacionados com a construção do prontuário eletrônico. Contudo, é nos países Escandinavos que se encontram as propostas mais relevantes quanto ao desenvolvimento de prontuários eletrônicos, direcionados para uma visão social do uso da tecnologia, buscando a integração entre os sistemas de informação de saúde, diferentemente do que ocorre em outros países do mundo, conforme a literatura recente (COEIRA, 2000; LAERUM, ELLINGSEN E FAXVAAG 2001; LAERUM E FAXVAAG, 2004; ÜCKERT et al., 2004; NIKULA, 2005) e que se torna a base para a construção da fundamentação teórica deste estudo.

Os desafios e as dificuldades existem quanto ao desenvolvimento do prontuário eletrônico, mas é importante ressaltar que, para criar e implementar sistemas de registro de paciente, um elemento importante a ser reconhecido e consultado é o usuário dos sistemas hospitalares (COEIRA, 2000).

1.1. JUSTIFICATIVA

A Tecnologia da Informação vem expandindo sua área de atuação e está proporcionando uma nova infra-estrutura para várias atividades produtivas e comunicativas de vital importância para a vida organizacional e entre elas, encontra-se a área de saúde.

As organizações buscam continuamente métodos, ações e soluções para o ganho de mercado. A Tecnologia da Informação surge ou está sendo divulgada como uma alternativa cara, porém lucrativa, para os problemas enfrentados por cada nível de atividade da organização.

Mas, a informatização não deve ser considerada como o esforço máximo para as dificuldades enfrentadas, pois qualquer organização que aplique uma estrutura e estratégia informatizante enfrentará uma variedade de barreiras organizacionais.

Segundo Zuboff (1994, p. 91), “uma estratégia informatizante requer uma visão abrangente que avalie as possibilidades únicas da tecnologia inteligente e que reconheça a necessidade de utilizar a organização para liberar essas possibilidades”.

Mesmo observando e analisando o desenvolvimento de Sistemas de Informação, Rodrigues Filho (2001, p. 98) comenta que “mais de 60% da Tecnologia da Informação projetada para as organizações hoje são falhas, por não atenderem as suas reais necessidades de utilização”.

Além do mais, o desenvolvimento de sistemas que efetivamente apóiem a decisão e o gerenciamento das informações da organização implica compreender o processo existente como sendo humano, complexo, envolto por variáveis de naturezas diversas, que se inter-relacionam de forma tanto previsível quando imprevisível, de forma tranqüila ou turbulenta. Assim,

O desenvolvimento de Sistemas de Informação (SI), como qualquer outra atividade humana, envolve necessariamente suposições explícitas ou implícitas. Ou seja, diferentes tipos de princípios são considerados durante o desenvolvimento de SI's e, dependendo daqueles adotados, diferentes perspectivas podem ser identificadas. (POZZEBON e FREITAS, 1997, p. 88)

Cada abordagem dos tipos de princípios que são considerados durante o desenvolvimento de SI's possui diferentes filosofias implícitas que podem levar a opções radicalmente diferentes em termos de características de projeto, estratégias de implementação, satisfação do usuário e uso dos sistemas.

Após abordar a necessidade de abranger mais a visão das diversas forças que agem nas organizações e que influenciam o desenvolvimento de SI, Walsham (1995) ressalta que diferentes enfoques ou paradigmas podem ser identificados na análise e desenvolvimento de Sistemas de Informação (SI), dependendo das suposições filosóficas adotadas, com cada um deles apresentando diferentes resultados.

O enfoque limitado dos desenvolvedores de software acaba por conceber e promover tecnologias de pouca utilidade e de elevado custo para o mercado, além de obscurecer a necessidade de conhecimento da dimensão social, que é indispensável a uma melhor e mais apropriada compreensão do desenvolvimento e utilização dos sistemas de informação.

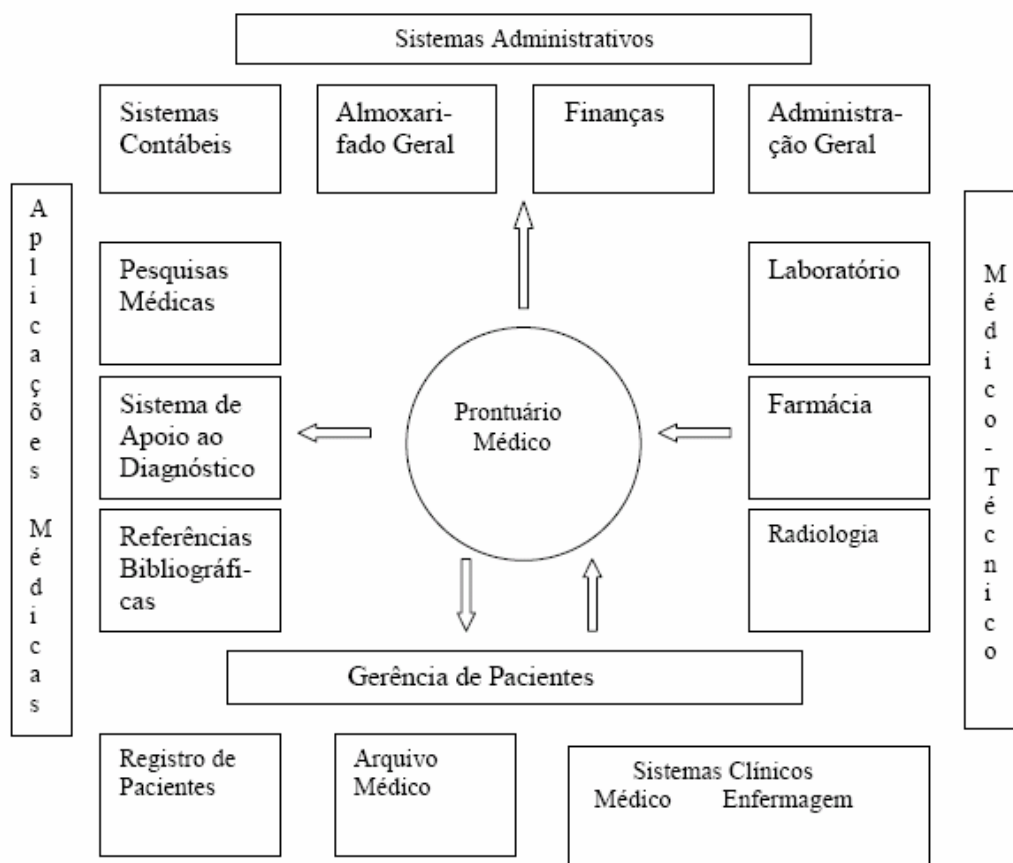
Nikula (2005) comenta que a maioria das mudanças e inovações ocorridas para o uso das tecnologias acontece dentro da armação tecnológica existente, em que a nova tecnologia absorve a antiga estrutura, através das inovações ou mudanças; ou seja, as tecnologias e sistemas implantados acabam ocupando os sistemas e estruturas já existentes, não promovendo nenhuma observância em relação ao meio ambiente e o lado humano da organização, tornando-se uma estrutura idêntica, sem diferencial interpretativo e com as mesmas bases conceituais anteriores.

Todo esse direcionamento a uma visão tecnicista dos Sistemas de Informação tem demonstrado que os sistemas desenvolvidos acarretam dificuldades freqüentes no tocante ao seu uso e desenvolvimento, além de ignorarem a dimensão social.

Assim sendo, é necessário considerar que a quebra do paradigma positivista e a ampliação da visão do desenvolvimento de Sistemas com uma abordagem social levam a discussões, abrindo as portas para novas perspectivas, para estudar de forma crítica os riscos e as possibilidades dos sistemas de informação e sua evolução para uma visão social e interpretativa.

Coiera (2000) destaca que, em contraste com a visão computacional de apoio à decisão, existe a visão sociável, que enfatiza a interação social em cuidado médico e vê o compartilhamento e a interpretação de informações como um processo interativo que emerge nas instituições de saúde.

Na área de saúde, tal visão não poderia ser diferente. Mas com a utilização correta do potencial e com o avanço da tecnologia, a integração de sistemas (Figura 1) facilitou a automação das áreas inerentes à saúde, compondo os Sistemas de Informação Hospitalar (S.I.H). Logo, as informações necessárias para suprir os objetivos e necessidades operacionais dos setores em uma unidade hospitalar passaram a ter uma maior integração e interação, assim permitindo total acesso às informações produzidas em cada setor do hospital, maior agilidade em pedidos de exames, localização rápida e fácil acesso ao histórico clínico do paciente, possibilitando a recuperação de diagnósticos, internações, consultas ambulatoriais, exames antigos ou cirurgias realizadas.



Fonte: Rodrigues Filho, Xavier e Adriano (2001)

Figura 1: Sistema de Informação Hospitalar Integrado

Infelizmente, no Brasil, ainda está no início a compreensão do campo de estudo em S.I. na área de saúde, pois é quase inexistente o debate sobre os méritos, a integração dos sistemas de informação hospitalar e as falhas da pesquisa em sistemas de informação, ao contrário do que acontece em países desenvolvidos.

Apesar das dificuldades e dos problemas enfrentados, os estudos mais aprofundados e a pesquisa em Sistemas de Informação Hospitalar cada vez mais enveredam para a discussão sobre a Tecnologia da Informação na área Hospitalar, mais precisamente na abordagem dos Prontuários Eletrônicos, que é o ponto crucial de atuação desta pesquisa.

Tal retrospectiva torna-se necessária para entender o desenvolvimento e surgimento dos Sistemas de Informação Hospitalar e dos prontuários eletrônicos, além de mostrar o quanto determinados fatores influenciam e dificultam diretamente o trabalho de automação do prontuário médico e o quanto se torna importante educar os profissionais de saúde para lidar com a tecnologia da informação, sobretudo os que interagem com o prontuário médico do paciente.

1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

No Brasil, a tecnologia começa a influenciar com profunda extensão os serviços hospitalares, havendo um questionamento sobre a utilização de sistemas de informação hospitalar dentro de uma perspectiva não mais tecnológica, mas de uma transformação social, que tende a considerar as condições, meios e fatores relacionados e que influenciaram o desenvolvimento do Sistema de Informação Hospitalar.

Nesse cenário, emergem tendências de reorganização no desenvolvimento de sistemas direcionados à área de saúde. Entre eles, os que chamam maior atenção e geram maiores discussões são os Prontuários Médicos Computadorizados, pois se busca um reposicionamento dos atores envolvidos nessa questão.

Também conhecidos como Prontuários Eletrônicos, os Prontuários Médicos Computadorizados ainda passam por uma fase conturbada em seu desenvolvimento. O baixo padrão dos sistemas e dos Prontuários Eletrônicos é apontado, em uma instituição de saúde, como uma barreira gerada pela falta de

entendimento correto das interações e influências sofridas e que atingem o prontuário médico.

As barreiras podem ser de ordem técnica, padrões na área médica, além de barreiras de ordem organizacional e humana como: educação, treinamento dos usuários e, até mesmo, a participação dos usuários no desenvolvimento dos sistemas (ÜCKERT et al.,2004).

Serafeimidis e Smithson (2003) comentam que a evolução e o desenvolvimento dos Sistemas de Informação, de um modo geral, são complexos, pois, na maioria das vezes, as linhas de pensamento e filosofias existentes na área costumam separar o contexto organizacional e humano do desenvolvimento desses sistemas. Esse é um erro comum e que causa a não praticidade dos sistemas, na maior parte das organizações de saúde no mundo.

Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) enfatizam que a participação dos médicos e usuários é considerada importantíssima para o aprimoramento dos Prontuários Eletrônicos, além de torná-los mais adaptáveis às reais condições da organização e às mudanças crescentes da área médica e de saúde.

Em geral, procura-se estabelecer um estudo com um caráter mais direcionado à participação dos médicos e usuários em todas as etapas de desenvolvimento dos sistemas, dando um caráter mais social, que caracteriza uma quebra de paradigma da estrutura atual, abordando um estudo interpretativo do entrelaçamento entre os médicos e os usuários.

O aprimoramento e a melhor estruturação desses sistemas da área hospitalar passam a ser um grande desafio para os profissionais da área de saúde, pois o

aperfeiçoamento desses sistemas acarreta uma diminuição nos custos operacionais do hospital e um melhor gerenciamento de todas as informações, inclusive as referentes ao Prontuário Médico do Paciente.

Tais mudanças tornam-se necessárias, para demonstrar o quanto é possível desenvolver prontuários eletrônicos mais precisos e que atendam às reais necessidades das empresas. A utilização de uma abordagem técnica dos desenvolvedores e administradores de sistemas já mostrou que os sistemas desenvolvidos não agregam valor real às instituições, além de continuar gerando discussões sobre os altos custos e a inaplicabilidade de tais sistemas.

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a participação dos médicos e usuários no desenvolvimento e implementação do Prontuário Eletrônico em Hospitais da cidade de Campina Grande – PB.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Estudar os Hospitais que possuem Sistema de Informação Hospitalar;
- Investigar os hospitais que desenvolvem Prontuário Eletrônico;
- Identificar os operadores e médicos que trabalham com os prontuários médicos nos hospitais.

1.4. DESAFIOS E LIMITAÇÕES

Em toda e qualquer pesquisa realizada, existem desafios e limitações. Neste estudo, podem-se destacar alguns pontos que se apresentam como limitações para a investigação:

- A participação efetiva dos médicos no planejamento e desenvolvimento dos sistemas;
- O desconhecimento dos médicos em relação ao prontuário eletrônico; e
- Despreparo dos operadores em relação à utilização do novo sistema.

Cabe ressaltar que o estudo apresenta-se como uma análise holística, pois observa a interação existente entre os usuários e os sistemas existentes em cada instituição de saúde pesquisada, promovendo o entendimento do contexto em que os prontuários eletrônicos estão sendo implantados.

Como desafio, cabe destacar o ineditismo da pesquisa nos hospitais na cidade de Campina Grande, com o tema Prontuário Eletrônico do Paciente.

1.5. PREMISSE NORTEADORA

Com base no que foi estabelecido na justificativa e descrito na problematização do projeto, existem, quanto ao desenvolvimento do Prontuário Eletrônico nos hospitais, alguns pressupostos norteadores do presente estudo:

- Aspectos da tecnologia – o desenvolvimento de Prontuário Eletrônico depende diretamente dos sistemas de informação das instituições que serão

estudadas. A tecnologia é um dos itens de primordial importância da adaptação dos usuários e das atualizações futuras do sistema;

- Aspectos dos usuários – a utilização dos sistemas por usuários influencia a qualidade dos sistemas em relação às informações requeridas, além de haver uma necessidade de treinamento mais específico para o direcionamento das funções inerentes ao Prontuário Eletrônico. Consideram-se operadores os indivíduos que administram os sistemas de informações hospitalar e gerenciam os prontuário eletrônicos;
- Aspectos dos Médicos – a evolução ou transição do prontuário de papel para o prontuário eletrônico influencia os médicos da instituição de saúde que, por sua vez, também influenciam o prontuário eletrônico, pois, a partir do momento que a nova tecnologia for implantada, os médicos terão que trabalhar diretamente com o sistema. Não se considera aqui o médico como um usuário do sistema, mas como um elemento que gera informações para serem inseridas pelos usuários;
- Aspectos dos Sistemas de Informação Hospitalar – no desenvolvimento do prontuário eletrônico, não é todo S.I.H (Sistema de Informação Hospitalar) que absorve esse tipo de tecnologia, pois ainda é necessário um estudo de integração e direcionamento das tecnologias para que as linguagens de programação e estrutura física dos sistemas interajam, sem causarem problemas aos sistemas já existentes.

Através dos pontos da premissa norteadora descritos, será possível aprimorar e direcionar a pesquisa a um ponto mais específico do projeto, que são as ações que influenciam diretamente o desenvolvimento, implementação e aplicação do

Prontuário Eletrônico nos Hospitais, além de integrar, com maior facilidade e menor recusa, os sistemas de informação hospitalar.

1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A estrutura da dissertação está organizada em cinco capítulos, descritos resumidamente a seguir.

Primeiramente, é fornecida uma introdução do estudo, para entendimento prévio e facilitação da contextualização do assunto e dos pontos abordados na dissertação.

No primeiro capítulo, são fornecidas as justificativas que levaram a pesquisa ao direcionamento do tema e à escolha da investigação do fenômeno; a definição do problema de pesquisa; a definição dos objetivos geral e específicos; as questões de pesquisa; as limitações do estudo e a estrutura da dissertação.

O segundo capítulo apresenta a revisão da literatura, contemplando quatro sub-capítulos que versam sobre o uso da informação na saúde, a tecnologia da informação direcionada à área de saúde, os sistemas de informações utilizados nos hospitais e os prontuários eletrônicos. Os conteúdos destes sub-capítulos descrevem uma síntese do pensamento dos autores contemporâneos da área como referenciais teóricos para o estudo.

No terceiro capítulo, são expostos o método, e a metodologia da pesquisa e sua aplicação na condução da investigação, definida pelos objetivos previamente estabelecidos. Apresentam-se as reflexões e definições de aplicação quanto ao método qualitativo, os níveis de pesquisa - exploratória e descritiva, o universo e a

amostragem, as fontes e instrumentos de coleta de dados e o tratamento e análise dos dados.

O quarto capítulo contém os resultados e análises das entrevistas, descreve os resultados obtidos e dá explicações detalhadas da instrumentação qualitativa usada na análise.

Por fim, no quinto capítulo, apresentam-se as considerações gerais do estudo e as recomendações para futuras pesquisas.

The background of the slide features a soft-focus photograph of medical supplies. In the foreground, a clear plastic pill bottle with a white screw cap is visible, containing several red, oval-shaped tablets. Behind it, another similar bottle is slightly out of focus. The overall color palette is warm, with shades of orange, peach, and light brown. The title text is overlaid on this background.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em qualquer estudo de cunho científico, existe a necessidade de unir a coleta do material empírico à consulta bibliográfica do material coletado. Nesse sentido, com o intuito de promover uma melhor interação entre os dois meios, abordando com maior ênfase as referências teóricas, buscou-se a conceituação dos autores em destaque neste estudo, para melhor fundamentar os temas escolhidos e elucidar os questionamentos existentes.

2.1 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

O Prontuário Médico é também comumente conhecido como o prontuário do paciente. É importante destacar que o mesmo é um elemento crucial para o atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir a informação necessária para garantir a continuidade dos tratamentos prestados aos pacientes. Torna-se o local onde ficam registradas as informações relativas ao atendimento do paciente e tem um papel fundamental na qualidade da assistência médica, além de apoiar os procedimentos de ensino e pesquisa médica.

Vale salientar que a abordagem direcionada à fundamentação teórica compõe-se da visão de autores como: Coiera (2000), Laerum, Ellingsen e Faxvaag (2001), Nilsson, Grisot e Aanestad (2002), Monteiro (2003), Laerum e Faxvaag (2004), Pratt et al. (2004), Ückert et. al (2004) e Nikula (2005), que buscam uma interpretação social dos sistemas de informação hospitalar e que defendem um direcionamento da integração dos sistemas de informação em saúde em cada país

com a estrutura física e humana, buscando as soluções propícias para os problemas relacionados à construção do prontuário eletrônico.

Contudo, a implementação do prontuário eletrônico em organizações de saúde ainda parece ser uma tarefa difícil, pois continuamente envolve variáveis nas organizações que influenciam o desenvolvimento e implementação dos sistemas nos hospitais (BERG, 2001).

Berg (2001) comenta que existem alguns fatores que, freqüentemente, impedem a implantação do prontuário eletrônico nas entidades de saúde, tais como: o processo de transformação mútua, pois os dois lados (instituição e tecnologia) são influenciados e transformados durante o processo de implementação; a falta de apoio dado pela administração e pelos usuários da instituição ao processo de implantação; e, por último, o sistema de informação, que deve ser compreendido como um agente de mudança e não simplesmente como uma mudança forçada.

Ressalta-se que a implementação de sistemas de informação na área de saúde torna-se um caminho de riscos, pois há muitas histórias de fracassos e poucas de sucesso, quando relacionadas à tecnologia utilizada no largo das instituições de saúde (BERG, 2001; PRATT et al., 2004; NIKULA, 2005).

Ainda são muitos os problemas descritos na literatura sobre a inadequação do sistema de informação nas empresas, pois os assuntos organizacionais são fundamentais, mas ainda geram dificuldades técnicas que podem gerar resultados mal administrados no desenvolvimento. Quando os usuários não são envolvidos suficientemente no processo de desenvolvimento e implantação, a interface dos sistemas com o usuário pode ficar inadequada, provocando conflitos entre grupos organizacionais e dentro da própria empresa (BERG, 2001).

Esses são apenas alguns exemplos da inter-relação profunda que existem entre os aspectos técnicos e social, que envolvem a organização no desenvolvimento de sistemas. “Problemas técnicos podem ter raízes organizacionais, e resultar em conflitos organizacionais” (BERG, 2001, p. 145).

Na área de saúde, são comumente levantadas teorias, introduzidas alternativas e pontos de vista para ajudar no crescimento organizacional e no desenvolvimento de tecnologias, negligenciando o fato de que a implementação fundamentalmente afetará o cuidado médico e a estrutura organizacional. Logo, no Brasil, o desenvolvimento do prontuário médico eletrônico deve ser apresentado e direcionado, pensando na integração ao Sistema Único de Saúde. Nesse caso, torna-se importante a contextualização e a descrição de normas e atributos técnicos do Ministério da Saúde sobre o sistema de informação de saúde nacional que está sendo implantado (Cartão SUS) e também das normas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, como forma de auxiliar as ações e o preenchimento dos campos referentes ao prontuário eletrônico nas organizações em todo o país, evitando que contradições e conflitos entre os sistemas, organização e usuário sejam comuns nas entidades de saúde.

Portanto, para um melhor entendimento do tema abordado e da visão direcionada ao funcionamento e utilização do prontuário médico, torna-se importante uma retrospectiva histórica do seu surgimento até aos dias atuais, na visão de Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).

2.1.1 Evolução do Prontuário Médico

Segundo Van Bommel (1997), o prontuário médico em papel vem sendo usado há muitos anos. Na Grécia antiga, no século V a.C., Hipócrates já estimulava os médicos a fazerem registros escritos, dizendo que o prontuário tinha dois propósitos: refletir de forma exata o curso da doença e indicar as possíveis causas das doenças. Essa idéia continuou até o início do século XIX, quando os médicos basearam-se em suas observações e, conseqüentemente, em suas anotações, no que ouviam, sentiam e viam, e as observações eram registradas em ordem cronológica, estabelecendo, assim, o chamado prontuário, orientado pelo tempo, que continua em uso até os dias atuais.

De acordo com Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), William Mayo foi um dos grandes responsáveis pela evolução e aprimoramento do Prontuário Médico, pois em 1880, em sua clínica em Minnesota, nos Estados Unidos, acompanhado de um grupo de colegas, formou a Clínica Mayo, onde começou a observar que a maioria dos médicos mantinha o registro de anotações das consultas de todos os pacientes em forma cronológica em um documento único. O conjunto de anotações trazia dificuldade para localizar informação específica sobre um determinado paciente. Assim, em 1907, a Clínica Mayo adota um registro individual das informações de cada paciente, que passaram a ser arquivadas separadamente. Isto dá origem ao prontuário médico centrado no paciente e orientado ainda de forma cronológica.

Apesar da tentativa de padronização, o prontuário ainda continha e contém, até hoje, uma mistura considerável de informações, de forma muitas vezes desordenada, e nem sempre é fácil obter uma clara informação sobre a evolução do

paciente, principalmente daqueles que possuem mais de uma enfermidade ou múltiplos problemas de saúde.

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, freqüentemente as atividades de atendimento ao paciente acontecem em diferentes locais, influenciando diretamente a composição e clareza das informações contidas nos prontuários.

Por sua vez, as múltiplas informações de diferentes fontes, como também os procedimentos realizados pelos diversos profissionais individualmente envolvidos, geram outras tantas informações, que vão garantir a continuidade do processo de cuidado.

De acordo com Massad, Marin e Azevedo Neto (2003; p.02),

Atualmente entende-se que o prontuário tem como funções: 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; é o registro legal das ações médicas; deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade); deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo.

A estrutura computacional que surge oferecendo solução para o registro de informações é o chamado Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que é uma forma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde em distintos locais. Assim, deve ser entendido como sendo uma estrutura eletrônica para união de todas as informações sobre o estado de saúde e o cuidado

recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de permanência em uma entidade de saúde.

2.1.2 Desenvolvimento do Prontuário Eletrônico

Com o aprimoramento das tecnologias e o surgimento dos computadores, como também a sua disponibilização à área médica, os gestores em saúde perceberam o potencial da tecnologia. Nos anos subseqüentes, pesquisadores desenvolveram programas de computador para diversas aplicações e a informática médica surgiu como um campo de pesquisa interdisciplinar, dedicado ao uso da Tecnologia da Informação na medicina.

Atualmente, o prontuário eletrônico é considerado uma memória eletrônica que pode ser constantemente atualizada, já que as informações relacionadas ao paciente, além de serem acessíveis em computadores em redes, são obtidas de diferentes fontes, desde a administração, passando pelas enfermeiras até chegar aos médicos.

Segundo Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), o prontuário de um paciente é considerado um valioso documento jurídico e se constitui a ferramenta fundamental para a memorização e comunicação entre os provedores de atenção à saúde do doente. Usado individualmente, contribui diretamente para o processo da decisão médica; usado coletivamente, representa a experiência e conhecimento dos múltiplos profissionais de saúde e pode, ainda, ser usado como instrumento de avaliação, auditorias, pesquisas e planejamentos.

A constituição das informações contidas no prontuário eletrônico é complexa, mas o prontuário em seu conteúdo deve incluir dados sócio-demográficos, história e

evolução clínica, resultados de exames, diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, intervenções terapêuticas, relatórios de enfermagem, dietas nutricionais, tratamentos fisioterápicos, o sumário de alta e outros dados mais.

Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) defendem que o Prontuário Eletrônico do Paciente (**PEP**) pode ser facilmente adequado à rotina do hospital e representa uma revolução cultural junto aos profissionais de saúde; Além disso, supera as várias deficiências e desvantagens do prontuário tradicional, como a falta de sistematização, redundâncias, duplicidade de informações, ilegibilidade das letras, principalmente dos médicos, falta de padronização na codificação dos dados, inconsistência do formato e localização, sem contar o grau de dificuldade para a elaboração de trabalhos de pesquisas.

Entretanto, o que emperra hoje o desenvolvimento do Prontuário Eletrônico é a ausência de um consenso em relação às informações que devem estar contidas no prontuário informatizado e de que maneira elas devem ser disponibilizadas aos profissionais da área, já que muitas dessas informações são estritamente confidenciais.

A pesquisa e desenvolvimento do Prontuário Eletrônico do Paciente ou Registro Clínico Computadorizado é uma tendência crescente que provém da conscientização da complexidade na manipulação das informações clínicas que, pelos seus objetivos, passam a atuar de maneira decisiva para a melhoria da qualidade do atendimento e a maior promoção da interação entre os profissionais de saúde.

Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) lembram que, além de apresentar várias definições, o prontuário eletrônico também recebe diferentes denominações, que embora sendo usadas como sinônimos, possuem algumas diferenças: registro

eletrônico do paciente, registro do paciente baseado em computador e registro eletrônico de saúde.

Essas diferenças na denominação não fazem com que o Prontuário Eletrônico seja visto como tendo uma funcionalidade completamente nova e sim, como uma evolução dos sistemas de informação. Isso se dá com a inclusão cada vez maior de informações relacionadas com o paciente nos sistemas de informação hospitalar, trazendo como consequência uma maior utilização desses sistemas nas atividades clínicas.

Os profissionais da área de saúde reconhecem que o Prontuário Eletrônico passou a ser visto como uma necessidade para o gerenciamento das instituições de saúde, bem como para a organização e o processamento das informações, mas que ainda existem vários problemas relativos à sua implementação e uso.

2.1.3 Comparando o Prontuário de Papel com o Prontuário Eletrônico

A incorporação do Prontuário de Papel aos sistemas de informação hospitalares é reconhecida como um grande passo na busca para a melhoria da qualidade da assistência médica e para a redução de custos na área de saúde.

Porém, mesmo com toda a evolução dos prontuários, ainda existem comparações entre os dois modelos, por existirem discussões no que se refere ao desenvolvimento do Prontuário Eletrônico.

Segundo a Bibliomed (2002, p.5), um prontuário eficiente é aquele que:

(...) deve permitir a reconstrução histórica completa e correta do caso do paciente, ou seja, contenha todas as informações necessárias para o acompanhamento e diagnóstico da doença do paciente, além de possibilitar o suporte à continuidade da assistência e a intercomunicação escrita auto-suficiente entre os membros da equipe que cuidam do paciente.

A Bibliomed (2002) afirma também que o prontuário precisa ainda possibilitar a documentação necessária para o controle e auditoria dos processos de assistência, assim como a recuperação de todas as informações necessárias para fins éticos e jurídicos. Dessa forma, um bom prontuário deve dar bases para que se façam pesquisas em cima dos casos clínicos.

Na estruturação das informações de um prontuário médico, o prontuário de papel sofre algumas desvantagens, entre elas, cita-se: a ilegibilidade da letra de quem fez anotações; o volume excessivo de informações e sua dificuldade de armazenamento, resultando em deteriorização; dificuldade de acesso; a multiplicidade de pastas; a dificuldade de pesquisa coletiva; a falta de padronização etc.

Diferentemente, os usuários que defendem o prontuário de papel, apontam alguns problemas ocasionados pelo Prontuário Eletrônico, entre eles: exige treinamento para manuseio, diferentemente do de papel; sai, de vez em quando, do ar; não permite a forma livre de anotações; etc. (MASSAD, MARIN E AZEVEDO NETO, 2003 e BIBLIOMED, 2002).

Nesse contexto de comparativos entre os dois prontuários, destaca-se o princípio básico de construção do Prontuário Eletrônico, que se baseia na integração das informações clínicas e administrativas de pacientes individuais. Assim, 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 hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um.

2.1.4. Vantagens do Prontuário Eletrônico

O modelo de prontuário em papel continua sendo utilizado e defendido na área médica, devido principalmente aos problemas apresentados no desenvolvimento do prontuário eletrônico, no que concerne a sua padronização e informatização dos dados clínicos. Todo esse processo deveria considerar o volume de informações e a estrutura de organização da informação em saúde, cuja estrutura não é mais suficiente para atender às necessidades de tramitação de dados.

Logo, Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) enfatizam que, com esse panorama, sugeriram os desenvolvedores de sistemas que defendem o aprimoramento e evolução do Prontuário Médico e destacam, como ponto forte, as principais desvantagens do prontuário em papel:

- Só pode estar em um lugar ao mesmo tempo;
- O conteúdo é livre, variando na ordem, algumas vezes, é ilegível, incompleto e com informação ambígua;
- Para estudos científicos, o conteúdo precisa ser transcrito, o que muitas vezes predispõe ao erro;
- As anotações em papel não podem disparar lembretes e alertas aos profissionais.

Já, Van Bommel (1997) prefere fazer uma comparação entre o prontuário em papel e o prontuário eletrônico, da seguinte forma:

- Prontuário em papel: pode ser facilmente carregado; maior liberdade de estilo ao fazer um relatório, facilidade para buscar um dado; não requer treino especial, não “sai do ar”, como ocorre com computadores.

- Prontuário eletrônico: simultâneo acesso em locais distintos; legibilidade; variedade na visão do dado; suporte de entrada de dado estruturado; oferece apoio à decisão; apoio à análise de dados; troca eletrônica de dados e compartilha o suporte ao cuidado.

Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) voltam a mencionar que se torna comum também encontrar defensores ferrenhos do Prontuário Eletrônico, que apontam continuamente suas vantagens em relação ao prontuário tradicional de papel, entre elas, pode-se destacar: acesso remoto e simultâneo; legibilidade; segurança de dados; confidencialidade dos dados do paciente; flexibilidade de *layout*; integração com outros sistemas de informação; captura automática de dados; processamento contínuo dos dados; assistência à pesquisa; saídas de dados diferentes; relatórios e dados atualizados.

As vantagens acima mencionadas têm certo destaque no desenvolvimento dos prontuários eletrônicos e na visão estrutural das organizações de saúde, pois têm um direcionamento à visão tecnicista, por destacar apenas os lados positivos em relação aos mecanismos de *Hardware* e *Software*, esquecendo a interação humana nesse processo.

Nessa mesma visão, Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) e Bibliomed (2002) lembram que esse tipo de investimento gera algumas desvantagens, que devem ser observadas pelos gestores da área de saúde e que são mencionadas por alguns pesquisadores, além de questionarem até que ponto torna-se realmente necessário o desenvolvimento de um Sistema de Informação Hospitalar. Entre as desvantagens, pode-se destacar:

- Grandes investimentos de hardware e software e treinamento;
- Resistência à mudança de procedimentos;

- Possibilidade de sabotagens por parte dos usuários;
- Investimento a longo prazo;
- Falhas iniciais tanto de hardware quanto de software;
- Dificuldades para a completa e abrangente coleta de dados.

Apesar das desvantagens apontadas, o prontuário eletrônico apresenta mais condições de apoio à decisão, permitindo o acompanhamento da história clínica do paciente, minimizando a desatenção a detalhes que podem ser muito importantes, assim como possibilita a busca coletiva, a pesquisa e as análises estatísticas, possibilitando à administração dos hospitais a obtenção de informações precisas para a tomada de decisão.

2.1.5 Normas Técnicas do Conselho Federal de Medicina (CFM)

A transferência do modelo de prontuário médico de papel para um modelo de Prontuário Eletrônico encontra alguns entraves em relação às normas e padronização dos dados médicos que devem estar contidos no sistema.

Buscando com isso resguardar as informações contidas nos prontuários médicos, que representam documentos valiosos tanto para o paciente como para o médico e as instituições de saúde, o Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002) aprovou duas resoluções (nºs. 1.638/2002 e 1.639/2002) que normatizam o uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio de prontuários, tornando obrigatória a criação de uma Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde de todo o país.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2002), desde 2000, a Câmara Técnica de Informática em Saúde do CFM analisa os inúmeros questionamentos dirigidos ao órgão acerca do tempo de guarda dos prontuários médicos em papel. Hospitais e clínicas de todo o país demonstravam enfaticamente sua preocupação em saber o que deveria ser feito com os imensos arquivos de prontuários.

Com o intuito de sanar esses problemas, o Conselho Federal de Medicina (2002) elaborou a Resolução nº 1.639 que resolve parte desse problema, ao permitir que, “por meio da microfilmagem ou digitalização dos originais dos prontuários em papel, possa haver um descarte criterioso desses documentos, possibilitando a desocupação do espaço necessário para outras atividades-fim das unidades de saúde”.

Para a elaboração do texto final da resolução, os membros da Câmara Técnica de Informática em Saúde reuniram todas as queixas enviadas ao CFM sobre o assunto e fizeram uma acurada análise dos pareceres e resoluções existentes

sobre o tema, estudando as novas tecnologias e se preocupando com as implicações futuras advindas da implantação da resolução.

Com o apoio da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), foram detalhados todos os aspectos técnicos relacionados à área de Informação em Saúde. A resolução exigiu a necessidade de consulta de toda a legislação internacional pertinente ao tema, em especial, a proposta de lei americana sobre os Padrões para a Privacidade da Informação Identificada em Saúde. Outra colaboração importante veio da equipe de técnicos do Projeto SNIS – Sistema Nacional de Informação em Saúde do DATASUS/Ministério da Saúde, que revisou as normas técnicas do parecer que originou a resolução.

2.1.5.1 Novas Normas Técnicas

O Conselho Federal de Medicina (2002), com a formulação da Resolução nº 1.638, procura definir prontuário médico como sendo,

Documento único, constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, com caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar tanto a comunicação entre os membros de uma equipe multiprofissional como a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Torna-se imperativo lembrar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe ao médico e aos demais profissionais que compartilham do atendimento ao paciente.

As normas técnicas previstas na resolução estão baseadas na norma ISSO/IEC 17799 e no Código de Ética para a Gestão de Segurança da Informação e buscam, segundo o Conselho Federal de Medicina (2002),

(...) garantir a integridade da informação e a qualidade do serviço; as políticas de realização de cópias de segurança; os requisitos para o sistema de banco de dados a serem utilizados; os fatores de privacidade e confidencialidade, enfatizando os aspectos de política de controle de acesso, auditoria e transmissão de dados.

A Resolução nº 1.638 também ajuda a regulamentar o uso dos Sistemas de Informação e do Prontuário Eletrônico nas instituições, ao tornar obrigatória a criação de Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos de saúde, as quais devem ser criadas por designação da Direção do estabelecimento ou por eleição do Corpo Clínico, sempre coordenadas por um médico.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2002), é dever da Comissão “assegurar a responsabilidade de execução, preenchimento e guarda dos prontuários e, ainda, a observação dos itens que obrigatoriamente deverão constar do prontuário registrado em papel ou meio eletrônico” (s/p).

Caso uma instituição de saúde promova a digitalização dos seus prontuários em papel e pretenda descartar os originais, é obrigatória a obtenção do aval dessa Comissão. E, de acordo com a legislação arquivística brasileira, deverá também constituir uma comissão multiprofissional para avaliação dos documentos a serem descartados. Tais comissões farão as avaliações necessárias e decidirão quais documentos devem ser preservados, seja por razões legais, epidemiológicas ou histórico-sociais.

2.1.5.2 Certificação dos Sistemas

O Conselho Federal de Medicina (2002) afirma que a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas definidas pela Resolução nº1.639, está sendo desenvolvida pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Essa certificação procurará ser um instrumento legal para amparar o desenvolvimento e normatização dos sistemas de informação hospitalar e dos Prontuários Eletrônicos em todo o território nacional.

Da mesma forma, o Conselho Federal de Medicina (2002) regulamenta que todas as pessoas físicas, organizações ou empresas que desenvolvam sistemas informatizados para guarda e manuseio do prontuário médico e desejem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir um conjunto de passos elaborados pelo CFM e disponível nos meios eletrônicos (Internet) para todas as instituições de saúde que desejam consulta-lo para regulamentar e implementar sistemas de informação.

O Conselho Federal de Medicina busca, com isso, ajudar no desenvolvimento de sistemas de informação mais precisos e que atendam às reais necessidades das instituições de saúde no país, delimitando normas e ações que guiem os pesquisadores de várias áreas no aprimoramento e direcionamento das ações que normalizem um modelo de Prontuário Eletrônico.

2.1.6. Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cartão SUS

Conforme estabelece a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2006), o Cartão Nacional de Saúde (CNS), também conhecido por Cartão SUS, é um projeto nacional, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de modernizar os instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde, utilizando-se de

tecnologias de ampla difusão, que conjugam informática e telecomunicações, visando prover o Sistema Único de Saúde (SUS) de uma rede integrada de informações para a realização de uma variada gama de operações e captura de informações.

O desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde tem como base os objetivos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em que, segundo o Ministério da Saúde (2001c), foram estabelecidas ações para que todos os membros de uma comunidade tenham direito a serviços essenciais de saúde que sejam disponibilizados à população, com um custo aceitável e tenham a participação integral do governo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também estabelece, em diversos documentos, que o desenvolvimento das ações da concepção de Promoção da Saúde deve ser formulado e implementado em torno de cinco pontos: desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis; criação de ambientes saudáveis; estímulo ao desenvolvimento de habilidades pessoais; adoção de estilos de vida saudáveis; e reorientação do modelo de atenção (SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS, 2006).

Esses pontos ensejam a adoção de estratégias em que as definições, projetos e realizações de trabalhos apóiam-se, abrindo espaço para parcerias com todos os segmentos profissionais e com as mais diversas estruturas e organizações sociais, criando instrumentos para o aprimoramento e desenvolvimento da saúde no país.

Sob tal enfoque, o Cartão Nacional de Saúde é um desses instrumentos criados pelo Ministério da Saúde como forma de promover a saúde coletivamente, sem restrição de atendimento à população.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), atualmente há no Brasil 44 municípios pilotos, com uma concentração de 13 milhões de habitantes e 2.500 unidades de saúde, sendo que 03 deles encontram-se no estado de São Paulo (Santo André, São José dos Campos e Osasco), em diferentes estágios de implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Paralelamente, deu-se início ao cadastramento nacional de usuários SUS do restante do país com o objetivo de emitir o número unívoco nacional pela Caixa Econômica Federal e, conseqüentemente, confeccionar os cartões magnéticos. Em 01 de março de 2002, o DATASUS acusava o recebimento de 93.308.664 cadastros recebidos de 5560 municípios brasileiros, o que representa 52,1% da população (2004).

Concomitantemente, o Ministério da Saúde (2001c) realiza o processo de cadastramento de usuários, que é realizado pelos sistemas municipais de saúde, sendo apoiado por um aplicativo denominado CADSUS em três modalidades: uma modalidade que permite o cadastramento de usuários agregados a um domicílio; outra versão, denominada CADSUS simplificado, que permite o cadastramento de usuários em estabelecimentos de saúde; e outra possibilidade, denominada CADWEB, destinada ao cadastramento on-line.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão de Investimentos (2006), os Sistemas de Informações de Base Nacional do Ministério da Saúde atualmente existentes captam, primariamente, informações referentes aos eventos de vida relacionados à saúde: nascimentos, ações básicas, ocorrências de agravos, diagnóstico, terapia e óbitos. A captação de informações

torna-se possível através dos principais sistemas e bases de dados nacionais de informações e sua interligação com todos os sistemas de saúde no Brasil¹.

A ligação dos sistemas de informações representa o aprimoramento e a sustentação necessária para o desenvolvimento da informática em saúde, pois, além dos sistemas de informações, compõem também o arcabouço do esforço e interesse institucional, no desenvolvimento do projeto do Cartão Nacional de Saúde, os seguintes sistemas de gerenciamento de unidades de saúde: o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB) e Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB).

Ambos os sistemas são disponibilizados pelo Ministério da Saúde aos hospitais como forma de ajudar no gerenciamento das informações necessárias à administração hospitalar, além de gerar dados que serão a base das informações para o Cartão Nacional de Saúde.

Além dos sistemas acima mencionados, são destacados pela Secretaria de Gestão de Investimentos (2006) quatro outras iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde que utilizam ou utilizarão, em maior ou menor grau, do suporte informatizado:

- O Sistema de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM);
- A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA);
- A Rede Nacional de Informação para a Saúde (RNIS).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), anualmente são gastos milhares de reais em investimentos em novos sistemas de informatização na área de saúde, como também desenvolvimento, implantação, manutenção, novos equipamentos e

• ¹ O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; O Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS; O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS; Dentro do SIA/SUS, foi recentemente desenvolvido o sistema APAC; O Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN; O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI; O Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB.

treinamentos, mas o ponto crucial determinado pela Organização Mundial da Saúde continua sendo negligenciado, o atendimento ao cidadão.

A questão maior é evidenciada à partir dos gastos tecnológicos, pois com os avanços tecnológicos, aplicações importantes para a administração das informações clínicas de um indivíduo estão começando a ganhar espaço, mas, cada vez mais, é esquecido o item mais importante de todo esse investimento, o ser humano que passa a não ter um atendimento digno e satisfatório, enquanto são gastos milhares de reais em tecnologia.

2.1.6.1 Objetivos do Cartão Nacional de Saúde

O Ministério da Saúde procura utilizar a tecnologia para atingir seu objetivo de informatização e fornecimento de um bom serviço de saúde à população em geral, através do CNS (Figuras 2 e 3), em que a Secretaria de Gestão de Investimento (2006) afirma que:

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a modernização dos instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde. A utilização de tecnologias de ampla difusão, conjugando informática e telecomunicações, permitirá dotar o SUS de uma rede integrada para a realização de variada gama de operações e captura de informações.



Fonte: Ministério da Saúde(2001a)

Figura 2: Cartão de usuários do SUS



Fonte: Ministério da Saúde(2001a)

Figura 3: Cartão de profissionais do SUS

A característica fundamental do CNS será possibilitar ao SUS a capacidade de identificação individualizada dos usuários. Para tanto, será constituído o Cadastro dos Usuários do SUS, baseado no número do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Assistência ao Servidor Público (PASEP). Cada cidadão terá um cartão identificador, que facilitará o acesso ao SUS. Vale notar que o Cartão será de uso e abrangência nacional, mas referido ao município de domicílio do usuário.

O Ministério da Saúde (2001a) ainda observa que, a partir do cadastramento do usuário e da emissão do seu Cartão, será possível identifica-lo em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar a sua evolução dentro do sistema, com efeitos na atenção individual e no planejamento das ações de saúde, o que oferecerá, novos recursos para a auditoria e o combate às fraudes.

2.1.6.2 Bases Conceituais

Conforme afirma o Ministério da Saúde (2004), o Cartão Nacional de Saúde foi enunciado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 como forma de identificar a clientela do Sistema Único de Saúde, explicitando, ao mesmo tempo,

sua vinculação a um gestor e a um conjunto de serviços bem definido (NOB 96) ², cujas atividades devem cobrir, integralmente, todo o escopo de atenção à saúde do cidadão, como estipula a Constituição.

Segundo essas normas, enunciadas pela Secretaria de Gestão de Investimentos (2006), o CNS deve ter uma numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema (municipal ou estadual) e agregá-lo ao sistema nacional (NOB 96), garantindo seu atendimento em todo território nacional. Além dessas finalidades, espera-se, ainda, que outros processos sejam instrumentalizados e relacionados às atividades de gestão.

A implementação do Cartão Nacional de Saúde não só permitirá o uso de equipamentos para sua leitura e acesso eletrônico a um cadastro de usuários por parte de gestores do SUS, mas também a integração dos diversos sistemas de informações existentes.

Segundo o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão de Investimentos (2006):

(...) a utilização dessa base de dados deverá ter como finalidade única a gestão dos serviços de saúde pelas diferentes esferas de governo, não podendo sob nenhuma hipótese servir a fins comerciais ou outros que venham ferir os direitos constitucionais do cidadão. Assim é que, em paralelo a ações de implementação do Cartão, salvaguardas estão sendo elaboradas, de maneira a contemplar a normatização e criação de mecanismos de garantia não apenas destes direitos, como também de questões relativas às diretrizes.

² Na NOB 96, "gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde(...) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema" enquanto "gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria". Dessa forma, segundo essa NOB, "são gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o ministro da saúde".

As diretrizes, destacadas abaixo, são mencionadas como forma de ajudar na normalização e criação de mecanismos de garantia a todos os direitos do cidadão, conforme menciona o Ministério da Saúde (2004):

- em nenhuma circunstância, o fato de o indivíduo possuir ou não o Cartão Nacional de Saúde poderá ser utilizado como forma de coação ou de obstáculo ao seu acesso aos serviços de saúde;
- quaisquer informações identificadoras ou diretamente correlacionáveis com os usuários, decorrentes da utilização do Cartão, serão consideradas confidenciais e sujeitas às mesmas normas éticas que regulam o acesso aos prontuários médicos e ao seu uso, bem como a sanções legais, civis, administrativas e penais, se comprovada a quebra de sigilo;
- os aplicativos de software e bases de dados, direta e indiretamente relacionados ao Cartão Nacional de Saúde, deverão ser administrados pelos gestores públicos de saúde nas três esferas de governo e/ou sob sua coordenação e responsabilidade diretas; e
- o Cartão Nacional de Saúde, assim como os aplicativos de software e equipamentos a ele relacionados, devem ser considerados como estratégia e instrumento de apoio à plena implementação do SUS, o que implica em:
 - a) ter seu uso regulamentado em conformidade com as diretrizes definidas pela Constituição e pela Lei nº 8.080/90, ou seja, respeitando as premissas de universalidade, equidade e integralidade do sistema, e seus princípios de descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços; e,
 - b) respeito aos investimentos públicos já realizados para o aporte de informações necessárias à gestão do SUS, devendo assim contribuir

para a manutenção e aperfeiçoamento dos Sistemas de Informações de Base Nacional e para sua estruturação administrativa, subsidiando e induzindo a utilização de sistemas gerenciais de estabelecimentos de saúde e de Centrais de Regulação de internações e de procedimentos ambulatoriais.

2.1.6.3 Diretrizes de Implantação

Segundo o Ministério da Saúde, com base nas informações da Secretária de Gestão de Investimento (2006), o projeto do Sistema do Cartão Nacional de Saúde reúne características típicas das iniciativas de abrangência nacional e/ou internacional, envolvendo o uso intensivo de tecnologias da informação, destacando-se os seguintes aspectos:

- é um projeto de longo prazo, envolvendo vários anos para sua completa implantação;
- tem requisitos e objetivos permanentemente em movimento, posto que revisões periódicas são demandadas pelo transcurso do tempo e pelas mudanças do contexto, muitas delas causadas pela introdução de partes do sistema em operação;
- tem múltiplas funções e/ou objetivos, cada qual demandado por uma classe específica de interessados;
- envolve importantes componentes de O&M, em virtude da necessidade perene de articular as complexas funções automatizadas (ou automatizáveis) do sistema com a atuação de múltiplos operadores humanos para tarefas complementares não-automatizadas; e

- utiliza tecnologias com variados graus de avanço ou obsolescência, em consequência da necessidade de compartilhar novas soluções tecnológicas com sistemas legados, durante seu longo prazo de implantação e evolução.

Complementando as características típicas do projeto do Sistema do Cartão Nacional de Saúde, o próprio Ministério da Saúde (2001b) afirma:

Tais iniciativas só podem ser implementadas em ciclos sucessivos que envolvam, como prioridade, o suporte, a flexibilidade e a adaptabilidade, para permitir aos municípios: responder adequadamente à diversidade de condições de suas unidades de saúde; e controlar efetivamente seus dispêndios.

2.1.6.4 Terminal de Atendimento SUS - TAS

O Departamento de Informação e Informática do SUS (2004) demonstra, através das Figuras 4 e 5, as versões dos Terminais de atendimento que serão utilizados nos hospitais, da mesma forma o próprio departamento estabelece a seguinte afirmação sobre o terminal:

O dispositivo de interação com o usuário no Sistema do Cartão Nacional de Saúde deve apoiar não somente a operacionalização básica, mas diversas funções, algumas em modo on-line, outras em modo off-line, em variados contextos e condições de uso.



Fonte: Ministério da Saúde (2004)
Figura 4: Terminal de Atendimento
SUS – TAS (Versão 1)



Fonte: Ministério da Saúde (2004)
Figura 5: Terminal de Atendimento
SUS – TAS (Versão 2)

Os terminais foram assim estabelecidos, depois de diversos estudos de requisitos e análise de opções do mercado, decidindo-se pela especificação de um Terminal de Atendimento SUS (TAS), cujas características o colocam em uma posição intermediária entre um equipamento tipo Ponto de Venda (PDV) simples e um microcomputador aberto. Portanto, o TAS e o software aplicativo com o qual ele interage, no lado da gestão municipal, são as duas peças-chave do Sistema do Cartão Nacional de Saúde.

2.1.6.5 Arquitetura Geral do Sistema

A implementação do CNS está sendo realizada através de um estudo de arquitetura geral do sistema existente no Ministério da Saúde. O TAS e o Software Aplicativo Municipal compõem os níveis inferiores desse sistema distribuído, que se estende até o nível federal, interligando todas as esferas públicas de saúde a partir da esfera municipal.

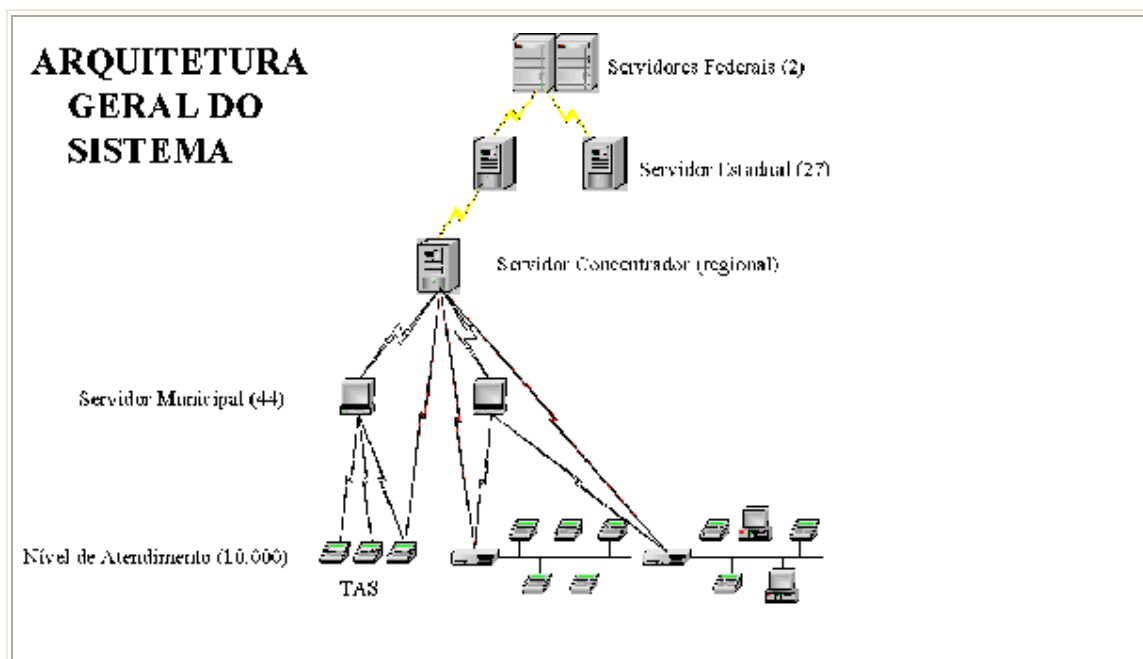
Segundo o Ministério da Saúde (2004), o sistema implementado pode ser dividido em cinco níveis, melhor descritos abaixo:

- Nível de atendimento: composto pelos Terminais de Atendimento SUS instalados nas unidades de saúde;
- Nível municipal: composto pelos servidores municipais responsáveis pelo processamento e armazenamento dos dados de todos os atendimentos realizados no município.

- Nível concentrador: composto por servidores conectados à rede on-line em tempo real e responsáveis pelo armazenamento dos dados de atendimentos de todos os municípios a ele conectados para fins de uma maior segurança dos dados e possibilidade de acesso dos níveis estadual e federal;
- Nível estadual: composto por servidores conectados à rede permanente e responsáveis pelo armazenamento das informações totalizadas dos atendimentos realizados no estado; e
- Nível federal: composto por servidores conectados à rede permanente e responsáveis pelo armazenamento das informações totalizadas dos atendimentos realizados no País.

O Departamento de Informação e Informática do SUS (2004) informa que o sistema tem a seguinte divisão: os níveis federal, estadual e concentrador fazem parte de uma rede com enlaces permanentes, enquanto que os níveis municipal e de atendimento compõem uma infra-estrutura computacional disseminada pelo País, periodicamente conectada à rede permanente.

A Figura 6 ilustra e permite uma visão esquemática da arquitetura geral do sistema, responsável pela integração nos vários níveis da hierarquia governamental, desde os servidores até o TAS localizado nos hospitais.



Fonte: Ministério da Saúde (2004)

Figura 6: Arquitetura do Sistema Cartão Nacional de Saúde

2.1.6.6 Gastos com CNS na Saúde

Toda e qualquer informação apresenta um custo para sua aquisição, processamento e transmissão, principalmente dentro de uma entidade de saúde, em que as informações transitam com maior fluxo e velocidade.

Segundo a Gazeta Mercantil (2004), o sistema de saúde no Brasil desperdiça mais de R\$ 8 bilhões por ano, o equivalente a 15% dos R\$ 55 bilhões que os setores público e privado gastam anualmente no setor. As perdas referem-se principalmente ao trabalho realizado em duplicidade, devido à falta de organização dos sistemas de saúde, de acordo com as estimativas de Lincoln de Assis Moura Júnior, presidente da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e do próprio Ministério da Saúde.

Da mesma forma, a própria Gazeta Mercantil (2004) elucida que, dos R\$ 55 bilhões gastos anualmente em saúde no País, metade são recursos públicos. Com o dinheiro público, são pagos 75% dos procedimentos realizados no País e a outra metade dos recursos destina-se a apenas 25% dos procedimentos. Para investimento e custeio, o Ministério da Saúde aplicou R\$ 23,3 bilhões em 2003 (R\$ 16,68 bilhões em investimento e o resto em custeio) e, para 2004, foram aplicados R\$ 29 bilhões.

Portanto, a implantação do CNS está sendo considerada a solução dos problemas para a área de saúde no Brasil. Os investimentos realizados rompem a barreira dos bilhões de reais, e nesse momento a aplicação de todos esses recursos e o excessivo gasto em tecnologia na área de saúde geram dúvidas freqüentes por causa do estado precário em que se encontra a saúde no nosso país, além do descaso do atendimento público de saúde ao cidadão nos hospitais municipais, estaduais e federais. Logo, questiona-se o investimento e os gastos públicos com tecnologia, uma vez que, muitas vezes, tais gastos não vão influenciar diretamente na qualidade do atendimento e dos serviços públicos de saúde à população. Então se pode perguntar: até que ponto esse gasto com tecnologia vai realmente ajudar a melhorar a saúde pública no nosso país?

2.2 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: UMA NOVA VISÃO

Anteriormente foi discutida uma visão tradicional do desenvolvimento dos Sistemas de Informação Hospitalar, mas, a partir deste item, busca-se confrontar esse primeiro tópico com a visão interpretativa dos sistemas de informação,

rompendo diretamente com a perspectiva funcionalista existente na maior parte das discussões nesta área.

A informática participa de nosso cotidiano em vários aspectos e essa participação contínua promove mudanças, que estão ocorrendo na informatização mundial, contribuindo com diversos setores da humanidade e influenciando os mesmos. Entre eles, destaca-se o setor de saúde, através dos Sistemas de Informação Hospitalar.

As organizações de saúde estão enfrentando mudanças significativas e contínuas, geradas pela demanda da própria sociedade e da economia como um todo. Tudo isso ocasionou um investimento contínuo em Tecnologia da Informação, proporcionando um desenvolvimento e implementação dos Sistemas de Informação Hospitalar em diversos hospitais pelo mundo, como uma forma de substituir, aos poucos, o prontuário de papel.

Dessa forma, Serafeimidis e Smithson (2003) afirmam que os sistemas de informação estão embutidos em muitos processos sociais e organizacionais, tornando-se o seu desenvolvimento uma decisão complexa.

Os sistemas de informação na área de saúde têm que ter uma abrangência maior, observando os processos sociais e diferenciando-os de acordo com a organização, pois, segundo Serafeimidis e Smithson (2003), o contexto organizacional influencia fortemente o papel de avaliação, além das características de cada organização, as limitações de estrutura, as expectativas organizacionais de avaliação e as exigências externas. Todos esses fatores restringem e habilitam seus impactos e contribuições em SIH.

Particularmente, direcionando a discussão ao SIH e complementando a visão dos autores acima citados, Monteiro (2003) confirma que os Sistemas de Informação

de Saúde são atualmente algo de uma elevada ambição, em seu desenvolvimento, pesquisa e utilização por parte das empresas de saúde no mundo.

Portanto, tornam-se necessários a observação e o estudo direcionados a uma visão mais crítica da estruturação e desenvolvimento dos sistemas de informação hospitalar, destacando-se nesse caso, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou *Electronic Patient Records* (EPR).

Nikula (2005) comenta que os hospitais, já na década de 90, começaram a considerar o PEP como uma ferramenta para mudanças na estrutura organizacional dos hospitais, como também uma forma de melhorar o atendimento aos cidadãos e gerar economia para as entidades hospitalares.

Contudo, a visão existente dos PEP's ainda considera um sistema sem contextualização, visto de forma genérica, sem visualizar corretamente o usuário, médico, ou simplesmente o paciente, durante o seu atendimento, como agentes transformadores do ambiente. Para facilitar o entendimento, os tópicos seguintes ajudarão a especificar a visão interpretativa do Prontuário Eletrônico, fundamentados por autores e textos da área.

2.2.1 Infra-estrutura do Prontuário Eletrônico

A estrutura existente e desenvolvida atualmente para o prontuário eletrônico não deve ser pensada simplesmente em relação à economia e à estrutura física dos hospitais onde será implantado o prontuário, mas devem-se entender os agentes que influenciam, desde o desenvolvimento até a utilização do mesmo no dia-a-dia.

Nikula (2005) diz que os investimentos nesse tipo de tecnologia são imensos e que as perspectivas de custo-benefício na maioria das implementações são feitas

através de tentativa-e-erro por parte das empresas, pois, na maioria das vezes, a implementação não foi estudada, não podendo tornar possível a conclusão sobre a real utilização e potencialidade sobre o registro de pacientes.

Monteiro (2003) afirma que essa busca contínua por uma estruturação, utilização e a implementação de uma infra-estrutura dos sistemas de informações ligados ao registro de pacientes, atreladas aos elevados investimentos em tecnologia, relacionam-se com a pressão para a transformação que existe dentro das empresas para agilizar as organizações e comprimir a cadeia de valor, o que possibilita uma maior economia nas ações desenvolvidas pela empresa, aumentando os lucros dos processos empresariais.

Hoje, existem discussões que buscam questionar os altos investimentos e a utilização planejada e direcionada às reais condições das empresas. Na visão de Monteiro (2003), Nikula (2005), Nilsson, Grisot e Aanestad (2002), a infra-estrutura deve ser pensada não simplesmente da parte técnica, mas também da integração entre os diversos setores e as pessoas que trabalham na organização, implementando a possibilidade de influência dos usuários na transformação dos sistemas que os mesmos manipulam.

Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) informam que a infra-estrutura em informação possui uma nova perspectiva, mas que ainda não foi totalmente trabalhada, devido às grandes redes complexas e suas ligações existentes nas organizações, além de sua comunicação unificada. Esse entrelaçamento comunicativo cultiva o desenvolvimento e ampliação das redes em um mesmo ponto de vista, evitando uma aproximação diferente para os novos sistemas, além de estacionar o desenvolvimento e projeção de ampliação dos sistemas existentes.

A mudança contínua dos registros de papel para o meio eletrônico envolve muitos desafios, que buscam entender as visões dos usuários e seus pontos de vistas em relação ao trabalho. Essa diferenciação nos pontos de vista torna-se primordial para o desenvolvimento mais preciso de uma infra-estrutura que permita um melhor aproveitamento dos processos organizacionais.

Pratt et al. (2004) relata que o problema principal em relação à adoção de tecnologias no lugar de trabalho é a não utilização correta e adequada dessa tecnologia, principalmente na área médica, pelo fato de as empresas não darem a devida atenção à infra-estrutura institucional. A atenção maior é direcionada à infra-estrutura técnica, esquecendo um componente fundamental para o sucesso, que é a estrutura de interação dos empregados, pois são eles que devem ser motivados e ouvidos para a utilização adequada do prontuário eletrônico.

Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) comentam que o PEP poderia ser uma ferramenta para guiar o trabalho dos médicos no apoio a uma determinada decisão, mas vale salientar que essa decisão só pode ser tomada mediante o fornecimento correto de informações. Por isso, é importante que exista uma base de conhecimento médico, necessária para gerar benefícios e melhoria na qualidade de atendimento.

Com o avanço do prontuário médico computadorizado, ocorre a automatização das informações e a recuperação de dados, possibilitando uma investigação e uma pesquisa mais precisas das informações de determinado paciente (NILSSON, GRISOT e AANESTAD, 2002). Ressalta-se novamente que a infra-estrutura do sistema deve possibilitar a integração de todos os setores, para possibilitar a junção de informações diversas do mesmo paciente, decorrendo disso uma tomada de decisão, por parte do médico, com maior precisão.

Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) reconhecem que existem formatos diferentes de infra-estrutura, envolvendo uma série de alinhamentos organizacionais ligados especificamente às ações éticas e políticas da organização, pois as necessidades das diferentes redes existentes e que estão conectadas pela infra-estrutura devem ser equilibradas, permitindo uma troca de informações precisas e seguras para os usuários.

Os autores supracitados comentam também que, infelizmente, não há uma padronização técnica para os prontuários eletrônicos, permitindo uma variedade de formas, estabelecendo-se muitas vezes um sistema que foi moldado de acordo com a administração da empresa. Isso fortalece a administração, que foi orientada à tentativa de uma documentação eficiente e controle das informações, não visualizando as necessidades dos médicos e usuários do sistema.

Portanto, para criar uma infra-estrutura nos moldes de uma nova visão estrutural para as empresas de saúde, torna-se primordial o entendimento de que o registro eletrônico de pacientes deve fazer parte de algo maior, que precisa estar conectado através de uma rede complexa, a qual é alimentada e proporciona a geração de informações para médicos e usuários.

2.2.2 Integração

Nesse processo de estruturação, Monteiro (2003) chama a atenção para a necessidade de integração dos sistemas de informação de saúde, pois existem várias dimensões estudadas hoje pelas empresas que implementam PEP, mas são poucos os que visualizam as reais necessidades das empresas onde estão sendo implantados os sistemas.

Monteiro (2003, p.430) elucida que “a noção de integração de sistemas de informação é ambígua no senso que existem propostas de aproximações e soluções diferentes”, além de destacar três dimensões para essas propostas: a Distribuição da estrutura geográfica da organização; a Heterogeneidade das funções, programas, plataformas, linguagens e modelos de bancos de dados existentes nos sistemas, considerando as diferentes perspectivas de visão e Autonomia, considerando os componentes existentes na organização, além da hierarquia e a possível auto-suficiência.

Portanto vale salientar que a dimensão de autonomia é uma possibilidade de grande diferenciação no aspecto da integração, pois, assim, os diversos sistemas utilizados em setores distintos poderão se comunicar, através de uma integração de plataformas, ou seja, a alternativa para a evolução dos sistemas e sua integração pode ser a autonomia para os sistemas setoriais, para a sua adaptação para as necessidades de cada setor e, posteriormente, a integração entre esses sistemas possibilitará a troca de informações e alimentação de um sistema mais amplo e completo.

Nilsson, Grisot e Aanestad (2002,p. 9) compartilham do mesmo ponto de vista quando destacam que “os hospitais e centros de cuidados primários freqüentemente precisam compartilhar informações de pacientes”, só que muitas vezes essas informações estão guardadas em sistemas distintos, requerendo que o médico obtenha tal informação através de pedidos por telefone ou de outros meios.

Neste ponto, mostra-se a necessidade de integração e compartilhamento das informações dos sistemas distintos, para que, assim, médicos e hospitais obtenham um maior acompanhamento e compartilhamento das informações dos pacientes. Logo, Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) defendem que essa integração entre os

diversos sistemas departamentais ou entre hospitais poderia ser feita através de um meio virtual, possibilitando que os operadores de sistemas visualizassem autorizações prévias dos médicos e também pudessem acompanhar o andamento das notas médicas.

Mas, concomitantemente com o que foi dito acima, Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) chamam a atenção para a troca de informações computadorizadas e o quanto se requer de investimentos nesse compartilhamento, dependendo das formas estruturais, dos protocolos utilizados e dos padrões adotados pelo hospital.

Nikula (2005) confirma a visão dos autores acima, ao destacar que, na maioria dos casos, não se estuda a estrutura física dos hospitais e nem as reais necessidades da organização, aumentando consideravelmente os investimentos em informatização nas organizações.

Monteiro (2003), Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) concordam que, na maioria dos casos, os sistemas hoje desenvolvidos vieram para alterar de forma radical todo o processo de trabalho existente e não simplesmente apoiar ou racionalizar esses processos, sem observar que, com a informatização e mudança do cuidado médico mais integrado, aumenta a necessidade para troca de informação entre os departamentos e as instituições de saúde.

2.2.3 Desenvolvimento

O desenvolvimento do prontuário eletrônico deve ser visualizado e entendido de forma mais ampla, assim como defendem Monteiro (2003), Nikula (2005) e Nilsson, Grisot e Aanestad (2002), pois, na visão desses autores, existe uma observação que direciona o desenvolvimento e aplicação dos prontuários eletrônicos

ao entendimento da estrutura física e humana da organização, tomando como base os dados e tramitações de informações existentes em cada departamento, com suas particularidades. Após o desenvolvimento e implementação dos sistemas em suas devidas áreas, haveria a união ou integração dos sistemas, formando um todo, em que o sistema passa a ser maior que a soma de todas as partes menores, constituindo um conjunto de informações mais precisas para o acompanhamento dos pacientes e a administração das entidades de saúde.

Nikula (2005) salienta que, à medida que o desenvolvimento de novos sistemas ligados ao prontuário eletrônico é implementado, há uma melhoria da economia e das rotinas relativas aos registros das instituições, mas deve-se considerar que, com a informatização do prontuário, emanam novos custos e despesas com os sistemas, que cobrirão toda a nova infra-estrutura, aplicação, treinamento e o apoio 24 horas.

Ao mesmo tempo em que se fazem ressalvas ao desenvolvimento e implantação do Prontuário Eletrônico, Nikula (2005) observa que poucas avaliações foram realizadas para verificar o custo-benefício destes investimentos.

Não obstante, Ückert et al. (2004) destacam o desenvolvimento de prontuários na Alemanha que estão de acordo com as necessidades das instituições e dos usuários que trabalham diretamente com o sistema, além de destacarem a importância do próprio paciente ter acesso a seus dados, com algumas restrições.

2.2.3.1 Casos de prontuários

Comumente encontra-se na literatura científica a descrição de prontuários eletrônicos em várias partes do mundo. Porém, infelizmente, não há uma forma que se pode citar como sendo a mais ideal para as instituições modernas.

À medida que existem autores que defendem uma padronização dos prontuários, existem também cientistas e autores que defendem a estruturação dos prontuários de acordo com as reais necessidades dos hospitais. Nessa visão, destacam-se alguns exemplos a seguir.

Nikula (2005) demonstra, em seu artigo, um estudo em que procura observar e estudar a atuação dos médicos no tratamento dos pacientes, com a inclusão da tecnologia nesse processo, e como se alinham as mudanças organizacionais planejadas, além de observar os resultados obtidos com a implementação e uma posterior avaliação do custo-benefício.

O estudo de Nikula (2005) foi realizado na Suécia, demonstrando que é possível desenvolver e implementar PEP's, observando as rotinas diárias, unindo isso ao tratamento do paciente, mediando as mudanças estruturais e organizacionais, além de interligar os setores e sistemas diferenciados para fornecer informações mais precisas.

Compartilhando a mesma visão, Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) destacam o estudo que realizaram em hospitais da Noruega e da Suécia, onde puderam observar e estudar a integração entre os sistemas existentes, que caracterizaram como complexos e rígidos. Em um dos hospitais estudados, descrevem que houve uma ampliação e desenvolvimento do sistema, devido a uma estruturação do banco de dados com base nos usuários e pacientes, enquanto, nos outros casos, os sistemas remetiam ao desenvolvimento de acordo com as necessidades

administrativas, havendo uma rigidez e complexidade no desenvolvimento dos sistemas.

Os sistemas que, muitas vezes, são implementados e instalados nas organizações de saúde não levam em consideração a individualidade de cada instituição, generalizando os dados e os usuários do sistema. Ainda exemplificando sistemas de PEP no mundo, Ückert et al. (2004) descrevem o estudo de um Prontuário Eletrônico do Paciente na Alemanha e como se procura desenvolver, aprimorar e integrar prontuários de pacientes em alguns hospitais.

Ückert et al. (2004) afirmam que hoje a eficiência, produtividade e qualidade das instituições de cuidado médico dependem muito da informática que é aplicada no processo de cuidado médico, ou seja, o futuro da informática na área médica é melhorar e criar relações novas entre médicos e pacientes, além de ter a colaboração entre sistemas e quebrar as barreiras tradicionais existentes. Mas, para que isso ocorra de maneira pensada e que atenda à realidade da empresa, é necessário que se trabalhe alguns pontos como a segurança das informações e a comunicação existente entre os sistemas e as pessoas, para evitar distorções no entendimento dos usuários.

2.2.3.2 Segurança

No desenvolvimento do prontuário eletrônico, deve-se pensar também na segurança das informações, decorrente da quantidade de pessoas que terão acesso às informações dos pacientes nos sistemas implementados.

Essa segurança é aplicada com as tecnologias existentes e deve seguir a necessidade de cada instituição, além de contextualizar os sistemas implantados.

Assim, Laerum, Ellingsen e Faxvaag (2001) comentam que os sistemas de informações, como os de registros médicos, são complexos e funcionam em uma organização também complexa, necessitando de um ciclo de desenvolvimento que desafie essa complexidade e atenda à organização, além de avaliar as ações realizadas no dia-a-dia. Os sistemas devem prover segurança, para que as avaliações realizadas possam ser precisas sem a perda de informações ou de credibilidade.

Ückert et al. (2004) ressaltam que a segurança nesse tipo de sistema deve prover uma maior tranquilidade e credibilidade às informações utilizadas. Portanto, deve-se investir e usar tecnologias como: encriptação de dados, autorização segura, regulamentos de acesso e outros meios que atendam às exigências básicas de segurança, principalmente em sistemas que são flexíveis de acesso, inclusivos e utilizados por muitos usuários.

Só porque os prontuários eletrônicos estão sendo vistos, entendidos, desenvolvidos e implementados numa ótica social da organização, não quer dizer que se deve esquecer da segurança das informações que são utilizadas por tais sistemas, pois os mesmos autores que comentam a importância da contextualização e entendimento do prontuário na organização também chamam a atenção para a segurança e privacidade das informações que são utilizadas pelos médicos e usuários dos sistemas. A segurança e privacidade das informações dos pacientes são regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução N° 1639, de 10 de Julho de 2002 (Anexo A) e também através de Normas técnicas contidas no Anexo B.

2.2.3.3 Comunicação

Hoje, eficiência, produtividade e qualidade das informações no cuidado médico dependem muito da informática que é aplicada ao processo de cuidado ao paciente, pois Ückert et al. (2004, p.2) destacam que “o futuro da informática é desenvolver novas relações entre médicos, cuidados médicos e pacientes”.

A tecnologia tenta transferir as relações existentes entre o médico e o paciente para os sistemas informatizados. Como Coiera (2000) destaca, existe a importância de haver uma comunicação em informática, explorando-se algumas soluções para evitar os erros crescentes que existem nos sistemas e evitar os problemas que ocasionam a morbidez dos projetos de sistemas, por haver dificuldades de comunicação.

Coiera (2000) também enfatiza que a observação na dinâmica de comunicação existente entre as pessoas pode auxiliar no desenvolvimento e melhoramento dos sistemas de informação na área médica.

Compartilhando do mesmo ponto de vista, Ückert et al. (2004) comentam que o desenvolvimento de sistemas mais precisos e que melhorem a comunicação entre os médicos, usuários e pacientes pode economizar dinheiro para as entidades hospitalares, desde que observadas as rotinas e o ambiente de cada instituição.

Infelizmente, a comunicação entre os sistemas, departamentos, usuários, médicos e pacientes sempre foi ignorada, mas sempre foi considerada uma proporção significativa na área de saúde. Neste sentido, Coeira (2000, p. 285) afirma:

(...) conhecer a primazia da comunicação é uma necessidade imediata para apoiá-la em nossas organizações de cuidado médico, desde que conduza a melhorias significativas em eficiência organizacional e efetividade, como também oferecendo uma oportunidade genuína para melhorar o cuidado no paciente.

Assim sendo, deve-se pesquisar a maneira como a comunicação tramita nas organizações e como ela deve ser implementada nos sistemas de informação

médicos, permitindo um entendimento e compreensão básica da organização, possibilitando um relacionamento harmônico e preciso entre a tecnologia e as tarefas de informação existentes na empresa, o que pode auxiliar no processo de avaliação e entendimento do papel de apoio da tecnologia empregada.

À medida que o fluxo de comunicação é entendido, como também sua importância para a organização, podem-se desenvolver sistemas de informação que trabalhem de forma colaborativa com médicos e usuários, como forma de aprimorar novas maneiras de cuidados médicos que possam superar as deficiências que atacam a relação tradicional médico-paciente (ÜCKERT et al., 2004).

Ückert et al. (2004) também defendem uma comunicação mais ampla entre os sistemas, médicos e usuários, possibilitando acesso através das redes sem fio, as quais ampliam radicalmente o cuidado do médico ao paciente, devido principalmente à utilização global e disseminada da Internet. Mas, leva-se em consideração que a possibilidade de acesso só deve ser disseminada aos prontuários, através de redes sem fios, somente a partir do momento em que sejam estabelecidas normas de segurança e privacidade para as informações, como também a comunicação organizacional seja observada e assimilada pelos sistemas.

Após a estruturação dos sistemas e da comunicação ser estudada e implementada, pode-se ampliá-la para a comunicação entre os hospitais, os médicos em geral e até mesmo para os pacientes.

Infelizmente, ainda existem muitas barreiras a serem ultrapassadas, principalmente na comunicação entre sistemas, pois, segundo Ückert et al. (2004), a razão principal para a não comunicação eletrônica e para a integração entre os prontuários de hospitais distintos não ter ocorrido é a heterogeneidade e arquitetura

dos sistemas existentes, que divergem quanto aos padrões de comunicação entre ambientes.

Ückert et al. (2004) enfatizam que os prontuários que estão sendo desenvolvidos e que são providos e acessados pela Internet têm um potencial importante, trazendo benefícios para os serviços de saúde tradicionais, mas ainda devem ser estudados e trabalhados para evitar a sua fadiga e morbidez.

2.2.4 Barreiras

Cada sistema implementado contém dados, estruturas, níveis diferentes e discrepâncias. Muitas vezes utilizam códigos distintos para identificar os conceitos clínicos existentes.

Essa variação na estrutura dos sistemas gera uma barreira para o desenvolvimento e aprimoramento dos prontuários existentes, a qual já vem ocorrendo desde meados da década de 80. O problema de unir as fontes e sistemas das organizações de saúde devido às diferenças existentes entre as instituições também é uma barreira apontada por Ückert et al. (2004).

Entre as barreiras comumente encontradas no desenvolvimento e implantação dos prontuários, encontra-se a recuperação de informações precisas para apoiar as tomadas de decisão e acompanhamento médico, além de haver deficiência no preenchimento e prescrição das anotações médicas nos sistemas, acarretando uma má interpretação dos dados e informações pela gerência nas tomadas de decisão.

Hoje, o desafio é achar uma maneira de conseguir interagir de forma mais precisa com os médicos e usuários, identificando quais as informações são realmente valiosas para justificar a codificação.

Portanto, ainda existem barreiras por parte dos sistemas e, principalmente, barreiras humanas nas entidades de saúde, proporcionando limites ao aprimoramento dos prontuários existentes, por padrões adotados que são amplamente difundidos, permitindo conexões falhas e imprecisas.

Para tanto, torna-se primordial investir no processo de relacionamento entre médicos e instituições, para entender o contexto e as variáveis disponíveis e proporcionar a captura de informações mais precisas, podendo ter qualidade e resultados mais condizentes com a realidade de cada organização.

Ückert et al. (2004) concorda que, para que haja uma quebra nas barreiras de desenvolvimento do prontuário eletrônico, é importante a interação, até como ponto de melhorar as vantagens existentes, evitando o desperdício de tempo e o re-trabalho das funções e rotinas existentes, e como uma forma de haver melhoria da qualidade das informações e do atendimento ao paciente.

2.2.5 Discussões sobre Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O prontuário eletrônico ou *Electronic Patient Records* (EPR) tornou-se um ponto de discussão e estudos em várias partes do mundo, o que ocasionou pontos de vista diferentes sobre o seu desenvolvimento e implantação nas entidades de saúde.

Laerum, Ellingsen e Faxvaag (2001) destacam que o uso de sistemas eletrônicos de registros médicos era limitado pela funcionalidade, pois suas tarefas

eram de gravar dados de pacientes e posteriormente ler esses dados, além de possuírem diferenças consideráveis entre os próprios sistemas de uso específico, impossibilitando a comunicação precisa e troca de informações sobre determinado assunto. Com isso, os autores destacaram que a satisfação percebida pelos usuários e médicos desses sistemas era moderada, por não haver uma utilização completa das funções existentes.

Não diferente dos estudos de Laerum, Ellingsen e Faxvaag (2001) nos hospitais noruegueses, conforme os autores afirmam, esse tipo de resultado de sua pesquisa poderia ocorrer ainda em outros hospitais espalhados pelo mundo.

Portanto, nessas discussões, encontram-se sistemas de informações que falharam, quando implementados nas entidades de saúde. De acordo com Pratt et al. (2004), acredita-se que a causa desses fracassos é a dificuldade de natureza colaborativa ou comunicativa que os sistemas possuem, por não possuírem uma dinâmica de comunicação entre si e com os médicos.

Pratt et al. (2004) destaca que a revisão dos aspectos de estudo de campo deveria ser aplicada para a melhoria no desenvolvimento de sistemas de informação na área de saúde, pois a implementação desses tipos de sistemas é freqüentemente tratada como uma tarefa complexa e cara, mas que se torna essencial para o sucesso de uma organização. Dentro da área médica, problemas associados com o desdobrar dos sistemas de informação são uma preocupação crescente.

Os estudos existentes também procuram questionar a utilização dos prontuários eletrônicos existentes, ao mesmo tempo em que buscam formas de ajudar a preencher lacunas no desenvolvimento dos sistemas estudados, pois as pesquisas deveriam guiar para a colaboração e melhoria dos sistemas de informação médicos.

Segundo Pratt et al. (2004, p. 129), “a história de fracasso de sistemas de informação médico é bastante extensa”. Essas falhas acabam ocorrendo por uma variedade de razões, desde a sua real efetividade, até o custo de desenvolvimento e implantação.

Sabe-se simplesmente que algumas falhas existentes são ocasionadas pela não interação com o usuário, pois em geral os usuários têm um papel determinante para estabelecer se um sistema falhará ou terá sucesso. De acordo com Coiera (2000, p. 278), “neste paradigma computacional, são moldados processos de informação humana em uma forma ditada por estrutura tecnológica”. Logo, quando não há a participação humana no desenvolvimento e há uma imposição, ocorrem as falhas em comunicação e na própria estrutura organizacional.

Conseqüentemente, Coiera (2000) comenta que devem existir expectativas sociais em interação com as tecnológicas, reformulando-se as tarefas para o aprimoramento das informações clínicas, evitando-se os problemas ocasionados pelo paradigma computacional.

Claramente existem ênfases nos estudos relatados, por considerarem a importância das diferenças de indivíduos e das perspectivas organizacionais, durante a implementação e desdobramento dos sistemas, que permitam uma análise técnica dos sistemas mais a colaboração organizacional (PRATT et al., 2004).

A consciência desses novos pesquisadores é expandir o tratamento da nova maneira de entender os assuntos organizacionais e como eles influenciam no desenvolvimento, aprimoramento e implantação dos prontuários eletrônicos nas entidades de saúde, além de contribuir para a inter-relação entre os sistemas sociais e os sistemas técnicos.

Coiera (2000) destaca que, em contraste com a visão computacional de apoio à decisão, existe a visão sociável que enfatiza a interação social em cuidado médico e vê o compartilhamento e interpretação de informações como um processo interativo que emerge nas instituições de saúde. Porém, afirma que essa relação muito freqüentemente é negligenciada pelos profissionais médicos, descaracterizando os aspectos socio-tecnológicos que são estudados (PRATT et al., 2004).

Em um outro ponto, Pratt et al. (2004) informa que existem outras disciplinas de pesquisa que reconhecem a importância da reunião social e a análise cognitiva, destacando a interação homem-computador e explorando como as pessoas interagem com a tecnologia em uma variedade de modos.

Esclarecendo a visão de Pratt et al. (2004), Nikula (2005) chama a atenção para a divergência existente entre as visões de gerentes e médicos na utilização e entendimento dos prontuários nas entidades de saúde.

Nikula (2005) destaca que os gerentes vêem o prontuário como sendo um facilitador para mudanças estruturais e organizacionais e que essa é a principal razão pela qual os hospitais investem em PEP; enquanto que os médicos vêem o prontuário como sendo um facilitador do processo de documentação e um substituto para o papel.

Tanto Nikula (2005) quanto Laerum e Faxvaag (2004) concordam e fundamentam em suas pesquisas que há uma discrepância na visão dos gerentes e dos médicos em relação à utilização do prontuário eletrônico nos hospitais. Em relação às discrepâncias, podem-se destacar os seguintes pontos:

- Os médicos e gerentes possuem uma confiança geralmente alta no sistema;
- Possibilidade remota de perder dados;

- Os gerentes utilizam o sistema para olhar o futuro do hospital;
- Os médicos praticamente não expressam qualquer visão para o futuro do hospital;
- Os médicos não fazem nenhuma associação ou referência à união da TI com a PEP.
- A maioria dos médicos e os gerentes sentiam que não havia nenhuma participação sua no processo de decidir sobre a implementação de PEP.

Nikula (2005) destaca que esses relatos são fáceis de explicar, pois os gerentes e clínicos pertencem a armações tecnológicas diferentes. Os médicos ou clínicos interpretam e entendem os prontuários como uma tecnologia de apoio e facilitadora à documentação de processos no cuidado médico, enquanto os gerentes interpretam por outro lado e reconhecem o prontuário como um facilitador para a mudança estrutural e a armação da estrutura organizacional.

Já Laerum e Faxvaag (2004) destacam que o prontuário não é necessariamente por si só um indicador de qualidade, mas um indicador de impacto potencial do sistema, em que os gerentes e médicos serão parte integrante das mudanças ocasionadas na organização.

Diferentemente do que os gerentes e médicos acreditam, eles são parte integrantes das mudanças e os sistemas e prontuários precisam do inter-relacionamento para que as mudanças ocorram, ao contrário do que é divulgado: o sistema vem para mudar a estrutura organizacional e gerar facilidade e um melhor gerenciamento da empresa.

De acordo com Nikula (2005), a maioria das mudanças e inovações ocorridas para o uso das tecnologias acontece dentro da armação tecnológica existente, em

que a nova tecnologia absorve a antiga estrutura através das inovações ou mudanças; ou seja, as tecnologias e sistemas implantados acabam ocupando os sistemas e estrutura já existentes, não promovendo nenhuma observância em relação ao meio ambiente e o lado humano da organização, tornando-se uma estrutura idêntica, sem diferencial interpretativo e com as mesmas bases conceituais anteriores.

Com isso Nikula (2005) conclui fazendo uma observação que demonstra que os clínicos são desavisados da mensagem dos gerentes de como a organização deveria melhorar e o mais importante, neste caso, por que e como o PEP deveria ser integrado no processo, havendo, portanto, uma interpretação diferenciada pelas duas partes.

As discussões estabelecidas nesse estudo buscam enfatizar uma nova visão. Estudiosos e pesquisados, em várias partes do mundo, estão mencionando e criando um senso crítico para futuras pesquisas, além de gerar questionamento entre a informática médica e outros *stakeholders*, para promover um melhor entendimento das variáveis que influenciam o desenvolvimento e implantação dos prontuários médicos eletrônicos e suas potencialidades para o sucesso ou fracasso de outros sistemas.

The background of the slide features a photograph of medical supplies, including several white plastic bottles and a clear plastic bottle containing orange capsules. The image is overlaid with a semi-transparent orange rectangle. The title text is centered within this rectangle in a dark blue, italicized serif font.

*PLANO METODOLÓGICO DO
ESTUDO*

3. PLANO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Este capítulo versará sobre os procedimentos metodológicos que foram utilizados na confecção da presente pesquisa, buscando atender aos objetivos propostos neste estudo e com base na fundamentação teórica.

Contudo, torna-se necessário destacar que, para uma pesquisa ter um caráter científico e, conseqüentemente, ser reconhecida pelo meio acadêmico, os métodos utilizados devem ser testados e reconhecidos cientificamente, para serem validados, devendo ser esclarecidos e fundamentados a metodologia e os métodos a serem utilizados na pesquisa.

Levando-se em consideração o desenvolvimento das características metodológicas do estudo em questão, uma das características que distingue o conhecimento científico do senso comum é justamente o método de pesquisa, ou método científico, pois é através dele que um pesquisador consegue coletar e tratar os dados, organizar e comparar os achados e testar as verdades encontradas.

A metodologia, conforme Minayo (1999, p. 16), é “(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (...)”. Incluem-se a pesquisa de campo em que: “(...) concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

O presente estudo empregou a pesquisa qualitativa como abordagem metodológica, por acreditar que não seria possível estudar o fenômeno fora do contexto em que naturalmente ele ocorre e por ser mais indicada quando se pretende captar percepções e interpretações das pessoas (ROESCH, 1999).

3.1 Caracterização da Pesquisa

A pesquisa a ser desenvolvida procura direcionar os termos de acordo com a pesquisa científica, que, na visão de Vergara (2005), possui duas fases, uma é a fase antecedente e outra é a consolidadora. A primeira revela-se no projeto de pesquisa e a segunda no relatório.

Essas fases estão diretamente relacionadas com a pesquisa a ser desenvolvida, desde a formulação do problema até a pesquisa de campo e sua resposta às discussões realizadas.

Segundo Popper (1975), toda discussão científica deve surgir com base em um problema ao qual se deve oferecer uma solução provisória, a que se deve criticar, de modo a eliminar o erro. O problema surge por conta de conflitos entre as teorias existentes. Com isso, procura-se, através da pesquisa científica, estudar um determinado fenômeno fazendo uso dos seus métodos. Para tanto, alguns preceitos estabelecidos pela ciência são aqui obedecidos para efeito de validação deste trabalho.

Para Lakatos e Marconi (1996, p. 15), “Pesquisar não é apenas procurar a verdade; é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos”. Nesse sentido, a pesquisa científica é regida por uma formalidade orientada pelos preceitos científicos estabelecidos com o intuito de criar referenciais que possam guiar quaisquer trabalhos de cunho científico.

Para guiar esta pesquisa, foi escolhida uma análise qualitativa, que se apresenta de maior interesse e contribuição neste estudo, pois neste caso a experiência e a sensibilidade do pesquisador são de grande influência para a pesquisa. Assim, segundo Oliveira (1997, p. 117),

A pesquisa que se utiliza na abordagem qualitativa possui a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

3.1.1 Quanto à Natureza

Vergara (2005, p. 47) afirma que a pesquisa exploratória “(...) é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”. Pelo fato de o tema em questão gerar discussões e por ainda haver uma carência de estudos mais aprofundados desse tema, a pesquisa exploratória apresenta-se como a mais indicada para esse estudo. Isto porque pode dar ao pesquisador a oportunidade de conhecer mais claramente o tema e enriquecer, assim, o conhecimento da área estudada.

Vergara (2005, p. 47) comenta que “a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza”. A descrição dos fenômenos observados em um estudo é de extrema importância, para que se possam criar referências de análises entre conjuntos distintos, bem como especificar que os resultados encontrados dizem respeito ao objeto descrito. Por essa razão, esta pesquisa é de natureza também descritiva.

Em face de o tema ser Prontuário Eletrônico e ser bastante carente de estudos, acredita-se que a pesquisa exploratória em conjunto com a descritiva possibilitará a construção de conhecimentos importantes nessa área.

3.1.2 Quanto à abordagem

Para a concepção desta pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa em razão do seu objeto de estudo ser naturalmente complexo, requerendo o uso de uma abordagem metodológica que consiga abarcar as mais diferentes questões relacionadas ao estudo.

É importante ressaltar que a grande maioria dos estudos na área da administração faz uso de métodos quantitativos de pesquisa. Contudo, Mayring (2002, p. 9) informa que “o pensamento meramente quantitativo tornou-se frágil; aquele pensamento que se aproxima do homem e das coisas por meio de testes e medições, que experimenta e verifica a sua representatividade estatística, sem antes ter compreendido o objeto, sem ter alcançado sua qualidade”.

Dessa forma, observa-se um crescimento do uso de métodos qualitativos nas pesquisas científicas, não só nas ciências sociais, mas em outros campos, como no das biomédicas.

De acordo com Mayring (2002, p. 9), “a tendência para o uso de métodos qualitativos de compreensão representa uma modificação profunda nas ciências sociais neste século”. Existe nos meios de pesquisa um crescente direcionamento aos estudos qualitativos, pois a pesquisa simplesmente quantitativa, no meio social, não constitui mais ideal único.

Nessa visão, Flick (2004, p. 20) defende a utilização da pesquisa qualitativa, dando enfoque a seus aspectos:

As idéias que conduzem a pesquisa qualitativa diferem daquelas empregadas na pesquisa quantitativa. Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha correta de métodos e teorias oportunos, no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento, e na variedade de abordagens e métodos.

De acordo com Neves (1996, p. 1), a pesquisa qualitativa é “(...) um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social”.

Dessa forma, a abordagem qualitativa de uma pesquisa permite, ao pesquisador e ao desenvolvimento do projeto, uma análise mais próxima da realidade do objeto de estudo, além de enquadrar os indivíduos que fazem parte do contexto. Logo, proporciona uma riqueza maior de detalhes importantes ao entendimento do fenômeno pesquisado.

Flick (2004) destaca os aspectos da pesquisa qualitativa, através de uma lista preliminar, em que seqüência os seguintes pontos: Apropriabilidade de métodos e teorias; Perspectivas dos participantes e sua diversidade; Reflexibilidade do pesquisador e da pesquisa; e Variedade de abordagens e métodos na pesquisa qualitativa.

A técnica utilizada nesta investigação, cuja característica fundamental é a análise interpretativa em todo o processo de investigação é fundamenta e descrita por Gläser e Laudel (2004 *apud* SALES, 2004). Dessa forma, através do círculo hermenêutico – compreensão, interpretação, nova compreensão – consegue-se atingir os objetivos propostos.

Portanto, a abordagem qualitativa apresenta-se como sendo a melhor pesquisa a ser seguida, contribuindo de maneira mais significativa para uma melhor compreensão do fenômeno a ser pesquisado.

3.1.3 Quanto ao enfoque

Inicialmente a pesquisa busca um embasamento de cunho bibliográfico. Segundo Vergara (2005, p. 48), a pesquisa bibliográfica caracteriza-se como sendo um “(...) estudo sistematizado desenvolvido com base em material acessível ao público em geral”. No caso deste estudo, a pesquisa busca em artigos e livros a fundamentação necessária para o enquadramento teórico na discussão referente ao tema em questão. Por ser este um tema atual que gera discussões e questionamentos, foi necessária uma busca contínua por novos artigos, trabalhos e material referentes a ele.

Este estudo também se caracteriza como um estudo de caso, que, de acordo com Mayring (2002, p. 44), “quer manter a possibilidade de recorrer a totalidade e complexidade do caso durante todo o processo analítico, para, assim, chegar a resultados mais exatos e mais profundos”.

Partindo do mesmo ponto de vista, Vergara (2005, p. 49) define: “o estudo de caso é circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como pessoa, família, produto, empresa, órgão público, comunidade ou mesmo país”.

Neste contexto, o estudo de caso acaba abrangendo uma diversidade de pesquisa que tanto coleta como registra dados de um ou vários casos, ajudando continuamente na formulação e descrição do relatório final, além de propiciar o conhecimento de um número maior de detalhes relativos ao objeto estudado e revelar melhor o tema estudado, compreendendo uma determinada realidade e suas peculiaridades.

3.2 Delimitação da Pesquisa

A delimitação da pesquisa de estudo foi realizada através da separação e especificação dos itens abaixo descritos, Universo e Amostra da Pesquisa, detalhando os pontos cruciais no entendimento e aprofundamento do referido estudo.

3.2.1 Universo

A delimitação do universo da pesquisa torna-se imprescindível, pois, em muitos casos as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los em sua totalidade. Por isso, é muito freqüente trabalhar com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Para tanto, o universo ou população da pesquisa faz referência à totalidade de elementos possuidores de características semelhantes, e, em razão disso, escolhidos como objeto de um determinado estudo (RUDIO, 1998).

O universo depende do assunto a ser estudado. No caso específico deste estudo, busca-se um conjunto de elementos que possuam determinadas características. Portanto, a constituição do universo são todos os Hospitais da cidade de Campina Grande – Paraíba, regularmente cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde e respectivamente no Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), perfazendo um total de 16 hospitais.

3.2.2 Amostra

Conforme Sales (2004) comenta, existem nas ciências sociais duas correntes de idéias distintas quando o assunto é a delimitação da amostra a ser pesquisada. Os adeptos dos métodos quantitativos acreditam nas amostras aleatórias, enquanto que os pesquisadores que utilizam abordagens qualitativas dizem que as amostras não precisam ser aleatórias. Assim sendo, estas duas correntes de idéias acabam possuindo lógicas diferentes.

De uma maneira geral, a amostra torna-se necessária nas pesquisas de campo nas ciências sociais, devido aos universos abrangentes de elementos, tão grandes que praticamente se torna impossível considera-los por completo.

No processo de pesquisa, a questão da amostra emerge em diferentes pontos de acesso. Conforme destaca Flick (2004), em um estudo para entrevistas, a amostra relaciona-se à decisão sobre quais pessoas entrevistar e quais serão seus grupos de origem, além do que, com essa questão, surge a decisão sobre quais entrevistados devem ter um tratamento diferenciado, ou seja, com transcrição e interpretação.

Neste caso, é importante destacar que, na pesquisa qualitativa, não é preciso definir, em relação ao universo, uma porcentagem de pessoas a serem entrevistadas, porém devem-se justificar bem os atributos dos atores envolvidos, pois, para a amostra em tal pesquisa, não é preciso quantidade, mas sim uma riqueza de informações, sem a necessidade de ser representativa quantitativamente. O tamanho da amostra depende dos propósitos da pesquisa e das questões específicas a serem realizadas.

Para a seleção da amostragem do estudo, algumas decisões devem ser tomadas, que se tornam determinantes no método escolhido. Portanto, para facilitar e elucidar melhor o caminho a ser percorrido, Flick (2004) destaca no Quadro 1, as decisões relativas à amostragem no processo de pesquisa qualitativa.

Quadro 1 Decisões relativas à amostragem no processo de pesquisa

<i>Estágio da Pesquisa</i>	Métodos de amostragem
Durante a coleta de dados	Amostragem de casos Grupos de amostragem de casos
Durante a interpretação de dados	Amostragem do material Amostragem dentro do material
Durante a apresentação das descobertas	Amostragem da apresentação

Fonte: Flick (2004, p. 77)

Assim como o autor supracitado destaca, a amostragem não se limita apenas à seleção preliminar do objeto de estudo, mas há uma constante interação e acompanhamento no processo de amostra do material que é utilizado na pesquisa, havendo uma seleção gradual, desde a coleta de dados até a apresentação das descobertas.

Nesse aspecto, pode-se perceber uma diferenciação entre os dois métodos, a amostragem teórica e a amostragem estatística, pois o princípio básico da amostragem teórica é selecionar casos e grupos de casos, de acordo com critérios concretos que digam respeito ao seu conteúdo, em vez de utilizar critérios metodológicos abstratos, conforme defende Flick (2004).

Essa breve comparação e diferenciação pode ser observada com maior detalhe na Quadro 2, descrito abaixo, em que se esclarece o método de

amostragem qualitativo, que destaca que a continuidade da amostragem se dá de acordo com a relevância dos casos investigados e não com sua representatividade.

Quadro 2 Amostragem teórica *versus* amostragem estatística

<i>Amostragem Teórica</i>	Amostragem probabilística
Extensão da população básica não é conhecida anteriormente.	Extensão da população básica é conhecida anteriormente.
Aspectos da população básica não são conhecidos com antecedência.	Pode-se estimar a distribuição dos aspectos na população básica.
Formulação repetida de elementos de amostragem com critérios a serem redefinidos em cada etapa.	Formulação de uma amostra em uma única tomada, dando prosseguimento a um plano previamente definido.
O tamanho da amostra não é definido previamente.	O tamanho da amostra é definido previamente.
Interrompe-se a amostragem quando a saturação teórica é atingida.	Interrompe-se a amostragem quando toda a amostra tiver sido estudada.

Fonte: Flick (2004, p. 81)

A comparação visualizada no quadro 2 demonstra as concepções distintas entre a amostragem teórica e a amostragem estatística, além de mostrar que o princípio básico da amostragem teórica é a forma genuína e típica da seleção de material na pesquisa qualitativa. A afirmação pode ser fundamentada e sustentada através da citação de Flick (2004, p. 82):

(...) todos os métodos de pesquisa possuem a mesma fonte nas técnicas cotidianas; os métodos qualitativos formam o primeiro, e os quantitativos, o segundo nível de abstração dessas técnicas cotidianas. Se isso for aplicado analogicamente às estratégias para a seleção de material empírico, a amostragem teórica (...) é a estratégia mais concreta, estando mais próxima da vida cotidiana.

Visando uma maior confiabilidade na delimitação da amostragem, utiliza-se a fundamentação da pesquisa qualitativa para o propósito do estudo em questão. A amostra tomada como referência para a pesquisa foi constituída da seguinte forma:

- Hospitais da cidade de Campina Grande, que possuam um sistema de informação hospitalar e estejam em processo de estudo e implantação

do prontuário eletrônico. Conforme caracterizados a partir de quadros a seguir³:

- Os administradores dos sistemas, por conhecerem todo o processo de informatização da empresa e trabalharem diretamente no desenvolvimento e aprimoramento do prontuário eletrônico.
- Médicos que trabalham com o prontuário de papel e tenham um certo conhecimento da estrutura do hospital em que trabalham e conheçam o sistema de informação implantado.
- Operadores do sistema que possuam no mínimo 5 anos de experiência na empresa e na função, pois acredita-se que as pessoas com mais tempo de serviço conheçam de perto os entraves e a evolução da organização e do sistema.
- Diretores dos hospitais, por serem o grupo responsável pela tomada de decisões em relação à utilização das informações dos sistemas.

Quadro 3 : CLIPSI - Hospital Geral

Nome:			CNES:	CNPJ:
CLIPSI HOSPITAL GERAL			2362821	08833691000116
Razão Social:			CPF:	Personalidade:
CLIPSI CLINICA PRONTO SOCORRO INFANTIL E HOSPITAL GERAL			--	JURÍDICA
Logradouro:			Número:	
RUA TREZE DE MAIO			366	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	CENTRO	58101070	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
EMPRESA PRIVADA			INDIVIDUAL	

Fonte: CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007.

O Hospital da CLIPSI tem como principal especialidade o atendimento na área pediátrica. Composto por dois blocos, localizados no centro da cidade. Integrando várias outras especialidades, possuindo um sistema de informação que interliga toda área hospitalar.

³ As caracterizações completas dos hospitais pesquisados encontram-se discriminados no Anexo D.

Quadro 4: Hospital Antônio Targino

Nome:		CNES:	CNPJ:
HOSPITAL ANTONIO TARGINO		2362848	08834137000153
Razão Social:		CPF:	Personalidade:
HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA		--	JURÍDICA
Logradouro:		Número:	Telefone:
RUA DELMIRO GOUVEIA		442	(83)33413266
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:
	CENTENARIO	58107735	CAMPINA GRANDE - IBGE - 250400
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:	Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA	MUNICIPAL
Natureza da Organização:		Dependência:	
EMPRESA PRIVADA		INIDIVIDUAL	

Fonte: CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007.

O Hospital Antônio Targino possui como especialidade a área de traumatologia, atendendo desde a cidade de Campina Grande até outras cidades da Paraíba. O sistema de informação utilizado foi desenvolvido para o controle e acompanhamento dos trabalhos diários.

Quadro 5 : Clínica Santa Clara

Nome:		CNES:	CNPJ:
CLINICA SANTA CLARA		3006204	08846255000181
Razão Social:		CPF:	Personalidade:
CLINICA SANTA CLARA LTDA		--	JURÍDICA
Logradouro:		Número:	
RUA DUQUE DE CAXIAS		630	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:
	PRATA	58108640	CAMPINA GRANDE
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:	Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA	MUNICIPAL
Natureza da Organização:		Dependência:	
EMPRESA PRIVADA		INIDIVIDUAL	

Fonte: CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007.

A Clínica Santa Clara possui como característica principal, o atendimento particular e à convênios médicos. O sistema de informação implantado é recente, mas já disponibiliza uma versão em fase de planejamento para a implantação do prontuário eletrônico.

Quadro 6: Hospital João XXIII

Nome:			CNES:	CNPJ:
SAS			2613743	07678950000119
Razão Social:			CPF:	Personalidade:
SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE - SAS				JURÍDICA
Logradouro:			Número:	
RUA NILO PECANHA			83	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	PRATA	58100000	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS			ININDIVIDUAL	

Fonte: CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007.

O Hospital João XXIII caracteriza-se como um hospital especializado em tipos específicos de atendimento, como: coração, hemodiálise e cirurgias de alta-complexidade.

Quadro 7: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

Nome:			CNES:	CNPJ:
INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA			2362287	24513574000393
Razão Social:			CPF:	Personalidade:
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE			--	JURÍDICA
Logradouro:			Número:	
RUA VILA NOVA DA RAINHA			SN	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	CENTRO	58100690	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL ESPECIALIZADO		MUNICIPAL		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS,SES e SMS)			MANTIDA	

Fonte: CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007.

O Instituto de Saúde Elpídio de Almeida é um hospital-maternidade. O único hospital público em Campina Grande que possui um sistema de informação com um considerável nível de desenvolvimento e que está sendo preparado para integração ao prontuário médico fornecido pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, foram obtidas realidades distintas, as quais se buscou analisar e interpretar separadamente.

Em relação ao número de pessoas entrevistadas em cada grupo, a prática tem indicado um mínimo de 20 indivíduos, mas esse número pode variar em razão do objeto e do universo de investigação. Ele Pode ser delimitado também dependendo do material obtido, que permita uma análise mais ou menos densa das relações estabelecidas no meio e a compreensão de “significados, sistemas simbólicos e de classificação, códigos, práticas, valores, atitudes, idéias e sentimentos” (DAUSTER, 1999, p. 2).

No que diz respeito ao número de indivíduos entrevistados, tem-se a seguinte delimitação:

- Hospitais – foram selecionados 5 (cinco) hospitais que possuem sistema de informação hospitalar e estão no processo de implantação ou desenvolvimento do prontuário eletrônico.
- Operadores – foram entrevistados 22 (vinte e dois) operadores, divididos entre os hospitais selecionados.
- Diretores – foram entrevistados 7 (sete) diretores ressalta-se, porém, que há hospitais com mais de um diretor.
- Administradores de sistemas – limitou-se a 7 (sete) indivíduos, por se tratar da amostra total e representativa da pesquisa dos hospitais.
- Médicos – constituem-se por um grupo de 12 (doze) entrevistados, estabelecido por indivíduos que trabalham nos hospitais onde há os sistemas de informação.

À medida que foram sendo colhidos os depoimentos, foram sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, dependendo do volume e da qualidade, o material de análise tornou-se cada vez mais consistente e denso.

Com isso, foi possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade, além de visões de mundo da amostragem em questão, havendo nesses casos as recorrências que atingiram o chamado ponto de saturação, dando-se por finalizado o trabalho de campo.

Sendo assim, obtém-se um resultado dentro da definição gradual de amostras que teve como base a amostragem teórica que, de acordo Flick (2004, p. 79) é:

A amostragem teórica é o processo de coleta de dados para a geração de teoria por meio da qual o analista coleta, codifica e analisa conjuntamente seus dados, decidindo quais dados coletar e seguir e onde encontrá-los, a fim de desenvolver sua teoria quando esta surgir. Esse processo de coleta de dados é controlado pela teoria em formação.

No referido caso, paralelamente ao processo de entrevistas, aconteceu a análise de conteúdo dos dados, de forma que foi possível evitar a repetição de dados durante a apresentação dos resultados.

3.3 Estratégia de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através dos dados e informações colhidos das fontes diretas e através da pesquisa de campo, junto ao grupo de pessoas que compuseram a amostra. Para isso, foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas aos participantes da amostra.

Entende-se por instrumento de pesquisa aquilo que é utilizado para coletar os dados de forma confiável, atendendo a dois propósitos: validade e fidedignidade. Um

instrumento é válido quando ele mede o que pretende medir e fidedigno quando, uma vez aplicado à mesma amostra, conduz aos mesmos resultados (RUDIO, 1998).

A coleta a que se refere este texto foi definida através de duas vertentes: dados primários e dados secundários.

- Dados primários: foram colhidos a partir da simples observação das empresas e das entrevistas semi-estruturadas.
- Dados secundários: foram extraídos por meio da pesquisa bibliográfica.

Na coleta de dados da referida pesquisa, foram utilizadas algumas técnicas que são fundamentadas por autores como Vergara (2005), Mayring (2002), Flick (2004) e Rudio (1998), que consideram, para esse fim, a observação, a entrevista individual, a análise de conteúdo e a documentação.

Logo, foi fundamentado nesses autores que o estudo utilizou a maior parte das técnicas para coletarem os seus dados, principalmente através da entrevista semi-estruturada, conforme é descrito com maior riqueza de detalhes nos itens a seguir.

3.3.1. Questões da Pesquisa

Para a construção das questões de pesquisa, é necessário compreender o contexto e interpretar os objetos de estudos; portanto Mayring (2002, p.38) comenta que “o ponto de partida das pesquisas humanas deve ser, principalmente, problemas concretos, práticos da sua área de estudo, aos quais os resultados também podem ser relacionados”.

Nessa contextualização, é importante destacar que a formulação das questões de pesquisa torna-se uma etapa central e essencial para o sucesso na pesquisa qualitativa. De acordo com Flick (2004), as questões de pesquisa comumente são ignoradas na maioria das apresentações de métodos e é o método que define como formular as questões de pesquisa, pois o pesquisador defronta-se com o problema, não só no início, mas em diversas fases do processo.

Flick (2004, p. 63) chama a atenção para a decisão de escolha do método de coleta de dados, como também para a formulação das questões de pesquisa:

(...) Particularmente, na decisão sobre o (s) método (s) de coleta de dados, na conceitualização de programas de entrevistas, mas também na conceitualização de interpretação, isto é, do método empregado e do material selecionado, refletir sobre a questão de pesquisa e reformulá-la são pontos centrais de referência para avaliar se as decisões tomadas são apropriadas.

Logo, a formulação das questões de pesquisa é uma forma de esclarecer o que os contratos de campos irão revelar durante a pesquisa, pois quanto menor for a clareza na formulação de uma questão de pesquisa, maior poderá ser o risco do pesquisador se deparar com um montante de dados para ser interpretados. Para evitar a formulação errônea ou incorreta de questões de pesquisa, Flick (2004) relaciona, através da Figura 7, uma maneira mais geral para a elaboração da questão de pesquisa.



Fonte: Flick (2004, p.64)

Figura 7: Questões de pesquisa no processo de pesquisa

Com base nos autores e como forma de estabelecer respostas para o presente estudo, foram destacadas algumas questões que são importantes para o desenvolvimento da pesquisa e estão abaixo descritas.

3.3.1.1 Questões Gerais da Pesquisa

- a) Até que ponto os médicos estão realmente envolvidos no desenvolvimento do Prontuário Eletrônico?
- b) Os usuários são ouvidos no processo de estruturação do Prontuário Eletrônico?
- c) As opiniões dos médicos e usuários são entendidas e absorvidas pelos analistas de sistemas?

- d) Os atuais sistemas estão atendendo às expectativas e necessidades dos médicos e usuários?

Tomando-se como base as questões gerais da pesquisa foram desenvolvidas questões mais específicas e direcionadas a cada grupo entrevistado, que se encontram estabelecidas e detalhadas no Apêndice A. Com isso, possibilitou-se um levantamento mais preciso das informações, na busca por respostas mais concretas e enriquecedoras.

3.3.2 Dados Primários

Os Dados Primários foram colhidos a partir da simples observação da empresa e das entrevistas semi-estruturadas em profundidade. Na visão de Vergara (2005, p. 54), “na observação simples, você mantém certo distanciamento do grupo ou da situação que tenciona estudar; é um espectador não interativo”.

Da mesma forma, Vergara (2005) observa que a entrevista é um procedimento no qual o entrevistador faz perguntas a alguém (entrevistado), que oralmente lhe responde, em que a presença física de ambos torna-se necessária no momento da entrevista.

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados que apresenta uma maior flexibilidade na obtenção de informações necessárias à pesquisa, de que dispõem as ciências sociais, tornando-se uma fonte de informação e uma forma de interação social.

A observação por si só não possui um grau de importância considerável, pois necessita sempre de informações mais precisas, que são obtidas através da entrevista. Como defende Mayring (2002, p. 66), “(...) é difícil inferir significâncias

subjetivas a partir de observações. É necessário deixar o próprio sujeito falar, eles mesmos são, inicialmente, os *experts* de seus próprios conteúdos de significâncias”.

Assim, existe uma série de técnicas de entrevistas qualitativas, que se apresentam com nomes diferentes e que são descritas no Quadro 8 a seguir:

Quadro 8: Classificação terminológica de formas de entrevistas qualitativas

Entrevista aberta (vs. Fechada)	Trata da liberdade do entrevistado	Este pode responder livremente, sem alternativas existentes, pode formular o que para ele é importante para o tema da entrevista.
Entrevista não-estruturada (vs. Estruturada) ou não-estandardizada (vs. Estandarizada)	Trata da liberdade do entrevistador	Este não conta com um catálogo rígido de perguntas, pode formular perguntas e tópicos conforme a situação da entrevista.
Entrevista qualitativa (vs. Quantitativa)	Trata da análise do material coletado pela entrevista	A análise utiliza técnicas qualitativas – interpretativas

Fonte: Mayring (2002, p. 66)

Conforme a terminologia apresenta no Quadro 8, as entrevistas centradas no problema e entrevistas focalizadas constituem procedimentos abertos, semi-estruturados e qualitativos, semelhantes à exploração e entrevista profundas (MAYRING, 2002).

A entrevista utilizada nesta pesquisa foi a semi-estruturada, pois segundo Lakatos e Marconi (1996, p. 95), “são aquelas em que o entrevistador possui a liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção em que considere adequada”.

Assim sendo, Flick (2004, 89) destaca que “as entrevistas semi-estruturadas, em particular, têm atraído interesse, sendo amplamente utilizadas”. Todo esse interesse pode ser percebido através da expectativa vinculada de que é mais

provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista, com um planejamento relativamente aberto, do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário.

Na estruturação e nas modalidades de entrevistas qualitativas, ocorre geralmente uma abertura na formulação das perguntas, ocasionando uma abertura também na avaliação qualitativa.

Dessa forma, direcionou-se esta pesquisa a questionamentos que ajudaram a responder as dúvidas existentes, os quais foram aplicados aos sujeitos anteriormente descritos, enquadrando a pesquisa na realidade e no contexto de cada entrevistado.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas *ipsis literis* para o editor de texto eletrônico. Mesmo sendo um método demorado, acredita-se que, dessa forma, as informações colhidas são de maior qualidade para este tipo de pesquisa, pois Mayring (2002, p. 89) destaca que “por meio da transcrição literal prepara-se uma versão textual completa do material levantado, que servirá como base para uma avaliação interpretativa extensa”.

3.3.3 Dados Secundários

Paralelamente às entrevistas, foi utilizada a coleta, destacando-se a pesquisa bibliográfica que, segundo Vergara (2005, p.48), “é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral”.

Tomou-se uma estratégia a busca por referência, durante praticamente todo o processo da pesquisa, levando em consideração, principalmente, a escolha de

autores conceituados na área a partir de obras recentes, como também algumas obras antigas, porém consideradas clássicas para a formação do conhecimento.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de Outubro de 2006 e Janeiro de 2007, quando as entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho durante o expediente normal.

3.4 Estratégia de Tratamento de Dados

O tratamento dos dados dessa pesquisa demonstra a análise qualitativa e a interpretação, através da análise de conteúdo. A metodologia utilizada é descrita com detalhes nos itens posteriores.

3.4.1 Métodos Qualitativos

Vale ressaltar que o método de análise qualitativo, relatado por Mayring (2002), vem ganhando força nas pesquisas de cunho social, principalmente nos últimos 10 a 20 anos, sem esconder o fato de que as raízes do pensamento qualitativo são muito extensas, apresentando sua descrição desde Aristóteles (384 – 322 a C). Esse método apresenta uma ciência que:

- Vê os objetos como submetidos a crescimento e perecimento, enfatizando, assim, aspectos históricos e desenvolvimentais;
- Quer também compreender os objetos por suas intenções, objetivos e finalidade, admitindo, assim, julgamentos valorativos na análise científica;
- Aceita, além da dedução do geral para o particular, por meio de provas lógicas, não-contraditórias, um procedimento indutivo, estabelecendo, assim, a base para análises pertinentes de casos individuais.

Em relação ao pensamento qualitativo, Mayring (2002) ressalta que a quantificação ou método meramente quantitativo tornou-se frágil, pois busca simplesmente aproximar-se do homem por meio de testes e medições, que experimenta e verifica a sua representatividade estatística, diferentemente do método qualitativo, que busca o entendimento do contexto em que o homem está inserido, compreendendo o objeto de estudo, alcançando a qualidade das informações.

A pesquisa qualitativa vem se estabelecendo nas ciências sociais, existindo atualmente, uma enorme variedade de métodos científicos disponíveis, cada um dos quais partindo de diferentes premissas em busca de objetivos distintos, pois cada método tenta compreender de forma específica seu objeto, conforme destaca Flick (2004).

Sales (2004, p. 61) destaca que existe um método adequado para cada tipo de objeto de estudo: “Os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”.

Portanto, cabe ao pesquisador, observando o seu objeto de estudo, ter o bom senso e a percepção para conseguir entender, compreender e interpretar corretamente os dados coletados, para que os resultados obtidos sejam o mais próximo possível da verdade, evitando o surgimento de vieses na pesquisa, para que haja maior relevância na pesquisa qualitativa.

3.4.2 Análise de Conteúdo

Vergara (2005) delimita a análise de conteúdo como sendo uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema da pesquisa.

Já Bardin (1977, p. 42) define a análise de conteúdo como:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo qualitativa, que foi utilizada nesta pesquisa, é defendida por Gläser e Laudel (*apud* SALES, 2004), que enfatizam a interpretação ao longo de todo o processo de tratamento dos dados. Esse tipo de análise é diferente da visão de Bardin (1977), que trata a análise de conteúdo, visando à quantificação das palavras através da frequência.

Essas informações podem ser assim descritas e fundamentadas através do Quadro 9, em que se destaca a diferença entre as análises de conteúdo defendidas pelos autores acima descritos.

Quadro 9: Diferenças entre análises de conteúdo

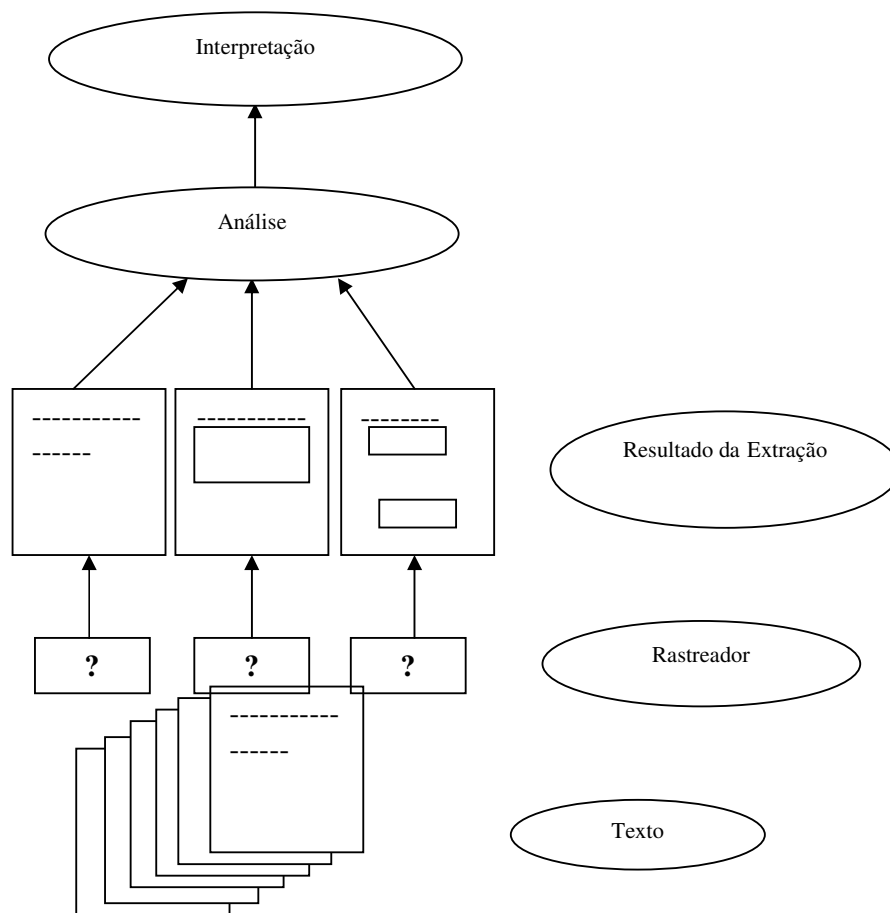
Quanto à	Análise de Conteúdo (Bardin)	Análise de Conteúdo Qualitativa (Gläser e Laudel)
Natureza	Quantitativa ou qualitativa	Qualitativa
Fase	Pré-análise Análise Tratamento dos dados	Preparação da extração Extração Preparação dos dados Avaliação
Sistema de categorias	Sistema fechado (<i>ex ante</i>)	Sistema aberto (adaptado)
Terminologia	Codificação	Extração
Interpretação	Tratamento dos dados	Desde a extração

Fonte: Nóbrega (2005, p. 82)

A análise de conteúdo que está se enfatizando nesta pesquisa busca transformar os dados brutos das entrevistas, que foram transcritos posteriormente em uma informação mais elaborada, através das extrações, visando compreender uma realidade.

Um dos pontos mais positivos da análise de conteúdo qualitativa defendida por Gläser e Laudel (2004 *apud* SALES, 2004) é a flexibilidade, pois a todo o momento é permitido ao pesquisador adequar seu instrumento metodológico aos possíveis elementos emergentes na pesquisa, como, por exemplo, criar novas categorias se assim for necessário.

Assim, o método de análise de conteúdo de Gläser e Laudel (2004 *apud* NÓBREGA, 2005) utiliza a extração, que possui esta nomenclatura para poder ser facilmente diferenciada da codificação existente em outros métodos. Por sua vez, a figura 8 mostra detalhadamente como se processa a extração e avaliação das informações do texto.



Fonte: Gläser e Laudel (2004, *apud* NÓBREGA, 2005).

Figura 8: Princípio da análise de conteúdo qualitativa

Dessa forma, procura-se estabelecer a análise de conteúdo qualitativa de Gläser e Laudel (2004 *apud* NÓBREGA, 2005), que está dividida basicamente em quatro etapas. A primeira etapa é chamada de preparação para a extração e se divide em três fases: preparação do conteúdo – construção de categorias de acordo com as considerações teóricas -, preparação metódica – consiste em montar um texto a partir da transcrição dos conteúdos coletados na entrevista -, e preparação técnica – criação de macros de extração de conteúdo relacionado com as categorias estabelecidas.

A segunda etapa é denominada de extração. É nessa etapa em que se faz a leitura dos textos transcritos e se toma a decisão de quais são as informações relevantes para resolver o problema de pesquisa.

A terceira fase é denominada de preparação dos dados. Essa fase diz respeito ao 'acabamento' do texto, em que são eliminadas possíveis redundâncias, corrigidos erros eventuais, além do fato de as informações serem condensadas.

Acerca da terceira fase, Gläser e Laudel (2004 *apud* SALES, 2004) afirmam que “[...] o resultado da preparação desenvolvido na base de informação contém todas as informações relevantes para a resposta da questão de investigação”.

Por fim, a última etapa é chamada de avaliação. Esse é o momento no qual o pesquisador passa a fazer suas análises a partir das relações encontradas entre a base teórica utilizada e o material coletado. As etapas descritas acima estão detalhadas a seguir.

3.4.2.1 Preparação da Extração

Essa etapa da análise de conteúdo e da extração das entrevistas é dividida em três partes: preparação do conteúdo, preparação metódica e preparação técnica.

A – Preparação do Conteúdo

A preparação do conteúdo remonta às considerações teóricas iniciais do pesquisador, ou seja, baseia-se no referencial teórico empregado na pesquisa e no projeto. Com base nessas considerações, o pesquisador elabora as entrevistas, faz o levantamento dos dados e os avalia por meio da análise de conteúdo qualitativa.

Também verifica se há necessidade de incluir alguma variável que não fora levada em consideração nos pressupostos teóricos. Dessa forma, podem-se mudar as dimensões das categorias existentes ou construir novas categorias.

A base teórica da dissertação proporcionou a criação da estrutura apresentada no Quadro 10. A partir daí e com a aplicação das entrevistas, notou-se a necessidade de realizar modificações em torno de algumas dimensões na etapa posterior.

Quadro 10 Grupo de pesquisa, variáveis e suas respectivas dimensões antes da extração

Grupo de Pesquisa	Variável	Dimensões
Médicos	Informatização	Necessidade Pesquisa Importância
	Prática médica	Acompanhamento Informação precisa
	Barreiras	Custo Resistência Direção Volume de informação
	Benefícios	Acesso Conduta Integração Segurança Agilidade
Operadores	Participação	
	Treinamento	
	Implantação	
	Dificuldades	
	Benefícios	
Diretores	Implantação	Necessidade
	Orçamento	Possui Não Possui
	Resultados	
Administradores do Sistema	Desenvolvimento	
	Implantação	
	Preparo	Usuários Hospitais

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

B – Preparação Metódica

A preparação metódica compreende o material que foi recolhido e vai ser avaliado, ou seja, é o material transcrito do material empírico, correspondente ao conteúdo das entrevistas transcritas no editor de texto.

Neste processo de preparação, a unidade de análise pode ser um parágrafo do texto, uma sentença ou um trecho da frase, mas devendo ser observado que, simplesmente, uma parte da frase é normalmente muito pequena para ter uma significância e poder ser interpretada, devendo ser observado e analisado o contexto em que a transcrição está inserida.

Na preparação metódica da dissertação, foram transcritas 48 entrevistas que resultaram em um total de 129 laudas, sendo tomadas como unidades de análise ora sentenças, ora trechos de frases, variando entre um e outro de acordo com a relevância do que estava sendo transmitido pelo entrevistado.

C – Preparação Técnica

Nessa etapa, a preparação técnica consiste na construção dos programas de avaliação, mais conhecidos como macros de extração e que são usados na fase seguinte. As macros apóiam a remoção das informações dos textos e o armazenamento estruturado de tais informações, para que possam, *a posteriori*, ser melhor processadas em separado.

As macros fazem parte de um pacote de programas desenvolvidos e cedidos pelos autores Gläser e Laudel, batizado com o nome de MIA, criando-se assim uma base de informação diferente dos textos originais.

Com o auxílio do MIA, puderam-se criar macros referentes às variáveis, que surgem em decorrência da macro mãe, que atua no editor de texto, e apoiar a remoção das informações de um texto, separando-as e armazenando-as em um espaço destinado a elas, para que fossem melhor processadas separadamente. Dessa forma, com o MIA, o pesquisador pode produzir a sua própria questão de pesquisa adaptada aos macros de extração.

3.4.2.2 Extração

A extração utilizada na metodologia qualitativa de interpretação das entrevistas é considerada o núcleo de toda a metodologia. Essa ação é importante, por corresponder à retirada das informações pertinentes do texto, pois já, de posse do material condensado, são procurados os causalismos e os mecanismos causadores que interessam para as devidas interpretações.

É importante ressaltar que nessa fase utiliza-se o rastreador, que faz a filtragem de todas as informações, as quais, depois de rastreadas, são registradas na categoria apropriada.

Nessa fase, há a criação de regras de extração, com o intuito de evitar duplicidade de informações e de categorias, pois uma regra de extração bem fixada pode resolver facilmente um provável problema de demarcação de variáveis, além de proporcionar a alteração de variáveis já existentes ou a construção de novas variáveis e o registro de novas dimensões.

A criação de regras para a extração é um processo individual de cada pesquisador, por ele estar mais próximo dos objetos da pesquisa a ser desenvolvida,

influenciando na construção das macros, atuando sobre a base de informação que é pertinente para a resposta da pergunta de investigação.

Ainda sobre a extração, Nóbrega (2005) adotou as seguintes regras:

1. Leitura preliminar no arquivo das entrevistas;
2. Leitura posterior no ato da extração;
3. Extração de um parágrafo por vez;
4. Aplicação de uma ou mais macros em um único parágrafo;
5. Escolha de sentenças e/ou parágrafos completos;
6. Declarações contraditórias, quando o pesquisador observar que o entrevistado não possui conhecimento claro acerca da questão, não serão extraídas.

Do resultado de extração, observando esses itens, origina-se um grande material de análise, que contém todas as informações das variáveis e suas relações de causa. Dessa etapa, foram originadas outras etapas do processo que utilizaram esse material, e os textos originais das entrevistas poderão ser consultados a qualquer momento, se por acaso aparecerem problemas nos processos de avaliação.

Ainda sobre a extração, Gläser e Laudel (*apud* SALES, 2004, p.72) explicam que:

A extração de informações dos textos de entrevistas tem naturalmente conexão com a interpretação. Nós temos um parágrafo do texto, o interpretamos e decidimos nesta base quais dimensões da variável estas informações estão classificadas e como nós resumimos a informação para um melhor retorno. Extração também significa que precisamos fazer decisões continuamente. As decisões não serão arbitrárias, mas sim justificadas teórica e empiricamente.

Após a criação das regras de extração e das observações realizadas por Sales (2004) e Nóbrega (2005), pôde-se montar o Quadro 11, que teve as variáveis

e suas dimensões reais utilizados para a extração dos trechos das entrevistas dos grupos de pesquisa.

Quadro 11: Grupos de pesquisa, Variáveis e suas respectivas dimensões durante a extração

Grupos de Pesquisa	Variável	Dimensões
Médicos Administradores dos sistemas	Desenvolvimento e Implementação	Informatização
		Padronização
		Custo
		Dificuldades
		Agilidade
Operadores e	Treinamento	Despreparo
Diretores	Participação	Resistências

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

3.4.2.3 Preparação dos Dados

Nesta etapa da preparação dos dados, as informações são condensadas, para evitar a dispersão das informações analisadas através das considerações teóricas empregadas no início da pesquisa, eliminando assim redundâncias e corrigindo possíveis erros. Dessa forma, houve uma estruturação dos dados existentes.

Dessa forma, Gläser e Laudel (*apud* SALES, 2004, p. 73) esclarecem:

Em princípio este passo não deve ser realizado na tabela de extração, mas sim em uma cópia da tabela de extração, na qual os novos dados serão arquivados. Com a análise de conteúdo qualitativa vale a regra de que o resultados de cada um dos passos obtidos precisa permanecer.

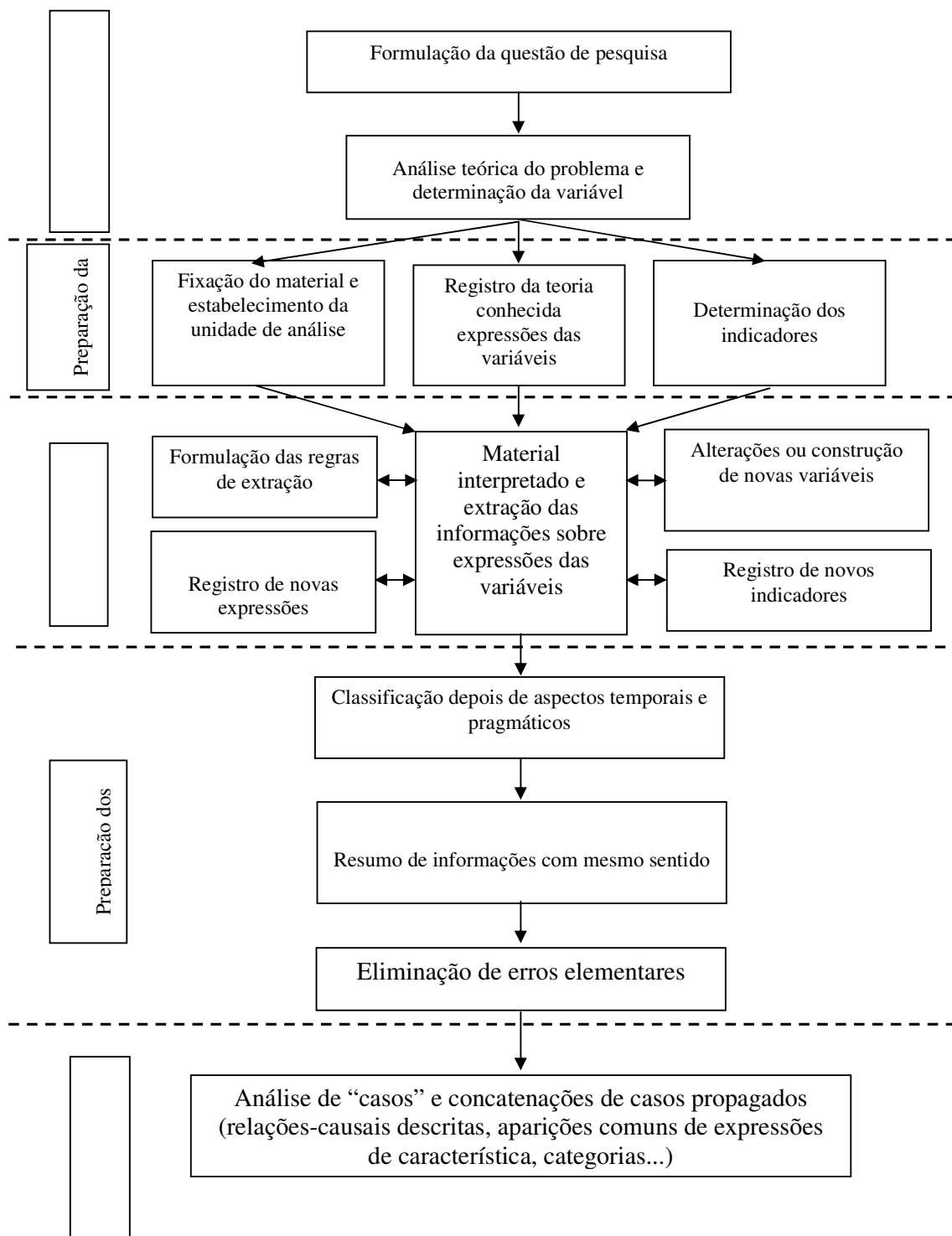
Com base nesta etapa, o pesquisador obtém o resultado da preparação dos dados contendo as informações relevantes para a resposta da questão de investigação.

3.4.2.4 Avaliação

Essa é a última etapa na análise de conteúdo estabelecida na pesquisa. Não caracteriza mais uma etapa de natureza técnica, como as anteriores, mas ocorre neste momento a estruturação da avaliação, isto é, o estabelecimento da meta e da estratégia para o alcance dos objetivos traçados inicialmente.

A avaliação poderá consistir de uma análise comparativa, além de responder às questões que a pesquisa se propõe a estudar. Gläser e Laudel (*apud* SALES, 2004) acreditam que essas estratégias estabelecidas para responder às questões de pesquisa são baseadas em experiências na utilização dessa metodologia, que não são exclusivas desse método, mas que já foi constatada sua eficiência.

Nessa etapa, as informações são estruturadas e avaliadas através das variáveis, que são pertinentes às questões de investigação, conforme destaca a figura 9 a seguir, enfatizando o processo de análise de conteúdo qualitativo baseado em Gläser e Laudel.



Fonte: Nóbrega (2005, p. 90)

Figura 9: Etapas da análise de conteúdo qualitativa, baseada em Gläser e Laudel (2004)

3.5 Limitações da Pesquisa

A limitação da pesquisa é importante, pois tais limitações servirão de parâmetros para outros pesquisadores, além de servir de análise e julgamento do que foi proposto inicialmente.

O estudo limitou-se simplesmente aos hospitais que possuíam sistema de informação e que pretendem implantar o prontuário médico eletrônico, não constituindo parte da pesquisa as instituições que possuem algum tipo de sistema informatizado para auxílio no controle administrativo do hospital.

Com isso, buscaram-se entender a relação existente entre os médicos, diretores, administradores dos sistemas e operadores dos sistemas e prontuários médicos existentes nos hospitais da cidade de Campina Grande-PB, como também a influência que cada grupo de estudo tem sobre o prontuário eletrônico do hospital.

Vale salientar que as entrevistas foram cessadas à medida que se chegou ao ponto de saturação, nos grupos dos médicos e dos operadores. O mesmo não ocorreu com os administradores do sistema e diretores, pois, nesses casos, as entrevistas foram realizadas continuamente com todos os membros do grupo.

Portanto, os resultados e a conclusão encontrados nesta pesquisa são exclusivos das instituições estudadas, não podendo ser generalizados para outras organizações. Devem-se entender as instituições e os acontecimentos de acordo com cada contexto ambiental em que estão inseridos os objetos da pesquisa.

The background of the slide features a close-up, slightly blurred photograph of a white plastic pill bottle. The bottle is partially filled with several red, oval-shaped tablets. A white cap is visible on the bottle. The overall color palette is warm, with shades of orange and yellow. The text is overlaid on this image in a dark blue, serif font.

*ANÁLISE E RESULTADOS
DA PESQUISA*

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Este capítulo tem o objetivo de mostrar e discutir os resultados encontrados durante a observação e as entrevistas realizadas. A análise e interpretação dos dados está organizada de acordo com os grupos delimitados na pesquisa de campo e com as dimensões correspondentes aos temas secundários que surgiram ao longo dos depoimentos.

Os achados da pesquisa foram obtidos através da análise de conteúdo qualitativa destacada por Gläser e Laudel (2004 *apud* Sales, 2004) e Nóbrega (2005) e sua apresentação é realizada partindo do esclarecimento inicial acerca do significado da variável e suas dimensões no contexto da pesquisa.

Os resultados encontrados e apresentados por variáveis são apresentados interpretativamente e analisados pelo pesquisador na ordem que se segue.

Nesta análise, foram utilizadas citações que comprovam as opiniões e percepções dos entrevistados, porém, por questão de ética e por entender que a pesquisa não tem como objetivo prejudicar ou denegrir a imagem dos entrevistados, foram omitidos os nomes dos autores das declarações.

4.1 Desenvolvimento e Implementação

Durante as entrevistas com os grupos de pesquisa, foram identificadas as variáveis e suas respectivas dimensões, posteriormente foi realizada a seleção dos trechos dos depoimentos pertinentes a cada dimensão, conforme é delimitado no quadro 12, exposto a seguir.

Quadro 12 – Variável desenvolvimento e implementação e suas respectivas dimensões

Variável	Dimensões
Desenvolvimento e Implementação	Informatização
	Padronização
	Custo
	Dificuldades
	Agilidade

Fonte: Pesquisa Direta

A variável destacada e suas dimensões correspondentes são discutidas e explicadas através de trechos das entrevistas dos grupos de pesquisa estudados, que são representados pelos médicos, administradores dos sistemas, diretores e operadores, permitindo melhor entendimento do assunto abordado.

4.1.1 Informatização

Essa dimensão permite investigar e identificar, nos grupos estudados, a percepção que os entrevistados possuem sobre as informações existentes nos sistemas de informação hospitalar e como os mesmos vêem a informatização dos hospitais e do prontuário médico.

A – Médicos

Quando questionados sobre o quanto a informatização dos hospitais e principalmente do prontuário eletrônico afeta a prática médica, um ponto em destaque foi a importância do acompanhamento nos tratamentos dispensados aos pacientes nos hospitais.

Os médicos foram enfáticos ao destacarem que tanto o prontuário médico de papel, quanto o prontuário eletrônico auxiliam no acompanhamento do tratamento dos pacientes, conforme demonstra transcrições de algumas entrevistas.

(...) poder ver o paciente com mais detalhes, com mais calma, tudo, ver os tratamentos atual e anterior, mesmo que tenha sido feita por outra colega, era bem melhor e ajudaria bastante.

A informatização do prontuário médico vai facilitar, tanto o atendimento médico quanto a prestação do serviço médico ao paciente. Vai dar a gente mais detalhes da vida pregressa e futura do paciente e facilitar a complementação do tratamento.

Os médicos destacaram o acompanhamento como algo positivo para o desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico do paciente, devido a constante mudança dos médicos nas emergências dos hospitais. Em muitos casos, não há um acompanhamento preciso do paciente e de todas as informações importantes sobre consultas e descrições médicas anteriores.

Na análise da variável Informatização, delimitou-se uma característica no desenvolvimento do prontuário eletrônico, como sendo uma base de pesquisa dos médicos no entendimento e estudo dos pacientes. Logo, os entrevistados destacaram que a informatização do prontuário médico irá possibilitar a facilitação na pesquisa de prontuários e acesso aos mesmos, além de um diagnóstico mais preciso.

(...) rapidez no atendimento e na identificação da patologia, do fato e da história pregressa do paciente. Facilitaria também no diagnóstico, no acompanhamento do quadro clínico e da enfermidade do paciente.

Tem um registro, mas em último caso é consultado no almoxarifado daqui, você tem que ir atrás e pegar... o eletrônico não, tem o banco de dados você digita o que quer e é só pegar.

Na entrevista acima, o médico destaca que em muitos casos não consegue utilizar os prontuários médicos existentes, como forma de pesquisa, pois são

arquivados de forma irregular e em locais de difícil acesso. Com a informatização do prontuário médico, tornar-se-ia mais fácil a participação dos médicos em um diagnóstico mais preciso dos seus pacientes, principalmente por proporcionar pesquisa a bancos de dados existentes.

Os médicos apontaram que a melhoria no acompanhamento dos tratamentos é ocasionada pela possibilidade de resgate das informações de outras consultas feitas por outros médicos, complementando o tratamento atual de forma mais precisa.

A disponibilização das informações de maneira mais precisa, possibilita um conhecimento maior do tratamento e das ações a serem tomadas em relação ao paciente. As informações contidas no prontuário eletrônico caracterizam uma maior confiabilidade, por terem sido informadas por um colega de profissão (médico).

Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) destacam que, com essa informatização do prontuário médico, ocorrem a automatização das informações e a recuperação dos dados, possibilitando uma pesquisa mais precisa das informações de determinado paciente, melhorando o atendimento e o tratamento ao paciente.

Outros médicos destacam que já puderam utilizar ou observar o manuseio de prontuários médicos informatizados e o quão facilitam a pesquisa e estudo de casos mais difíceis de tratamento, possibilitando um acompanhamento mais propício dos pacientes. As falas seguintes demonstram esses pensamentos:

Eu participei em São Paulo quando eu fiz residência, lá já tinha essa informatização de alguns prontuários, principalmente os que iam fazer trabalhos era tudo informatizados.

(...) é importante porque na hora que tá informatizado, você tem mais facilidade de ter acesso a prontuários anteriores.

A informatização do prontuário médico é uma coisa muito boa, tanto para o médico em si como pra futuramente algumas pesquisas sobre ele. Isso leva em conta não só a pesquisa médica como também o próprio paciente ter a sua evolução.

A informatização do prontuário médico, além de possibilitar o acompanhamento mais detalhado do paciente, pelo médico, possibilita o aprendizado contínuo, por ter legislações, normas e diretrizes sobre determinadas ações médicas existentes. Veja-se transcrição a seguir:

Eu acho que do ponto de vista do prontuário eletrônico nos locais onde a gente tem residência médica, onde a gente tem ensino médico, então eu acho que o uso desse prontuário devia ser incluído determinadas legislações, onde pudesse ser consultados determinados caso para ser apresentado aos residentes, ou que você tenha discussões com os residentes em relação a determinados condutas, mas que o residente em si, ele deve ter novamente ou nunca deve deixar de ter aquela história, avaliação...

A visão de facilitação do acesso e à pesquisa do prontuário médico é também apontada pelo Ministério da Saúde (2004a) como sendo uma maneira de integração e melhoramento da saúde.

Infelizmente, essa visão de que o prontuário médico informatizado deve se tornar apenas um facilitador da relação médico-paciente não se torna uma unanimidade nas pesquisas, pois Serafeimidis e Smithson (2003) destacam que o contexto organizacional é um forte influenciador no papel de informatização e desenvolvimento organizacional.

Mas, vale salientar que esse resgate dos tratamentos e consultas anteriores só é possível mediante uma infra-estrutura bem desenvolvida e utilização correta da tecnologia, a qual se apresenta como sendo o principal problema apontado por Pratt et al. (2004), pois os autores destacam que, principalmente na área médica, as

empresas não dão a devida atenção à infra-estrutura organizacional, influenciando diretamente na tramitação das informações médicas necessárias a cada setor.

Na informatização do prontuário eletrônico, os médicos elucidaram a necessidade da informatização como forma de ajudá-los e auxiliá-los nas rotinas da organização, conforme destaca a transcrição abaixo:

Eu acho que é quase necessário. Tá tudo tão corrido hoje, tem tão pouco tempo para fazer tudo e qualquer coisa que agilize o atendimento, que facilite o atendimento é praticamente necessário hoje.

Eu acho que atrapalhar não atrapalha em nada, eu acho que só facilita. pois há necessidade de padronizar e criar uma rotina única no hospital, né, principalmente para os profissionais...

Nessa dimensão em destaque, os médicos confirmam a necessidade das empresas de saúde se informatizarem, mas, em nenhum momento, mostram-se abertos a participarem do desenvolvimento ou planejamento do prontuário eletrônico nos hospitais. Destaca-se, nesse ponto, a visão dos médicos de entenderem que o prontuário e os sistemas de informação são implantados para auxílio à atividade administrativa e não ao processo social e organizacional, conforme defende Serafeimidis e Smithson (2003).

Nos relatos abaixo, os entrevistados destacam que a informatização minimiza os problemas com a letra dos médicos, confere rapidez no atendimento, melhora a disponibilização das informações de determinado paciente em outros lugares, além de evitar a repetição de determinado tratamento, pois, com as informações precisas, o médico direciona o tratamento mais rapidamente:

A própria disponibilização do prontuário, melhorar a letra do médico, a rapidez no atendimento e medicamentos.

(...) ela afeta o seguinte, porque na hora em que você tiver... olha eu tô com um paciente aqui, se você tem todo ele informatizado, você vai fazer um atendimento em outros lugares mais adiantados você

pode levar inclusive tudo que foi feito em relação ao paciente, tá certo, o disquete que ele vai dar a você tudo que foi realizado, quer dizer, tem informações mais precisas do que a própria o encaminhamento a punho.

Eu acho que seria muito bom pra gente, positivo... teria todos os dados ali, tá de fácil acesso... você quer qualquer informação do paciente, tratamentos anterior, alergias a medicamentos, era fácil para a gente tá sempre lá pesquisando e achando rápido.

Os médicos salientam, todos os dados seriam disponibilizados no prontuário para o acesso e um tratamento posterior mais preciso, mas não lembram que o prontuário eletrônico poderia ser uma ferramenta para guiar o seu trabalho no apoio a uma determinada decisão, esquecendo que, para que essa decisão possa ser tomada mediante o fornecimento correto de informações, é importante a existência de uma base de conhecimento médica necessária e também a digitação correta dessas informações no sistema (NILSSON, GRISOT e AANESTAD, 2002).

B – Administradores dos Sistemas

Na variável desenvolvimento e implantação busca-se por parte dos Administradores dos Sistemas o seu entendimento sobre o prontuário eletrônico e suas percepções acerca do referido assunto

Os entrevistados vêem a necessidade crescente de informatização dos hospitais e cada vez mais, buscam aprimorar os sistemas que utilizam nas instituições hospitalares, mas, no caso dos sistemas do DATASUS, alguns destacam que são ultrapassados e não atendem às reais necessidades da empresa. De acordo com relatos a seguir:

Alguns hospitais não usam o sistema pronto e tem que trabalhar direto na plataforma do SUS e isso fica mais complicado, até porque o sistema do SUS é obsoleto para a gente hoje. Mas precisamos do sistema SUS e acabamos integrando ao novo sistema, já deixa pronto os arquivos pra ser migrado do sistema do SUS.

Os relatos transcritos acima e complementados com os trechos transcritos a seguir demonstram que, os Administradores de Sistemas procuram entender a estrutura física e humana existente no hospital, mas acabam generalizando no processo de implantação do prontuário eletrônico, para melhorar a performance na administração dos diretores:

Inicialmente é feito um levantamento das informações que têm que constar no sistema. Informações necessárias da recepção ao encerramento da conta do paciente, sejam formulários exigidos por algum órgão, ou informações necessárias a equipe médica, a algum setor do hospital, etc. Analisa-se também o fluxo, a interdependência e as regras dessas informações. Com isso já pode ser feito um Diagrama de Fluxo de Dados, um Diagrama de Eventos e dar início a fase de modelagem do sistema através do Diagrama de Entidades e Relacionamentos, coisa que nem sempre é feito,

Para poder ter agilidade, eficiência, armazenamento, confiabilidade e segurança nas suas informações e processos.

O desenvolvimento do prontuário eletrônico deve ser visualizado e entendido de forma mais ampla, pois existe uma observação direcionando o desenvolvimento e aplicação do prontuário eletrônico ao entendimento da estrutura física e humana da organização. Além de tomar como base os dados e tramitações de informações existentes em cada departamento, com suas particularidades, evita-se a generalização das informações e direciona ao atendimento das necessidades da administração superior.

C – Diretores

Durante as entrevistas, os diretores destacaram que, à quantidade de informações geridas pelos hospitais hoje, gera a necessidade de informatização através de sistemas de informação e prontuários eletrônicos. Principalmente como uma forma de melhorar o gerenciamento e o controle de toda a atividade existente na estrutura física e humana da empresa.

Os trechos das entrevistas a seguir, destacam essa necessidade da busca constante de informação que as empresas têm para melhorar o seu gerenciamento, pois segundo Nikula (2005), os gerentes interpretam o prontuário como um facilitador para a mudança estrutural e a armação da estrutura organizacional.

Acho que o hospital hoje que se quiser se manter com as portas abertas tem que realmente ter um sistema de informação, afinal de contas um hospital representa várias empresas dentro de uma única empresa, então é necessário que haja um sistema de informação para que possa haver um gerenciamento dos custos da empresa, para que possa também ter idéia da formação de preço do seu produto diretamente ao cliente.

A necessidade é já ultrapassou, a necessidade é real. Não tem como não implantar, realmente é uma necessidade, principalmente nesse hospital que tem algo em torno de 200 leitos (...)

Porque o hospital é uma empresa muito complexa e a necessidade que na hora do paciente entrar até o momento que ele sair, a conta esteja pronta, sem a informatização o hospital ele não funciona. Pelo fluxo de informação cada vez mais crescente.

Nosso investimento seria para a compra do banco de dados da Oracle, que é o banco de dados que utiliza o sistema da MV, que é quem fornece o sistema aqui. Nós já víamos planejando isso. Na verdade quando eu cheguei aqui eu fui em busca do banco de dados melhor, com uma interface melhor e o próprio MV já tinha, porque ele questionou é que nós não estávamos utilizando o atual sistema de forma plena, então meu esforço foi modificar a rotina para a utilização plena do atual, pra em seguida facilitar o trabalho e evitar com que haja um custo maior no início sem a plena utilização. A partir de hoje já existe um planejamento do orçamento para os próximos investimentos.

o prontuário eletrônico não, porque ele ainda não tenho feedback, né, porque ele está em fase plena de implantação. Com relação aos

outros serviços é a ferramenta que eu tenho hoje pra administrar. Ninguém administra sem números, então, hoje o que tá implantado é o que nos dá condição de administrar o hospital. Eu tenho um balancete todo quinto dia útil do mês e a gente administrava com o eu acho, com achismo. Hoje, não. Hoje eu sei quanto eu paguei de medicamento, e aí eu já prevendo na segunda-feira uma previsão de fevereiro e março de contas a pagar, então é ferramenta administrativa. Ninguém administra mais sem o sistema.

A busca constante pela informatização dos hospitais, através de sistemas terceirizados, confirma a visão de Monteiro (2003) que afirma que, essa busca contínua por uma estruturação, utilização e implementação de uma infra-estrutura dos sistemas de informação, ligados ao registro de pacientes, atrelada aos elevados investimentos em tecnologia, tem haver com a pressão para a transformação que existe dentro das empresas para agilizar as organizações, possibilitando uma maior economia nas ações desenvolvidas pela empresa.

4.1.2 Padronização

Na dimensão padronização, foram utilizados trechos extraídos das entrevistas com os grupos pesquisados, referentes as opiniões acerca do processo de padronização de normas e ações do prontuário eletrônico. Demonstrando separadamente, as visões de Médicos, administradores dos sistemas, diretores e operadores.

A – Médicos

Durante os questionamentos, os indivíduos entrevistados destacaram que deveria haver uma padronização nos formulários, conduta e ações dos médicos nos hospitais informatizados e que, de certa forma, o prontuário eletrônico seria uma

ferramenta precisa no processo de padronização. Contudo, a padronização não poderia ocorrer, pois se torna comum o não conhecimento das condutas e dos formulários existentes nos hospitais pelos médicos, conforme os relatos abaixo:

Olha a padronização eu não tenho conhecimento de como seria, certo. Sinceramente eu não tenho conhecimento da padronização. Aí partiria assim, os médicos teriam que elaborar ou pegar modelos pra poder... isso aí levaria um tempinho e um trabalhinho.

Apesar de relatos demonstrarem o desconhecimento de como seria a padronização e constituição de um prontuário médico eletrônico, existiram ações de médicos que buscam informações e elaboram algumas normas e condutas médicas para auxiliarem na informatização dos prontuários médicos. Mesmo com a disponibilidade de alguns médicos, alguns colegas de profissão não se mostraram interessados na participação, impossibilitando a discussão e criação de determinadas normas.

Os médicos têm a consciência de que precisam se adequar a realidade da informação na informática, para conseguirem um diferencial no mercado, mas ainda assim não se comprometem a participar das ações de padronização do prontuário médico nos hospitais. As falas seguintes elucidam sobre o assunto:

(...) nós mostramos tudo, fizemos um livrinho onde tem a padronização de conduta... mas os médicos não usam.

Hoje em dia a tendência nacional, nacional não, mundial... para você ter uma idéia, tem uma ficha de anestesia minha que eu tirei da Inglaterra, hoje em dia existe assim... com essa globalização, está se tornando quase todos iguais, quase tudo igual, então isso aí tá fazendo um grande diferenciação.

Os entrevistados destacam que, para que ocorra a padronização, seria necessário o comprometimento dos médicos dos hospitais, o que se torna uma das barreiras ao desenvolvimento do prontuário, devido ao fato de cada médico ter uma

especialidade e possuir um modelo de ficha que é utilizada no atendimento. Além disso, a rotatividade de médicos nos hospitais pesquisados é um empecilho a esse processo. Tenta-se resolver esse problema através das normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (2002), como forma de padronizar determinadas ações no tocante à implantação do prontuário eletrônico nos hospitais.

A visão distorcida sobre a informatização do prontuário médico ainda esbarra na falta de conhecimento dos próprios médicos sobre as informações necessárias que devem estar contidas nos prontuários, como também nas normas de regulamentação e na real importância para a prática médica. Destaca-se o prontuário médico como apenas um acesso rápido ao histórico do paciente, para agilizar o atendimento e diminuir os erros no diagnóstico.

A melhoria da gente sentir mais seguro, porque o índice de processo tá altíssimo em relação a médico e o que a gente faz hoje, o que a gente mantém são rotinas, como eu tava lendo um livro lá em Manchester, que é desse jeito, existe uma rotina e ninguém muda uma só vírgula, porque quando você vai em nível de processo tem que dizer que fez isso e isso. Todos os passos necessários, então aquilo ali te vai dar uma segurança e se for informatizado aí é que melhora mesmo.

Portanto, os médicos visualizam a informatização nos hospitais e suas rotinas como uma padronização e uma maneira que facilita seu trabalho no dia-a-dia, mas esquecem que, nesse processo, um grande contribuinte para a formação e aprimoramento dos sistemas é o usuário médico, que muitos não se disponibilizam a discutir normas sobre o prontuário eletrônico. Além disso, cada instituição deve desenvolver o sistema de acordo com o contexto em que está inserida.

B – Administradores dos Sistemas

A padronização foi uma dimensão encontrada durante os relatos do grupo pesquisado, que destaca uma generalização dos sistemas, pois dessa forma diminui os custos e melhora o entendimento aos usuários, além de possuir todo o controle desde a entrada do paciente no hospital até a sua saída, gerando a conta médica para ser cobrada, com rapidez e confiança.

Devido também à quantidade de convênios que muitos hospitais atendem, há também um fornecimento de pequenos programas de cada convênio, havendo um dispêndio de tempo por parte dos funcionários, pois é necessária uma pessoa específica para preencher as informações em cada sistema, dificultando a integração com o prontuário eletrônico do hospital. Nesse sentido, as falas a seguir são reveladoras:

Normalmente faz o seguinte, o hospital, o SUS, a gente pega todo o sistema SUS, que é necessário e que normalmente o hospital tem uma grande número de contas, aí esse sistema SUS, de acordo com o que eles pedem, então a gente faz a implantação e os convênios e outros particulares, a gente pega o que eles normalmente pedem, entendeu, e implantam normalmente numa tela só, então você teria o SUS e os convênios. Que todos os convênios tem, que cada convênio tem, infelizmente, uma particularidade, aí é que essas particularidades é que tornam mais difíceis de se trabalhar.

Quando questionados sobre a diversidade de programas e sistemas fornecidos pelos convênios, ou simplesmente, utilizados nos hospitais atualmente, os administradores dos sistemas destacaram a dificuldade de padronização dos sistemas, conforme relato a seguir:

Às vezes tem convênios que você tem uma ou duas contas por mês, então não vale a pena, o custo-investimento de implantação é muito alto, então você às vezes prefere, é, é... trabalhar isso numa terceira linha. Tem convênios que fornecem o seu próprio programa, que se torna às vezes inviável, porque o programa dele não vem no padrão que você tem, aí você tem fazer adaptação, dependendo do número de contas, aí não vale a pena fazer a adaptação.

Em relatos posteriores, os administradores dos sistemas destacam que apesar de muitas vezes os operadores do sistema não estarem preparados para a utilização correta desses sistemas, as dificuldades são geradas devido a mudança contínua dos sistemas fornecidos pelos convênios.

A mudança contínua proporciona uma dificuldade de adaptação por parte do usuário, destacando nesse ponto, que a padronização seria uma saída para resolver esse problema. O trecho abaixo destaca essa visão:

Existe ainda muitos problemas e agora não, nossos problemas não são tanto das pessoas do setor de contas, os nossos problemas são dos próprios sistemas dos convênios, muda muito, todo mês eles tem alguma coisa diferente, eles não tem uma padronização em que eles vão... eu acho que se eles se juntassem, todos os convênios se juntassem e criassem uma padronização ficaria mais fácil para todos os hospitais trabalharem.

Devido a não haver o entendimento dos usuários e o conhecimento dos hospitais em relação aos sistemas dos convênios usados, ocorrem mudanças constantes, dificultando enormemente o seu manuseio, implantação e inter-relação com os sistemas já existentes.

Os entrevistados destacam ainda que, além da necessidade crescente da informatização das estruturas de saúde no país, o governo federal determina através do Ministério da Saúde (2004) que todos os hospitais, clínicas e casas de saúde devem ser informatizados, para serem integrados para um controle maior dos gastos em saúde. Muito dessa informatização e unificação dos sistemas, faz com que se desenvolva uma padronização em campos do próprio sistema. Como se pode verificar nas falas abaixo:

A meta do governo federal é unificar até mesmo os sistemas em si.

(...) a maioria dos sistemas pede o básico, quer dizer pede o endereço, o que aconteceu com o paciente, o que difere muito mais é a questão de medicação. Tem uma tentativa de padronizar, que hoje o governo tá tentando fazer, pra que todos, todas as

informações saiam naquele padrão, mas ainda não foi regulamentado, ainda têm alguns pontos que ainda não foram totalmente definidos.

Conforme discutido e apresentado no referencial teórico, por não haver uma regulamentação precisa das informações que devem estar contidas no prontuário eletrônico, muitos dos sistemas não abrangem a sua real importância na utilização das informações. Empresas reguladoras do governo Federal tentam padronizar as informações contidas nos sistemas, conforme destaca trecho da entrevista a seguir:

Sei que como agora tudo vai depender dessa estória da ANS agora com o Prontuário Eletrônico, que vai ter que ser uma coisa unificada com todo mundo, assim vai ser interligado todos os hospitais tudo, então a partir disso, eles são obrigado terem um sistema.

Esclarecendo a visão de Pratt et al. (2004), Nikula (2005) chama a atenção para a divergência existente entre as visões dos usuários da utilização e entendimento dos prontuários nas entidades de saúde, pois não se chegou ainda hoje a um consenso em relação à padronização ou unificação dos dados e informações que devem estar contidos no prontuário eletrônico, acarretando distorções na unificação dos sistemas existentes em todo o país.

C – Diretores

O grupo de entrevistados enfatiza que, durante o processo de implantação ainda existem adaptações e melhoramentos a serem feitos nos sistemas, pois muitos deles já vêm pré-montados e não atendem diretamente ao fluxo de informações existentes no hospital. Tal fato faz com que parte do sistema não seja utilizado ou se invista em novas adaptações.

Essa visão de deficiência dos sistemas e a busca de padronização das rotinas hospitalares são demonstradas nos relatos seguintes.

Hoje o sistema ainda é um pouco deficitário, e aqui somos uma maternidade referência de alto risco, temos vários procedimentos, então tá saindo agora um programa chamado X-EG, mais atualizado do Ministério da Saúde, inclusive eu até estava há duas semanas em Brasília para ver exatamente esse programa para a gente implantar aqui.

Na verdade o nosso sistema ele é... não é comprado, nosso sistema ele é locado conforme o nosso faturamento né... então a gente... o que estava precisando ser feito na verdade era um investimento em hardwares, e foi o que foi feito né, nós compramos suwift e nós melhoramos a nossa performance de servidor, então a medida que nós fizemos essa atualização do hardware, da parte de hardware então ficou mais fácil cobrar da empresa que fornece esse sistema, na medida que ele já dispõe disso em outros hospitais(...)

Nós temos um sistema que permite a utilização dele, do prontuário eletrônico, o que a gente não implantou ainda porque o hospital tá defasado na utilização dos métodos convencionais (...)

Considerando que, o planejamento é determinante em todas as organizações e é crucial para tomadas de decisões mais precisas e com vantagens competitivas no mercado cada vez mais acirrado, Nikula (2005) destaca que, na maioria dos casos, não há um estudo da estrutura física dos hospitais e nem das reais necessidades da organização, aumentando consideravelmente os investimentos em informatização nas organizações e dificultando as ações de criar regras e normas de padronização.

Essa falta de estudo das necessidades e da estrutura dos hospitais é ocasionado por uma falta de planejamento nos investimentos, no desenvolvimento, compra ou implantação dos sistemas utilizados nas organizações, aumentando consideravelmente os custos da empresa, destacadas através dos relatos a seguir:

Tem alguns programas inclusive atualmente que a gente precisa fazer atualização de alguns relatórios, algumas coisas e já não conseguimos mais fazer isso porque a manutenção dele já é precária em relação a esse sistema antigo de caracteres. Infelizmente ainda não há um planejamento do orçamento e do sistema.

Nosso investimento seria para a compra do banco de dados da Oracle, que é o banco de dados que utiliza o sistema da MV, que é quem fornece o sistema aqui. Nós já vínhamos planejando isso. Na

verdade quando eu cheguei aqui eu fui em busca do banco de dados melhor, com uma interface melhor e o próprio MV já tinha, porque ele questionou é que nós não estávamos utilizando o atual sistema de forma plena, então meu esforço foi modificar a rotina para a utilização plena do atual, pra em seguida facilitar o trabalho e evitar com que haja um custo maior no início sem a plena utilização. A partir de hoje já existe um planejamento do orçamento para os próximos investimentos.

Eu acho que influencia de sobremaneira porque uma das coisas que facilita com o prontuário eletrônico é porque você passa a ter necessariamente uma padronização dos medicamentos e materiais disponíveis no hospital, então isso passa ser uma forma da gente planejar melhor nossas compras, planejar melhor a distribuição de medicamentos, discutir com classe médica a implantação ou não de determinadas drogas com determinados princípios ativos e isso realmente facilita.

Na visão dos diretores, destacada nas transcrições acima, o planejamento só vem com a informatização dos serviços do hospital, principalmente com a implantação do prontuário eletrônico. A partir desse ponto, pode haver uma padronização dos medicamentos e materiais, melhoramento das compras e planejamento na distribuição e controle das informações no hospital. Logo, há uma discrepância em relação ao planejamento, pois algo que deveria ser pensado antes da implantação procura-se implantar antes os sistemas e planejar depois, para ajudar na administração da instituição, acarretando vários problemas para a organização.

Portanto, Monteiro (2003) e Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) observam que o desenvolvimento e aplicação dos prontuários eletrônicos devem tomar como base os dados e tramitações de informações existentes em cada departamento, com suas particularidades, havendo um planejamento antecipado das ações de informatização do hospital.

4.1.3 Custo

A dimensão custo elucida as questões referentes aos investimentos dos hospitais na informatização do prontuário médico, demonstrando a visão dos entrevistados acerca do tema envolvido.

A – Médicos

O custo de implantação, manutenção e desenvolvimento do prontuário eletrônico foi um dos itens mais lembrando pelos médicos, como sendo uma barreira a implementação da tecnologia nos hospitais da cidade. Nas entrevistas, os indivíduos fazem uma separação entre os hospitais públicos e particulares, mostrando as dificuldades de cada um no processo de informatização. Sobre o custo, alguns médicos afirmam:

A implantação acho que é custo. Qualquer maneira, hoje o sistema público não tem a mínima condição, que mal funciona o que já existe, mal consegue se manter e mesmo pros serviços particulares hoje, com os planos de saúde, também os hospitais também trabalham normalmente no limite. Eu acho que a questão maior é custo mesmo.

O que falta hoje em dia em relação a informatização é em relação ao custo, tá certo. Vamos supor, você vai ter disponibilidade de mais computador, você vai ter pessoas com mais tempo pra poder fazer, você vai ter relações que eu acho que o custo é o que dificulta mais. Se não fosse já teria sido aplicado.

Os médicos entrevistados destacaram o custo de implantação e manutenção do prontuário eletrônico como uma barreira para a sua implementação, conforme as citações acima, pois como se comenta, para a informatização, vai ser necessária a disponibilidade de mais computadores, aumentando os custos de implantação. Pratt et al. (2004) enfatizam que o problema principal em adoção de tecnologias no lugar

de trabalho é a não utilização correta e adequada dessa tecnologia, principalmente na área médica.

Os médicos também apontam a relação custo-benefício como algo a ser considerado na implementação do prontuário eletrônico:

A grande dificuldade que eu vejo em hospital é devido o volume, então você atende um volume razoável, pra informatizar e deixar tudo isso. Ficaria um pouco oneroso para o hospital. Não sei se seria de interesse do setor empresarial de fazer esse investimento.

Eu acho que é só o custo-benefício mesmo, porque vai sistematizar uma unidade hospitalar grande, você demanda... você vai precisar de muito dinheiro para isso.

Quando os médicos destacam que uma barreira para o desenvolvimento correto do prontuário eletrônico é o custo, entra em acordo com os administradores dos sistemas, pois os mesmos enfatizam que os sistemas são caros e que a maioria dos hospitais não possui uma política de planejamento e investimentos na parte de informação, acarretando uma barreira para a implantação do prontuário eletrônico.

Na visão de Nikula (2005), os investimentos nesse tipo de tecnologia são imensos e as perspectivas de custo-benefício, na maioria das implementações, são feitas através de tentativa-e-erro por parte das empresas, aumentando consideravelmente os custos do prontuário eletrônico.

Nas últimas citações, os entrevistados fazem uma relação entre a quantidade de informação que circula no hospital e o custo para a informatização das mesmas em todos os processos dos hospitais. Demonstrando a disponibilidade crescente de recursos financeiros para a implantação do prontuário eletrônico nos hospitais.

B – Administradores dos Sistemas

Os hospitais, na busca constante de economia e menores custos para a operacionalização empresarial, preferem adotar sistemas já disponíveis no mercado, que em muitos casos, não foram desenvolvidos para atender as reais necessidades do hospital e suas particularidades. Atingindo diretamente a funcionalidade organizacional, no seu dia-a-dia.

Na opinião do grupo pesquisado, a utilização desse tipo de sistema deve-se à necessidade dos hospitais, ao alto custo e a baixa utilização e a própria imposição do Ministério da Saúde, como demonstram as declarações a seguir:

(...) a questão do desenvolvimento, fica por conta do DATASUS do Rio de Janeiro e Brasília, nós só temos o acompanhamento e levantamento de todas as necessidades e assim reciprocamente eles vão passando pra nós as informações e a implantação. O acompanhamento é feito da seguinte maneira, é... nós vemos a necessidade de cada setor, do hospital, desde a emergência até no caso direção e a implantação foi feita em 2003 por uma equipe do DATASUS, daí o desenvolvimento é todo feito por eles, tá certo, é tanto que a base agora a gente vai tá trocando já a base de dados por meio entre Abril de 2007,

(...) a gente já que tá com a cotação nova já, e dessa maneira vem sendo o acompanhamento da base de dados chamada HOSPUB ou Linux também. Nessa base de dados já vem tudo formatado e pronto do DATASUS. A nova versão já vem pronto para a expansão para o prontuário eletrônico.

Os administradores dos sistemas destacaram que o sistema do SUS acaba trabalhando integrado com os sistemas que estão sendo desenvolvidos pelos hospitais, como forma de melhorar a performance e desempenho dos sistemas e das informações fornecidas.

Como comenta Monteiro (2003, p.430), “a noção de integração de sistemas de informação é ambígua no senso que existem propostas de aproximações e soluções diferentes”, destacando que a heterogeneidade dos sistemas pode

contribuir negativamente para a integração dos sistemas existentes nos hospitais, além de gerar custos elevados para integrar corretamente os sistemas existentes e disponibilizar informações corretas.

As entrevistas identificaram que o fator econômico é uma forte influência para que alguns diretores não informatizem a empresa. Devido aos altos custos, muitas vezes necessários para operacionalizar e informatizar todo o processo administrativo.

Novamente, o fator econômico foi um item identificado durante os questionamentos realizados aos entrevistados, devido à importância que se dá à contenção de despesas e custos existentes nas empresas.

Entre todos os entrevistados, apenas um destacou que havia um orçamento para o setor de informática do hospital, mas ainda não é algo sistemático, porém é totalmente planejado para o aprimoramento da informatização do hospital:

(...) pra nosso setor já foi pedido uma meta e um custeio de uso e de um levantamento para o ano de 2007, isso já foi feito em novembro e já foi passado para a secretaria de saúde. Como no caso do hospital em si, o hospital tá crescendo tá tendo que ter reforma em tudo, então, fica improvável da gente colocar algo real, mas a gente coloca algo que possa ser estimado e trabalhar em cima daquele valor.

Alguns entrevistados destacaram que não há um orçamento destinado à informatização e desenvolvimento do prontuário eletrônico no hospital em que trabalham. Quando existe tal orçamento, limita-se apenas à manutenção ou compra de algum computador.

Segundo os entrevistados, torna-se necessário o investimento em alguma área, “de algum lugar tem que sair esse orçamento”, porém se destaca a precariedade do planejamento da área de saúde, quando se trata da informatização da estrutura. Elucidado pelas falas a seguir:

Difícilmente, geralmente existe um orçamento para a manutenção do sistema existente. Tornado mais difícil qualquer tipo de inovação tecnológica mais dispendiosa no sistema, uma vez que não se preparam ao longo do tempo.

Não, o orçamento não existe. Agora quando a gente precisa, se faz um estudo daquele e compra a máquina ou faz uma reciclagem, é algo gradativo, não tem uma meta não tem..., por exemplo, tem uma meta do ano X pra informática, não tem.

Não, não existe, não, mas hoje nenhum hospital vive sem informatização. Então de algum lugar tem que sair esse orçamento. Os computadores hoje, a parte de TI hoje é uma coisa que ninguém vive mais sem essa parte e o próprio sistema mesmo, o próprio SUS, os próprios convênios de vez em quando pedem relatórios e esses relatórios não têm condições de se fazer na mão, tem que ter um sistema que possa fornecer isso aí.

Os administradores dos sistemas destacam que o orçamento destinado ao desenvolvimento e implantação dos sistemas é precário e que não atende as reais necessidades da empresa. Esse orçamento é muitas vezes, desviado de outros setores, de acordo com o processo de implantação dos novos sistemas e com a necessidade do setor que está sendo informatizado.

Os custos de investimentos nos novos sistemas, também são apresentados como uma barreira em todos os hospitais pesquisados.

Os administradores dos sistemas enfatizaram que não há um planejamento sistematizado e direcionado para o desenvolvimento da estrutura de informatização do prontuário eletrônico no hospital, além de, não haver uma coordenação das implantações do prontuário nos hospitais. Quando há essa coordenação e investimento, somente direcionam-se à implantação, esquecendo da manutenção, treinamento e futuras ampliações. Nesse sentido, vejam-se as declarações a seguir:

um valor previsto, anual pra investimento, dificilmente um hospital tem, mas vindos as necessidades eles vão implantando. O ruim é que nem sempre às vezes, essas implantações são coordenadas, ele não faz o planejamento para as implantações. Eles vão sentindo as necessidades e vão jogando, às vezes você atropela algumas coisas, algumas etapas são atropeladas, pelo devido às necessidades, acabam investindo em última hora e em última

instância. Às vezes algumas etapas de preparação e treinamento, de levantamento total de dados, da necessidade do próprio hospital as vezes são atropelados.

No presente hoje está tendo um investimento por parte da empresa né, dessa atualização para o melhoramento do sistema, agora futuramente eu acredito que... não por enquanto somente para a implantação

De acordo com Berg (2001), continuamente são introduzidas alternativas que tendem a ser mais produtivas nas organizações, como forma de proporcionar as transformações organizacionais necessárias, sempre com base no desenvolvimento da tecnologia existente. Mas, muitas vezes, esse processo causa riscos e perigos à implementação dos sistemas de informação.

Em muitos casos, o planejamento inadequado, a falta de um orçamento específico, como também a falta de treinamento e capacitação para os usuários dos sistemas acaba causando o não desenvolvimento adequado das tecnologias. O planejamento é desprezado por muitos hospitais, principalmente no processo de estudo de viabilidade ou implantação de um sistema de informação.

Segundo os administradores dos sistemas, alguns diretores, percebem a informatização como um gasto e outros a vêem como um investimento. Tais visões mostram que ainda não há um esclarecimento sobre as reais facilidades e retornos com a informatização, como demonstra a declaração a seguir:

Alguns já despertaram que precisam realmente em "investir" em informatização, outros acham que estão simplesmente gastando dinheiro em computadores e sistemas, não vêem como um investimento e sim um custo. Para os que ainda acham que é um custo, investem pouco, em sistemas de baixa qualidade e segurança, para fazer um mínimo de serviços. Os que já entenderam que é um investimento, e que com o hospital informatizado vão poder ter um controle maior do que acontece no hospital, que passam a ter um poder de tomada de decisão maior e mais ágil, esse investem em uma boa estrutura, bons equipamentos, sistemas e equipe de informática.

De acordo com Nikula (2005), à medida que o desenvolvimento de novos sistemas ligados ao prontuário eletrônico é implementado, melhoram a economia e as rotinas relativas aos registros das instituições, mas leva-se em consideração que, com a informatização do prontuário, também emanam novos custos e despesas com os sistemas, tendo-se de cobrir toda a nova infra-estrutura, aplicação, treinamento e o apoio 24 horas.

A necessidade do prontuário eletrônico já vem a algum tempo. Os hospitais cada vez mais investem na informatização, mas ainda de forma incipiente e sem um planejamento adequado da base de dados e informações para gerir corretamente um prontuário eletrônico, principalmente, por não haver uma referência por parte dos médicos e administradores dos sistemas, das informações importantes e necessárias que devem estar contidas no prontuário eletrônico. Essas questões são apresentadas nas transcrições a seguir:

Na verdade já vinha com essa, com essa filosofia de prontuário eletrônico, que já vem com já próximo de 10 anos já que o hospital usa e isso vai sofisticar mais a forma de trabalhar e a plataforma já dar uma melhor adaptação para o usuário. Hoje já temos uma base bem melhor do que quando foi no início, porque hoje não vamos precisar de modificar tanta coisa, já tá tudo já implantado, hoje só vamos precisar adaptar algumas coisinhas.

Com a implantação do prontuário eletrônico, melhora com a questão de relatório que torna mais preciso, a parte de controle da administração hospitalar, o controle de material e medicamento vai ficar mais preciso, certo, e melhora muito a ligação entre o sistema do SUS com o sistema do Hospital.

Os administradores dos sistemas concordam, quando enfatizam que, com a implantação do prontuário eletrônico, vai haver um maior controle e será possível um planejamento maior para futuros investimentos. O que deveria haver era um planejamento antecipado ao desenvolvimento e implantação.

C – Diretores

Em um dado momento, durante as entrevistas realizadas com os diretores dos hospitais, questionou-se sobre o orçamento e os custos existente para o desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico.

Apenas um dos diretores de um hospital da pesquisa respondeu que começaram a fazer um planejamento dos recursos financeiros, para a implantação do prontuário eletrônico, em toda a estrutura, enfatizado por um relato abaixo:

Nosso planejamento, ele entrou para 2007. Pela, ter sido implantado esse serviço, o empresa tem 37 anos de fundação e só 5 anos para cá ela evoluiu pra estar informatizando os setores até chegar ao prontuário médico eletrônico. Como era o todo da empresa, isso é um orçamento, ele tinha que estar implícito dentro de uma condição que não poderia ser viabilizado pra todos ao mesmo tempo, então nós fizemos um planejamento nesses 5 anos, setorial para que a gente podesse ir atendendo.

Monteiro (2003) comenta que, os Sistemas de Informação de Saúde são atualmente algo ambicioso, em seu desenvolvimento, pesquisa e utilização por parte das empresas de saúde no mundo; e, da mesma forma, Nikula (2005) destaca que os investimentos em prontuário eletrônico são elevados e que muitas vezes não atendem às reais necessidades da empresa.

Diferente do primeiro entrevistado, outros diretores responderam que não existe um planejamento específico para se investir em tecnologia e principalmente na implantação do prontuário eletrônico, destacando que, à medida que as necessidades da empresa vão aparecendo, buscam-se recursos financeiros para se investir no desenvolvimento e na implantação, além do treinamento do pessoal. Os relatos seguintes demonstram o comentário:

Eu acho que atualmente não, acho que os hospitais deviam investir mais nessa área de informática, nessa área de tecnologia, eu acho que aqui em Campina Grande existe ainda pouco investimento nessa

área. Não existe um orçamento nem planejamento de implantação, vai tudo de acordo com os repasses do governo.

Na verdade não existia um planejamento necessariamente, existia sim uma necessidade de fazer uma ampliação do hardware, à medida que isso foi sendo feito, isso já tem mais de um ano, então chegou-se um momento realmente de exigir da empresa fornecedora desse software a implantação e atualização do software deles.

Que eu saiba não existe. A partir que vai surgindo a necessidade, que vai apertando mesmo...

(...) também não existe planejamento, a partir do momento que ver a necessidade, que ver que o processo tá atrapalhando aí se investe.

hoje nós implantamos a emissão para o paciente, que anteriormente não era realizado, era realizado por centro de custo, então hoje nós temos individualizando o pedido, para ser o segundo momento, implantar o prontuário eletrônico. Nosso sistema permite, mas como é um banco de dados antigo, nós temos a previsão de instalar no final de 2007, com código de barras e com tudo mais. Hoje nós ainda fazemos um controle a parte dos medicamentos fracionados, mas o que a gente tem por objetivo... a gente já fez outras ... controle mais aguçado dos fracionados.

Com a informatização sistemática da estrutura física do hospital, buscando o controle de custos, os diretores realizam investimentos sem um planejamento adequado dos gastos em informática, aumentando consideravelmente os custos de desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico.

D – Operadores

Diferentemente dos outros grupos de pesquisa anteriormente descritos, os operadores, quando questionados sobre os custos e orçamentos dos sistemas existentes e em fase de implantação, demonstraram uma preocupação constante, principalmente os mais antigos, em relação ao corte nos custos de pessoal. Devido à informatização, a agilidade dos novos sistemas, foi um ponto lembrado durante as

entrevistas, demonstrando a dispensa de pessoal como uma diminuição nos custos dos hospitais.

Nas entrevistas, existe a percepção, por parte dos operadores, que o novo sistema vai agilizar mais ainda o serviço, fazendo com que uma pessoa faça o trabalho de duas ou três, levando ao enxugamento da máquina administrativa. Essa talvez seja a questão que mais preocupa os operadores.

Para as pessoas que trabalham diretamente nos setores que haverá a informatização e implantação do prontuário, os relatos abaixo destacam o quanto essa dimensão é preocupante:

Acho que vai causar muito impacto, porque a primeira impressão que deram foi a seguinte: vai tirar o emprego dos outros, porque na concepção deles não vai ser mais que trabalhar, e no meu ver, sempre continua a mesma coisa, porque sempre vai ter que existir um arquivo... vai o eletrônico ter que ser alimentado do mesmo jeito, você vai mandar o faturamento e ter que dar informações a ele, porque ele não faz nada sozinho, mas eu acho também que vai acontecer a mesma coisa, vai ter muita resistência.

O sistema chegou de uma hora pra outra e a gente já teve que começar a trabalhar com ele e na época aqui no setor tinha uma faixa de 14 a 15 pessoas e hoje resumindo só tem 4 pessoas trabalhando.

diminuiu o quadro de pessoal, porque houve uma época que tinham 15 pessoas pra fazer o serviço que a gente faz hoje, a diferença é que também tinha um maior número de AIH's e hoje tem menos, mas chegou a 15 pessoas, quando o serviço era manual.

Os grupos que foram pesquisados mostraram preocupações distintas, quando se refere aos gastos com a informatização da empresa.

O desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico, nos hospitais, demonstram a necessidade crescente em planejamento dos gastos, ampliando a estrutura física e capacitação humana.

4.1.4 Dificuldades

Na dimensão em destaque, demonstram-se as dificuldades enfrentadas por cada grupo entrevistado durante o processo de desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico nos hospitais pesquisados.

A – Médicos

A dimensão em destaque demonstra a relação das dificuldades existentes e apontadas pelos médicos como sendo um empecilho ao desenvolvimento do prontuário eletrônico nos hospitais da cidade. Explicada e fundamentada a seguir.

A informática participa de nosso cotidiano em vários aspectos e essa participação contínua promove mudanças no meio em que se está inserido. De acordo com Serafeimidis e Smithson (2003), os sistemas de informação estão embutidos em muitos processos sociais e organizacionais. Por isso, desenvolvê-los ou não, torna-se uma decisão complexa para as empresas.

A interação e o processo de informatização criam resistências por parte dos profissionais que trabalham na entidade hospitalar, mas, na visão dos médicos, a maior resistência é causada pela direção dos hospitais, por não investirem na implantação do prontuário médico. Conforme destacam as transcrições:

A gente já lançou a idéia para o diretor... assim a princípio achou ótimo mas não levou a frente não.

(...) eu acho assim, no meu conhecimento que a única barreira a princípio que se enfrenta é da própria direção do hospital em apoiar e levar esse projeto adiante... que inclusive a gente já trouxe até um disquete com sugestões de prontuários eletrônicos, mais... não sei se é porque existe outras prioridades na frente, né

na minha opinião eu acho que as barreiras são mais barreiras de origem empresarial. Existe ainda aquela relutância do empresário em informatizar todo o serviço, porque acha que é caro, que vai precisar de gente mais especializada com salários maiores, então existe uma certa resistência do empresário em implantar esse sistema, que seria, acho, o melhor sistema pra que a gente pudesse atender bem a clientela do hospital.

Nos trechos anteriores, os médicos apresentam-se disponíveis para o desenvolvimento, informatização e implantação do prontuário eletrônico, apresentando como principal barreira para o desenvolvimento propício do prontuário, os gerentes e administradores dos hospitais.

Enfatizando a visão de que o médico está disposto a participar continuamente da informatização do prontuário médico e de que a maior barreira é a parte empresarial, a fala seguinte destaca esse pensamento.

não depende muito do médico, depende muito da parte empresarial, do dono do hospital. A parte de convênio já tem muita coisa informatizada.

Um médico, durante a entrevista, mencionou que, a maior resistência estava nos colegas de profissão e não na direção do hospital, destacando ainda que esse processo de informatização e desenvolvimento do prontuário eletrônico é algo inevitável e que todos terão que se adaptar, conforme demonstra a transcrição da entrevista abaixo.

A única desvantagem que eu vejo do prontuário eletrônico seria assim a resistência que alguns colegas iriam ter em se adaptar, assim se implantar e adaptar, mas eu acho que isso é uma coisa que é inevitável, mais cedo ou mais tarde todos os hospitais vão ter que implantar. Até porque já é uma determinação do ministério da saúde e que vai ter que ser cumprida, tem até um prazo.

Outra desvantagem que chamou a atenção durante as entrevistas com os médicos foi o volume de informação, pois está em destaque a quantidade de informações que circulam continuamente nos hospitais, tornando-se um empecilho

para a informatização do prontuário eletrônico. Na visão dos entrevistados, quanto maior a quantidade de informação, maior seria o custo do sistema e, além disso, a geração de informação seria ocasionada pelo grande número de atendimento a pacientes:

(...) a gente poderia diminuir em termos de papelada, do tempo em burocracia que a gente passa, quer dizer, porque muita coisa você já tem lá registrado, você não precisaria registrá-lo no dia seguinte, como a gente faz aqui, principalmente em termos de prescrição.

Tudo informatizado seria bem melhor. Você vê, você vai ter uns computadores aqui, tem uns oxímetros tem tudo, tem um tempo ainda de disquete que tem aqui, é você coloca e te vai dar tudinho: pressão, tudo, a hora exata, se teve uma hipotensão, se teve hipertensão, se teve a parada, tudo isso tá documentado no disquete e o que você... agora é o que eu digo, o que tá faltando é você dizer, não, foi feito isso aqui. Adrenalina, vamos supor, tal hora o paciente parou e usou adrenalina, tal hora foi feito a ressuscitação... aí realmente, aqui ainda carece disso. Porque ainda não chegou a informatização completa, só por parte.

As transcrições das entrevistas dos médicos supracitadas vêm concordar com a visão de Nikula (2005), que destaca que os médicos vêem o prontuário como sendo um facilitador do processo de documentação e um substituto para o papel.

B – Administradores dos Sistemas

Os administradores dos sistemas destacaram que, durante e após a implantação do prontuário eletrônico sempre são identificadas algumas dificuldades para a operacionalização nos hospitais.

Conforme relato abaixo, a implantação dos sistemas é forçada pelos diretores e pela empresa que os está desenvolvendo, como também pela própria necessidade de ter um controle maior do processo administrativo do hospital:

A implantação é muito mais forçada. Se não existisse hoje uma necessidade grande da informatização, muitos hospitais hoje ainda teriam muita coisa ainda em papel, na mão, por que ainda não se tem a idéia... a informatização é uma coisa que veio muito pesada e muito rápida, muita gente não se acostumou ainda com a necessidade realmente da informatização, então ainda tem muita gente tendo tudo em papel, querendo tudo na mão, eles não se acostumaram ainda a ir numa tela de computador para verificar relatório, pra verificar alguma coisa, diminuindo isso tempo e principalmente custo.

(...) existe os donos das empresas que são pessoas ainda um pouco antigas e que ainda não tiveram ou ainda não vêem a informatização como uma grande solução

A transcrição anterior destaca que uma grande barreira encontrada na implantação e utilização dos sistemas pelos hospitais, é devido o papel de imposição dos diretores dos hospitais, por necessitarem maior controle das informações e não especificamente, um desenvolvimento do prontuário eletrônico dos pacientes.

As transcrições a seguir demonstram que os administradores dos sistemas também têm a percepção de que a variedade de sistemas disponibilizados pelos planos de saúde e pelos hospitais torna-se um entrave a um desenvolvimento e integração mais preciso de um prontuário eletrônico, que atenda às reais condições de cada hospital. Da mesma forma, compreendem que o prontuário eletrônico deve seguir a estrutura física e humana de cada entidade de saúde. A esse respeito, veja-se a fala seguinte:

A implantação do prontuário médico hoje nos hospitais depende muito de cada hospital, você tem o SUS que vai lhe dar o básico que é o que ele vai exigir pra o pagamento das contas dele e cada convênio e ele tem o seu padrão, então tem convênio que pede mais coisas e tem convênio que pede menos coisa no caso do prontuário. A gente normalmente bota o que todos os convênios, SUS, UNIMED todos eles botam, todos eles pegam, então quando a gente desenvolve o prontuário eletrônico, na implantação dele a gente pega normalmente o que todos os convênios precisam, faz toda a implantação baseado nos dados que eles dão pra gente, então a gente implanta dessa maneira, porque senão você vai ficar com um problema de um convênio ter uma coisa e outro não tem, aí você vai ter que ter várias, não digo programas, mas vários sistemazinhos e que cada um vai ter que ser para cada sistema. Então tem que tentar fazer o mais global possível.

Então eles têm formulários próprios, têm programas e fica difícil, às vezes você termina onerando um funcionário, butando um funcionário trabalhando em determinado convênio, porque ele é mais trabalhoso, em vez dele trabalhar em um sistema só, que seria o sistema só, do hospital.

Concordando com os diretores, os relatos dos administradores dos sistemas destacam que uma das barreiras encontradas para o desenvolvimento correto e a implantação do prontuário eletrônico é a classe médica e sua resistência na utilização, treinamento e participação na criação de normas e diretrizes, conforme transcrições abaixo:

O que a gente ver, a maior dificuldade é com o corpo clínico né, o pessoal tem uma resistência muito grande com relação os médicos. Os mais novos não, eles procuram aprender, se interessam com a informática, mas os mais antigos a gente ver que ainda tem uma resistência muito forte.

(...)onde tem essa parte do prontuário eletrônico, mas ele não vai ser implantado, porque também atinge a classe médica e eu acho assim, na minha opinião, que ele ainda são meio assim, ocupados.... porque além do trabalho deles de atender o paciente tudo, eles ainda terem de alimentar o banco de dados. Ainda tem também a barreira, também por exemplo, os hospitais não tem como botar um terminal em cada consultório, ia acontecer isso.

A participação dos médicos na criação e utilização do prontuário médico, é destacada como barreira, devido à demora dos médicos em preencher no computador determinadas informações, por falta de pratica na utilização dos sistemas e da resistência em aprender o manuseio correto.

Por os médicos serem os principais responsáveis por atrair os paciente aos hospitais, muitas vezes, são dispensados do processo de formulação e implantação do prontuário eletrônico, prejudicando diretamente o seu correto funcionamento.

C – Diretores

Hoje, a informatização dos hospitais e o próprio desenvolvimento do prontuário eletrônico acontecem devido a uma imposição do Ministério da Saúde, com o intuito de melhorar o gerenciamento dos recursos destinados à saúde, como também melhorar o atendimento em saúde. Destacado pela fala seguinte.

A qualidade das informações é uma exigência, hoje, ministerial para a gente caminhe pra isso, não só do ministério, mais também todas as operadoras de plano de saúde, privado, no nosso caso, aqui nós atendemos 22 convênios e que é inadmissível hoje se trabalhar...

A informatização ou utilização de sistemas de informação por hospitais e clínicas é uma exigência para 2007, quando haverá uma integração das informações de saúde entre todos os municípios do Brasil, conforme destaca o Ministério da Saúde (2004).

Durante as entrevistas, um diretor, destacou que haveria uma barreira à informatização do prontuário médico, que seria a questão dos médicos, pois os mesmos não disponibilizam tempo para trabalhar na normatização do prontuário eletrônico. Mas os médicos querem (conforme mostrado anteriormente), a informatização para terem informações precisas com maior rapidez.

O trecho de uma entrevista destacada a seguir, demonstra a questão da informatização do prontuário eletrônico e a dificuldade de implantação, devido a classe médica.

Existe, e foi até discutida agora em Brasília a questão do prontuário eletrônico, sendo que existe uma certa resistência com os médicos, porque o médico não quer fazer essa parte de tecnologia. Tem muita gente que ainda tem uma certa barreira, então é uma dificuldade que... mas é uma proposta de implantar o prontuário eletrônico, inclusive esse sistema novo ele já oferece o prontuário eletrônico.

Um ponto crucial na entrevista com os gerentes sobre o prontuário eletrônico, foi à divergência de opiniões existentes com o grupo de médicos, pois nos relatos dos diretores destacou-se a necessidade de um trabalho em massa para conscientizar as pessoas que trabalham diretamente com os sistemas existentes no hospital. São dos médicos a maior resistência em relação à utilização do prontuário eletrônico, configurando um problema para a administração hospitalar.

D – Operadores

A dificuldade encontrada no grupo Operadores demonstra que, devido ao não treinamento da maior parte dos indivíduos dos hospitais, como também da não participação dos mesmos no processo de desenvolvimento e implantação do prontuário médico nos hospitais da cidade, acarretaram várias dificuldades.

A falta de treinamento trouxe a tona um problema existente em alguns hospitais da cidade, o despreparo dos operadores. Muitos não estavam capacitados para desempenhar o trabalho informatizado. Essa falta de preparo gerou resistência para utilização do “sistema novo”, devido ao não entendimento de como realmente funcionava o sistema. Relatado nos trechos das entrevistas.

a gente falou que ia ser mais difícil pra gente... porque na verdade, ninguém tinha noção nem do que era um computador, porque era tudo manual. Ainda hoje encontra uma certa resistência, porque sempre que tem uma mudança há uma dificuldade... há não vai dar certo porque é mais trabalho pra gente...ainda há uma aqui e outro ali, mas ainda há.

pra mim só teve, trabalhar com o computador, porque pra mim era um bicho de sete cabeça, tanto é que quando teve, com um mês que tinha implantado o sistema travou, eu entrei em pânico... por amor de Deus, eu quebrei o computador, eita e agora eu vou fazer o quê? Foi quando o menino de CPD veio e explicou o que tinha acontecido, o programa travou e programas travam de vez em quando e não tenha medo não é feito de açúcar não, que você passa o dedo e já quebrou não.

logo no início houve muitas dificuldades... um pouquinho de dificuldade porque, a gente não estava preparada, mas com o pessoal do CPD e quando começaram a chamar as pessoas pra ensinar, então foi rápido, todo mundo aprendeu, começamos a trabalhar e continuamos a trabalhar até hoje.... No início ninguém tava preparado, a gente trabalhava manual, as contas eram feitas manual, todo mundo trabalhava manual com máquina de datilografia, na época.

foi um pouco tumultuado, né. Inclusive eu achava que não ia se enquadrar o sistema, era um bicho de sete cabeça e a gente via que o serviço não ia sair, a gente via que a mão era mais rápido, né. Só que quando foi passando o tempo é que a gente viu que a história era outra. Depois que a gente se enquadrou ao sistema, aí foi tudo... até hoje tem sido ótimo, ajuda bastante no serviço da gente.

O despreparo dos operadores pode ser confirmado com as falas dos entrevistados a seguir, em que é destacado que algumas pessoas só tiveram contato com o computador a partir do momento que a empresa começou a ser informatizada. Além de não saber utilizar corretamente o sistema, os operadores eram cobrados, pela diretoria, a aprenderem rápido, para não atrasar a entrega do faturamento da empresa.

de jeito nenhum, ninguém nem sabia digitar nada, mas aí com a ajuda deles, eles foram auxiliando a gente e a gente foi desenrolando tudo. No início foi difícil, assim, a gente nem sabia, né, o que era computador, nada, porque a gente num tinha nem em casa. O primeiro foi aqui, o contato de sistema, de informática foi aqui no hospital. Mas tivemos um treinamento sim, a analista ela fez o treinamento com a gente e as dúvidas que iam surgindo ela ia tirando com tranquilidade, até a gente aprendesse tudo direitinho, não teve dificuldade não.

as principais dificuldades é você ter que aprender rápido, essa é a principal dificuldade. Você sabe que a gente tem um tempo para a entrega de tudo, então a principal dificuldade é justamente isso aí, porque você tinha que dar conta e o serviço tinha que dar certo.

uma dificuldade grande com relação a empréstimos. Você sabe que todo hospital tem um sistema de empréstimos, mercadorias que não chega... então a gente, quando emprestava ou quando pegava... ficava fora de estoque. A gente pegava de alguém, aí foi... eles botaram um... acrescentaram lá pra gente dar entrada. Quer dizer quando a gente pedia emprestado, tinha uma tela lá e quando a gente empresta saía do sistema. Facilitou muito a vida da gente. E teve também a questão do inventário que antes era feito... que não existia uma tela de ajuste de estoque, dava saída e dava entrada, o que tava sobrando e o que tava faltando e tinha a tela de ajuste, que

a gente fazia a contagem, digitava o número que tava contado, aí diminuía ou aumentava. Foi uma evolução também. Na verdade ele ajudava mesmo no controle e acompanhamento, de pagamento também, pois o financeiro antes da nota chegar lá, que tinha todo aquele processo dos diretores darem o visto, ela já tava na tela dela.

Como não tiveram treinamento adequado, ao mesmo tempo em que não estavam preparados para utilizar os sistemas, os operadores levavam certo tempo até que pudessem se adaptar à nova rotina de trabalho e entenderem toda a funcionalidade do novo sistema. As falas destacam o comentário.

No começo a gente fica sem saber como manusear corretamente, mas com passar do tempo a gente dominou.

Eu acredito que a gente vai ter que passar por uma adaptação, até mesmo porque vai modificar totalmente a forma de se trabalhar, se bem que a partir do momento que você aprender a trabalhar com esse sistema, vai ser bem mais fácil. Porque vai ser um sistema que vai vir com prontuário eletrônico, com código de barra e tudo isso vai ter que ter, que a gente vai ter que passar por um treinamento, por uma fase de adaptação.

É só essa fase de adaptação que a gente vai ter que passar. A dificuldade maior, eu acredito que todo mundo vai ter essa dificuldade até se adaptar, mas que a longo prazo vai ser bem mais fácil a forma de trabalho. Vai ficar bem mais facilitado a forma de trabalhar.

Os operadores relatam que as dificuldades existiam a partir do momento que não conseguiam fazer da mesma forma o trabalho de antes, e em alguns casos, sobrecarregava outros setores para tentar resolver o problema. Até conseguir voltar ao ritmo de trabalho ou entender de rasoavelmente o sistema, levava-se até meses, destacado nas transcrições seguintes:

Tinha dificuldades na liberação, por exemplo, quando tava tudo no sistema, o sistema também tava novo, quando ia liberar dava um problema de... e pedia o CPD para consertar, aí atrasava o serviço

de início houve um pouquinho, mas com a continuação em 3 meses, 4 meses já tava todo mundo preparado pra... um depende do outro e esse prontuário deve chegar completinho aqui.

Com a implantação do prontuário, vai haver dificuldade, porque assim, o sistema vai ser totalmente diferente do nosso, então esse

sistema novo que vai chegar do hospital, tamos esperando que tenha facilidade em trabalhar com os sistemas dos outros convênios, porque é diferente do sistema atual pra estar trabalhando. Porque assim, a empresa de informática ela vai implantar um novo sistema de informática no hospital, então a gente tá aguardando esse sistema novo vir pra ver se vai dar certo, em relação aos sistemas dos convênios. Por enquanto ainda não temos conhecimento desse sistema eletrônico.

Destaca-se que, desde a implantação do antigo sistema, até a migração para o novo (prontuário eletrônico), os operadores enfatizam que as dificuldades de adaptação e utilização são uma constante.

Devido à demora na adaptação dos sistemas e a falta de treinamento dos operadores, por parte da empresa, acaba ocorrendo às resistências, em relação à utilização do sistema. As resistências foram relatadas de duas formas, em relação ao operador, por não entender a funcionalidade e utilização do novo sistema, mas principalmente a resistência existente por parte dos médicos.

A resistência, por parte dos médicos, também é relatada por outros grupos de pesquisa, havendo um consenso e destacando uma barreira que a classe médica tem com a utilização do prontuário médico informatizado. As transcrições abaixo relatam essas resistências encontradas.

eu acho que a resistência pra diminuir, acho que é você que tem que fazer. Como no meu caso, eu procurei me inteirar mais com a informática, fazer um curso, aprender mais, procurar pessoas que passem mais informações e tem pessoas que não agem dessa maneira, preferem se acomodar, então esse tipo de pessoas vai sempre encontrar resistência com elas. Houve treinamento também, mas foi um treinamento que deixou muito a desejar, porque a gente aprendeu de uma maneira superficial, além do cara que dava o treinamento era uma pessoa que não passava nada para ninguém, chamava as pessoas de burras e coisa e tal, com o tempo a gente foi aprendendo, a gente ia perguntando e hoje...

É uma dificuldade que se vai ter, pois o médico.. porque, hoje esse sistema que nós trabalhamos hoje, é um sistema que inclusive tem aí um... nós temos o prontuário que é em formulário contínuo que seria pra, pro médico já digitar no posto, inclusive nos postos foi retirado os computadores porque os médicos não aceitaram e não se propuseram a trabalhar dessa forma, mas cada posto tinha um

terminal, para que o médico não... ao prescrever não prescrevesse a mão como eles prescrevem, com as letras horríveis deles, mas que já fosse lá no sistema e fizesse a prescrição do paciente, onde essa prescrição iria ser automaticamente imprimido pela farmácia... só saía e pegava aquela prescrição já digitada e separava, então vai ter essa dificuldade também. Vai ter que ter uma conscientização com os médicos, para que eles aceitem fazer a parte deles.

Portanto, torna-se necessária uma interação maior entre os indivíduos que trabalham diretamente com o prontuário médico, pois só assim haverá uma quebra nas barreiras de desenvolvimento, evitando o desperdício de tempo e o re-trabalho das funções e rotinas existentes, como também uma forma de melhorar a qualidade das informações e do atendimento ao paciente (ÜCKERT et. al, 2004).

4.1.5 Agilidade

Uma das dimensões destacada durante as entrevistas foi a agilidade que o prontuário eletrônico possibilitaria para o trabalho diário de seus usuários e também da administração dos hospitais.

A – Médicos

Em destaque, a agilidade que o prontuário eletrônico pode prover aos médicos, diminuindo o trabalho manual e melhorando os atendimentos do dia-a-dia. A agilidade encontrada e apontada pelos médicos pode ser fundamentada por Coiera (2000), que destaca que a comunicação é um ponto crucial para haver uma melhor interação e rapidez nos processos, evitando problemas e erros crescentes. Sobre a agilidade como benefício, os médicos afirmaram:

Acho que só facilitaria o serviço, pois afetará de uma forma positiva, vai diminuir o trabalho manual que a gente leva muito tempo, né...às vezes até assim, prescrições repetidas que a gente faz...

é muito importante pra gente, agilizava mais as coisas, tinha mais os dados, informações precisas do paciente, isso é muito importante.

que a gente poderia diminuir em termos de papelada, do tempo em burocracia que a gente passa, quer dizer, porque muita coisa você já tem lá registrado, você não precisaria registra-lo no dia seguinte, como a gente faz aqui, principalmente em termos de prescrição

Os médicos voltam a destacar a importância da informatização do prontuário médico, através das entrevistas realizadas, enfatizando a necessidade de se ter um acesso mais rápido, com segurança e ágil a informações de pacientes, mas esquecem que essa informatização afeta a mudança de comportamento dos próprios médicos.

As entrevistas a seguir destacam a importância dada pelos médicos a agilidade que o prontuário médico acarretará após sua implantação.

a informatização do prontuário médico vai afetar de maneira benéfica, tanto para nós profissionais, quanto para o paciente, porque fica viável e mais rápido o atendimento, né.

ele contribui, ou seja, ele vai facilitar o trabalho médico. Eu acho que na verdade, o médico vai poder realizar determinadas alterações do mesmo e introduções de conteúdo no prontuário eletrônico em menor espaço de tempo. Demanda menos tempo.

A agilidade no atendimento, na pesquisa, nas informações do paciente e na necessidade dos profissionais em busca de informações mais precisas são pontos que ressaltados como benefícios pelos médicos.

Quando questionados sobre como a informatização do prontuário médico afetaria o seu trabalho, os médicos destacaram que um dos maiores benefícios gerados pela implantação e desenvolvimento do prontuário médico eletrônico seria a possibilidade de acesso rápido e seguro às informações do paciente contidas no banco de dados do sistema, como se pode constatar nas falas a seguir:

Você tem uma acesso mais fácil às informações, outra coisa, se tiver um processo eletrônico é mais fácil você acertar...

eu acho muito interessante, porque são assim coisas que você vai ter acesso eletronicamente... vai dispensar, primeira coisa, dispensa os arquivos de papel, vão ser arquivos eletrônicos que é bem melhor, mais fácil de serem acessados e eu acho que só tem vantagem o prontuário eletrônico.

Nos trechos transcritos em destaque, os médicos enfatizam novamente que a agilidade e acesso as informações dos pacientes é um benefício e auxílio a prática médica, ajudando-os nos diagnósticos. Mas lembram que, pela quantidade de atendimento que um médico realiza, em alguns casos, o próprio paciente é o responsável por guardar algumas dessas informações, ocasionando a perda. Daí a importância apontada pelos médicos na rapidez de acesso do prontuário, destacado nos relatos seguintes:

eu acho em termos de melhorar. Vai melhorar, né, porque assim, eu acho que o acesso dos próprios médicos aos prontuários é melhor, agiliza o trabalho da gente...

Você gravar de todo mundo é difícil, então às vezes a gente anota, o paciente perde, é comum a gente anotar até no próprio receituário e pedir para trazer... o paciente vai comprar o remédio, fica, perde o receituário, não sabe onde tá, então tudo informatizado a gente ver melhor a evolução da doença, é interessante.

A informatização do prontuário médico não será uma solução ou auxílio aos médicos, se os mesmos não participarem de seu desenvolvimento, como também se não houver um comprometimento no fornecimento das informações, pois, em outros grupos de entrevistados (administradores dos sistemas e diretores), os médicos foram apontados como uma barreira no desenvolvimento do prontuário. Caso não haja esse comprometimento e participação da classe médica, o que ocorrerá serão declarações de que o prontuário médico é um processo para agilizar o atendimento nos hospitais, conforme as falas abaixo:

Eu acho assim, que ele pode, o prontuário pode se tornar eletrônico, visto que tanto os dados do paciente vão tá arquivados por um tempo, por todo o tempo necessário, como a gente pode fazer as alterações diárias, as prescrições diárias e introduzir ou retirar determinado disquete e colocar, então isso fica mais fácil o acesso e mais garantido o manuseio, porque só as pessoas que vão ter acesso ao sistema realmente poderão ter acesso conseqüentemente ao prontuário.

Olha, ele agiliza. Tanto que na hora que tá tudo informatizado, eu tô com o prontuário todo na mão, na hora que eu quiser ter acesso a todo o prontuário, agiliza até que às vezes o paciente às vezes não sabe informar o que aconteceu direito, pode dar até uma informação distorcida. Você tando com ele na mão, acho que agiliza bastante e facilita o tratamento.

(...) olha tando informatizado, a gente tando com tudo informatizado é claro que ia ajudar bastante, porque na hora que o paciente chegar você acessa, você já tem o histórico dele, a evolução da doença todinha.

As entrevistas em destaque demonstram que os médicos sentem a necessidade de um sistema que os auxilie no acompanhamento médico através de um acesso rápido às informações de arquivos eletrônicos, para que haja uma resolução mais rápida do problema do paciente, melhorando e agilizando o atendimento clínico, conforme destaca Nikula (2005).

Nesse processo de agilizar e resolver mais rápida o problema do paciente, a integração dos sistemas de informação e, principalmente, de todas as áreas do hospital foi um dos pontos em destaque nas entrevistas com os médicos, pois os mesmos informaram que se torna um benefício à tramitação das informações na entidade hospitalar, conforme enfatizam as transcrições a seguir:

maior facilidade, maior economia, maior ligereza ... certo, disponibilização imediata, inter-relacionamento todos os setores do hospital, integração entre todos os departamentos: farmácia, almoxarifado, cozinha.

Os benefícios maiores são esses, a integralização de todos os setores do hospital, de todo o corpo clínico do hospital... o setor de compras, almoxarifado, lavanderia... a integralização de todos os setores do hospital.

Para que haja uma integração de todos os setores do hospital e corpo clínico, é importante destacar que se torna necessária a observação e estudo das reais necessidades de cada hospital. Nesse sentido, Monteiro (2003) chama a atenção para a necessidade de integração dos sistemas de informação de saúde, pois existem várias dimensões estudadas hoje pelas empresas que implementam EPR, mas são poucos que visualizam as reais necessidades das empresas em que estão sendo implantados os sistemas.

Também sobre a integração e o acesso rápido das informações em todos os setores hospitalares, a fala a seguir é significativa:

Vai ser mais fácil você acessar a qualquer momento o prontuário, você pode empregar menos tempo, por exemplo, se você estar em um outro local daquela unidade hospitalar, você tem acesso aquele prontuário, então você pode em qualquer local que você esteja, até mesmo se você tiver a distância você pode acionar e ter idéia do que aquele paciente tem, ou seja, então nesse momento a gente tem também, como tavamos falando do prontuário eletrônico no hospital, mas existe também o prontuário eletrônico ambulatorial ou no consultório, então esse aí é maravilhoso porque quando o paciente liga para você numa emergência... se você puder dispor naquele momento de todos os dados do paciente e ter uma idéia do que tá acontecendo, então isso aí vai ajudar sem sobremaneira o médico e vai beneficiar de sobremaneira o paciente

A integração é mais que necessária quando se trabalha com informações que devem ser precisas, importantes e rápidas, além de que essas informações são primordiais ao tratamento dos pacientes. Portanto, na visão de Nilsson, Grisot e Aanestad (2002), os hospitais e centros de cuidados médicos freqüentemente precisam compartilhar informações de pacientes, necessitando de uma integração dos seus sistemas para uma troca mais precisa de informações.

C – Diretores

Na visão dos diretores, um dos pontos de maior importância na informatização do prontuário médico é a integração dos setores dos hospitais como forma de melhorar o gerenciamento das informações que tramitam na organização.

Os trechos das entrevistas a seguir destacam o prontuário eletrônico, visualizado pelos diretores e que é apenas uma forma de integração para possibilitar uma administração mais enxuta e precisa dos processos administrativos.

Você sabe que o hospital hoje é considerado uma empresa, é considerado primeiramente uma empresa e por ser uma empresa tem vários setores e o hospital eu considero como sendo uma das empresas mais complexas existentes no mercado hoje. Por que, primeiro vem: recursos humanos, vem a parte de hotelaria, vem farmácia hospitalar, vem a parte financeira, vem marketing, então existe outros aqui que não estou me lembrando agora. Então o sistema de informação vem ser útil por que, pra integrar todos os setores do hospital

Primeiro o prontuário eletrônico ele tem uma facilidade... nós administradores, se quisermos implantarmos uma rede, que aqui no hospital já tem, interligada entre setores, eu tenho toda a parte de faturamento integrado ao meu computador, então se os prontuários também se integrarem a direção do hospital facilitará bastante as tomadas de decisões com relação a procedimentos médicos, o que foi que ocorreu, o que foi...

ser mais fácil até uma integração se o médico tem seu Laptop, o seu computador aqui no hospital, aqui vai facilitar muito, o diretor clínico vai ficar a par do que realmente está acontecendo com os pacientes, só vem a facilitar

o primeiro motivo é porque evita falhas na comunicação do médico e no posto de atendimento, que hoje é quem faz a solicitação a farmácia dos medicamentos(...)

As entrevistas e as opiniões mostram que os sistemas de informação hospitalar ajudam a integrar e facilita a tomada de decisão pela administração das empresas.

Da mesma forma, os diretores dos hospitais implementam e buscam como resultado o controle e a integração dos setores da empresa, quando implantam os sistemas de informação e o prontuário eletrônico.

No relato dos entrevistados, o controle proporcionado pelo resultado da implantação e desenvolvimento do prontuário eletrônico, torna-se essencial para os diretores. Os mesmos destacam que, a integração dos setores e o controle corriqueiro das informações que tramitam na organização geram facilidades nas tomadas de decisão, além de determinar diretrizes para o sistema e auxiliar a administração do hospital.

Alguns setores específicos, como a farmácia, têm sua atividade de distribuição individualizada de medicamentos, agilizada através de um controle de informações inseridas no sistema. Destacado nos relatos seguintes.

(...) nós recebemos medicamentos da farmácia central, uma farmácia de distribuição aqui do hospital tem que tá integrado aos pedidos das enfermarias, da UTI Neo, do centro cirúrgico, tem que haver uma integração, tem que ter controle de estoque é, como aqui é um hospital, recepção, parte de informatização.

Não temos ainda a informatização da farmácia, ainda fazemos um controle manual, mas acredito de que agora no início de 2007 estamos informatizando a farmácia. Então a importância de tá todo o hospital integrado nesse sistema de informação é importante. Por que? Pra gente ver onde está a falha pra tomada de decisões.

O prontuário eletrônico ele facilita demais o processo de distribuição de medicamentos do hospital e também a questão da cobrança desse prontuário, porque à medida que você implanta o prontuário eletrônico, você elimina no mínimo três etapas (...)

Os diretores destacam também que, o controle como resultado da implantação do prontuário eletrônico é necessário para o acompanhamento da circulação ou tramitação da conta do paciente na entidade hospitalar, evitando erros no preenchimento, dificuldade de interpretação da letra do médico e um controle

constante dos atendimentos médicos. Conforme constata fala dos diretores transcritos a seguir.

(...) então a partir do momento que o paciente é atendido na triagem, essas informações já são jogadas para o nosso CPD, para nós no final do mês faturarmos as contas de AIH's que é as Autorizações de Internamento Hospitalar, então pra no final do mês, quando ser processados todas as contas, o que foi gasto com medicação, tudo o que se faça com um paciente deste hospital, isso é alimentado no sistema para ser feito o pagamento.

(...) às vezes encontramos prontuários incompletos, o médico não costuma relatar tudo o que aconteceu, então facilita bastante não só para o administrador, mas também como para o diretor clínico, então ele vai poder se reunir com os médicos...

evita-se erros com dificuldade de leitura do que o médico escreve, dificuldade de leitura, facilita também o controle também sobre a quantidade solicitada exata para cada paciente, evita glosas, evita tudo, tudo sai mais adequado a atividade clínica do médico.

No momento que há a implantação do prontuário eletrônico a gente pode determinar diretrizes para que o sistema avise ao médico que o hospital não dispõe de determinada medicação e que imediatamente esse aviso chegue a diretoria de compras, a coordenação de compras para que ele possa entrar em contato com o médico que tá solicitando e esse processo é agilizado de sobremaneira.

O gerenciamento e controle das informações não se limitam apenas às informações administrativas, mas também às atividades a serem desempenhadas pelo hospital, possibilitando tomadas de decisões diferenciadas, gerindo melhor os custos e agilizando no processamento de dados.

O controle, rapidez e melhor gestão dos custos, pelos diretores, podem ser observados como sendo de grande importância, de acordo com os relatos seguintes:

(...) pra melhor gerir custos, para melhor avaliar os clientes né, saber o tipo de cliente, idade... pra ter uma agilidade no processamento de dados e para todo o funcionamento de toda a estrutura, sempre que tiver a necessidade de informação ela estar disponível.

Hoje, principalmente para a escolha da atividade a ser desempenhada dentro do hospital, por exemplo, a abertura de novos atendimentos, novas áreas, novas especialidades, então hoje a gente seleciona a partir dos custos individualizados, né, isso permite também partir para uma avaliação atuarial dos pacientes, saber que

tipo de atividade envolve um agravamento, uma mudança de patologia etc, então tudo isso o sistema permite. E a tomada de decisão é toda baseada nos custos que são individualizados hoje.

(...) a necessidade é real pelo maior controle, porque a empresa cresceu e se ela cresceu, ela tem que acompanhar os avanços tecnológicos e pelo anteriormente citado, o serviço de Arquivo Médico Estatístico da uma maior fidelização desses dados.

A visão dos diretores não se diferencia muitos das opiniões dos médicos, em relação a utilização do prontuário eletrônico no trabalho diário. Ambos demonstram, conforme relatos apresentados, que o prontuário eletrônico agiliza o acompanhamento dos pacientes e as tomadas de decisão, além de proporcionar uma análise dos gastos em todo o hospital.

D – Operadores

A agilidade que o prontuário eletrônico está trazendo para a empresa é um dos pontos em destaque pelos operadores, pois em alguns casos o trabalho realizado nos hospitais era manual. Os relatos a seguir, enfatizam a melhora do trabalho e a agilidade que a informatização proporcionou as rotinas.

depois que ele foi elaborado, a gente tem informações precisas, rápidas... com sucesso., mas antes disso, não. A gente tinha que procurar informações, olhar em arquivos.

rapidez de informação, informação precisa, hoje a gente gera relatório do jeito que quiser e na hora que quiser. Antigamente não tinha como ver isso.

melhorou 100% o trabalho. Diminuiu muito a carga horária, porque quando a gente trabalhava manualmente, a gente entrava aqui pela manhã e saía à noite, era comum pra gente... sempre passando da hora, sempre, sempre, sempre. Todo dia de entrega do faturamento, a gente passava, entrava aqui num dia e saía no outro e hoje não existe mais isso.

influenciou muito e muito rápido, porque a gente trabalhava manual, você passar 15, 20 minutos trabalhando pra preparar uma conta é diferente do computador, é diferente trabalhar manual e no

computador, é muito mais rápido. Então melhorou muito, ter colocado esses computadores.

o novo sistema ajudou na rapidez, agilidade...porque é diferente você trabalhar manual e você ver de repente que tá no computador... é totalmente diferente, a agilidade é muito mais rápida.

Uma experiência muito boa a do prontuário eletrônico e eu acho que vai ser muito bom, vai ser muito mais rápido. A gente trabalha assim com várias telas, várias funções e o pessoal aí do prontuário eletrônico disse que vai diminuir muito, pra colocar uma conta ou outra no computador vai ser direto, usando só uma tela, então vai facilitar muito.

a facilidade foi porque antes a gente tinha que fazer tudo manual, na caneta e no sistema a gente digita só alguma informação que precisa e já sai a resposta tudo definido. Melhorou pelo tempo, porque a gente perdia muito tempo, muito bom.

Mesmo ocorrendo resistências nos primeiros momentos da informatização, após a adaptação dos operadores aos novos sistemas, verificou-se um ganho de tempo no trabalho. A resistência foi trocada por empenho.

Consequentemente houve uma mudança da percepção dos operadores em relação ao trabalho desempenhado diariamente, ou seja, com a informatização e a implantação gradativa do prontuário eletrônico, os indivíduos que trabalham diretamente com os sistemas, visualizaram facilidades para conseguir as informações. O controle e a capacidade que a tecnologia disponibiliza para acesso de informações tornaram-se úteis no trabalho corriqueiro das pessoas nas organizações. Relatadas nas seguintes entrevistas:

melhorou, o sistema interligado, quando dava entrada na mercadoria nos três setores: farmácia, almoxarifado e dispensa, ele já, automaticamente já tava no financeiro. Essa parte de entrada melhorou e a parte de saída que era pro paciente, né, foi onde o controle de estoque foi bem melhor. Trouxe maiores benefícios, facilidades e um controle maior, porque antigamente a gente trabalhava com estoque morto nos setores, era só abastecendo, abastecendo e desta forma não, dava saída por paciente.

O pessoal que montavam o sistema já foram de uma forma que tudo que a gente informava na guia do convênio, passou a informar no sistema, quer dizer essa implantação foi feita de uma forma que as

informações que a gente já tinha na guia, ela pudesse ser posta no sistema e tanto é que assim, fica mais fácil para você conferir o convênio na parte de você saber o percentual de glosas e de tudo. Porque como ele é informatizado, então você tem todo assim 100% de segurança de informar o que você cobrou, o que entrou, o que por acaso não ficou. Uma segurança maior.

As facilidades são destacadas com maior frequência, pelas pessoas que trabalhavam manualmente com as contas hospitalares, mas com o tempo, romperam paradigmas adaptaram-se à nova rotina da informática. Com isso, os operadores viram que os computadores, tornaram-se uma ferramenta para agilizar o trabalho e melhorar o desempenho. Destacados pelas falas seguintes.

facilita o meu trabalho. As facilidades foram as seguintes, por exemplo, chega uma conta aqui eu só faço conferir e digitar as taxas, digitar os honorários dos médicos, se fosse na mão seria muito mais difícil, porque de 15 em 15 dias temos que mandar contas. Imagine isso na mão, que agora o movimento aqui é grande.

ele dá a parte de cálculo também, já dá tudo mastigadinho, desde que você alimente ele correto. Estatísticas ele já lhe dar, os cálculos ele já lhe dá, coisas que antes você tinha que usar os seus neurônios, nesse caso ele ajuda muito.

pra gente foi mais prático pra gente, porque quando eram as máquinas a agente tinha mais problemas e mais trabalhos... o computador teve mais agilizou mais, mais prática pra gente, pelo menos é uma coisa nova também, que a gente tava começando.

você que hoje o sistema facilita o trabalho, hoje a base de tecnologia é mais avançada é um processo hoje muito bom e rápido, tá entendendo, porque antes a gente tinha que fazer aquela parte todinha na cobrança manual, hoje não você vai lá e cobra através do computador e tira um relatório pra você fazer a conferência, tá entendendo, então mudou muito

Nesse sistema aí, o que era que acontecia, todo médico estaria ciente de todo o acompanhamento desse paciente, porque, porque era só entrar no sistema, não era obrigado que ele tivesse atendido, mas tava todo o histórico do paciente ali. Então seria importantíssimo, seria um avanço. O benefício maior seria porque, porque você vem aqui para o hospital e você diz que o retorno tem que ser com aquele médico, quando numa emergência não existe isso, porque uma emergência vão tar médicos, dependendo do seu plantão e o cliente quando vem ao hospital ele não tá procurando o médico, na verdade ele tá procurando o hospital, vai ser qualquer médico. Então aquele médico vai ter acesso a todo o histórico daquele paciente. Não foi ele que atendeu, mas tem tudo ali informatizado, seria bom demais.

Os relatos dos operadores destacaram, com ênfase, a melhora e agilidade que os novos sistemas possibilitaram no desenvolvimento do trabalho diário, além de proporcionar a integração e busca mais rápida das informações.

4.2. Treinamento

A variável treinamento surgiu do questionamento sobre a capacitação dos entrevistados na utilização dos sistemas e do prontuário eletrônico nos hospitais, mas conforme destacam as dimensões do Quadro 13, houve duas respostas: despreparo e resistências.

Quadro 13 – Variável Treinamento e suas dimensões

Variável	Dimensões
Treinamento	Despreparo
	Resistências

Fonte: Pesquisa direta

Posteriormente, são descritos e explicados com maior detalhes a variável e suas dimensões correspondentes, permitindo um melhor entendimento do assunto abordado.

4.2.1 Despreparo

Nessa dimensão, os grupos entrevistados explicam o despreparo na utilização dos sistemas implantados nos hospitais, como também, a falta de informações sobre a migração dos sistemas antigos para o prontuário eletrônico.

A – Administradores dos Sistemas

Alguns administradores dos sistemas destacaram que ocorre treinamento para os usuários quando vão usar o sistema ou prontuário eletrônico, mas ao mesmo tempo, falam que não existe um treinamento prévio para utilização dos novos sistemas. Primeiramente, ocorre a implantação e, posteriormente, existe um treinamento superficial e geral com os usuários, conforme a fala transcrita abaixo:

Olha só, nós sempre fazemos acerca do treinamento, tanto da pessoa que opera, tá, como nós. Atualmente estamos cursando em Recife um curso específico a nível de sistema operacional Linux, que é voltado justamente para os programas do governo federal.

Os administradores dos sistemas enfatizam que há um treinamento para utilização dos sistemas, mas destacam que esse treinamento, muitas vezes, é oferecido aos próprios administradores e não especificamente aos usuários. Nesse contexto, há empecilhos pelos usuários, conforme destaca a fala seguinte:

As pessoas que vão usar o sistema sempre passam por um treinamento antes de começar a utilizá-lo. Mas no início não quando foi implantada a primeira versão estavam com medo da mudança, então estavam sempre colocam impecílios, achando que só iria atrapalhar o serviço, que não iria adiantar de nada, que fazia tudo errado, mas com o passar do tempo foram vendo que realmente o sistema existia pra ajudá-los. Hoje em dia já percebem o benefício.

Quando os administradores dos sistemas demonstram que os usuários passam por treinamento e estão prontos para utilizarem os novos sistemas, o trecho de uma entrevista, descrita a seguir, demonstra que a visão dos administradores é contraditória, pois destacam que os usuários já saberiam utilizar os sistemas por já terem usados os programas anteriores. Nesse caso, não haveria a necessidade de promover o treinamento para implantação do prontuário eletrônico. As entrevistas a seguir demonstram o que foi descrito.

As pessoas estão preparadas para usar o sistema, porque elas já utilizam o sistema antigo, então a única coisa que mudou foi a interface gráfica. Mas mesmo assim, todo mundo recebe treinamento. Todo mundo foi treinado antes da implantação.

As pessoas vão precisar de novos treinamentos em cima do Windows, porque é uma plataforma desenvolvida para o Windows, o banco é Linux é Oracle, mas a visualização e interface é pra Windows

Uma vez modelado a equipe de desenvolvimento pode começar a implementação (codificação) do sistema, atendendo a todos os requisitos levantados na fase de análise. Uma vez codificados, passa para a fase de testes e só depois de testado e aprovado é implantando. Os usuários são treinados a usar o sistema depois da implantação.

Da mesma forma, o grupo pesquisado entende que, por haver em alguns casos uma migração de sistemas, não seria necessário o treinamento mais aprofundado para os usuários, por se tratar de um sistema que já é entendido por todos.

B – Operadores

Diferentemente do que foi afirmado pelos administradores dos sistemas, quando questionados sobre os treinamentos, os operadores destacam que não ocorreu treinamento no processo de implantação, enfatizando que os sistemas já haviam sido implantados. O treinamento efetivo para utilização do sistema ocorreu após sua implantação e na utilização diária. Segundo as falas a seguir, ocorreu um treinamento para atender as necessidades dos setores, mas que em alguns casos foi superficial.

depois que o sistema foi elaborado aí foi dado treinamento para cada setor, depois que foi implantado o treinamento veio.

o treinamento era feito dentro do setor. Depois que o sistema já tava funcionando, aí cada setor dava o treinamento, mas limitados a cada setor.

Os operadores relatam que o treinamento existentes foram realizados pelo pessoal que trabalha no CPD, e não pelo pessoal que implantava, ou que estava implantando o sistema, ocorrendo freqüentemente dúvidas e uma má utilização das ferramentas existentes no prontuário eletrônico. As falas a seguir demonstram a visão dos operadores.

Houve no início um treinamento por parte do pessoal do programa, que eram... treinou e depois foi pra prática né... e sempre havia, sempre reciclando, mas o treinamento só houve depois que o sistema foi implantado

nunca faltou, o pessoal do CPD dava o suporte. Era suficiente, tinha a pessoa que ficava dando o suporte. Com relação ao treinamento, não tenho o que reclamar não.

Não, nós passamos por um treinamento. Treinamento assim, a pessoa responsável pelo CPD, ela chamava por pessoas e ia mostrando como era feito, então passou numa folha os passos, que seria um manualzinho pra que a gente seguisse, então tinha coisas assim, que não dava pra nossa realidade, então foi adaptada, né, quer dizer que informação que era importante...

Houve treinamento do próprio pessoal do CPD, né. Foi um treinamento que já começamos a trabalhar com as contas no computador.

Ao afirmarem que ocorria treinamento para utilização do novo sistema, os operadores destacavam que na verdade era apenas uma parte introdutória à utilização, pois o restante era aprendido no dia-a-dia.

Alguns operadores foram enfáticos ao afirmarem que não tiveram treinamento, e quando tiveram, foi apenas para tirar dúvidas na utilização imediata do sistema. Demonstrada nos relatos a seguir:

assim, no momento não, acho que como disse a você, aqui só teve o treinamento uma semana, aí começou mesmo na prática no dia-a-dia, entendeu como é.

foi assim, teve uma semana que a gente pegou o material, umas apostilas e começou bem rápido a gente. Começou mesmo foi na prática, fazendo, fazendo mesmo, porque tinha o antigo sistema que era quase parecido e como era parecido, começamos a pegar... porque era um pouquinho parecido. Mas prática mesmo foi a gente fazendo. Ensinar foi pouquíssimo.

Outros operadores destacaram que não tiveram de forma alguma qualquer tipo de treinamento, demonstrando o despreparo de alguns. Conseqüentemente, ocorria à transmissão de informações entre os próprios usuários como forma de ajudar aos colegas de trabalho, como diz um operador: *“as meninas passavam pra gente, ficava todo mundo junto mesmo e ficava passando, olhando... quem era mais esperto pegava primeiro e quem não era teve um pouco mais de dificuldade, mas no fim todo mundo pegou”*. Devido a essa falta de treinamento, os erros eram freqüentes e principalmente o re-trabalho existente nos setores. Informado pelos relatos.

não, comigo não teve o treinamento não, é tanto que já foi assim direto. Quando ele chegou aqui, que ele disse assim que a partir de agora, assim, que você vai começar a fazer, aí eu botei pra tremer, eu digo pronto, agora vamos ver o que vai acontecer. Aí eu digo que não tenho prática...a gente acostumado na máquina, aí ele disse vá olhando aqui e o que tem aqui é só você ir butando, anotei um bocado de coisa e fui fazendo. O que tava errado eu chamava ele, mas que não teve treinamento pra gente não.

o treinamento foi aqui mesmo. Aqui no hospital mesmo, a chefia passava pelo sistema primeiro e depois transmitia pra gente, aí veio algumas pessoas da empresa do sistema, e elas foram quem mais ajudou a gente. Repassavam o programa pras meninas e as meninas repassavam pra gente, ficava todo mundo junto mesmo e ficava passando, olhando... quem era mais esperto pegava primeiro e quem não era teve um pouco mais de dificuldade, mas no fim todo mundo pegou.

o treinamento a gente não teve, a implantação foram trazendo a modernização, acredito que devem ter visto esse sistema em algum canto e resolveu implantar aqui no hospital... e implantou e como eu disse a você, deu uma orientação e a gente tocou o barco.

A falta de um treinamento apropriado para os usuários dos sistemas, prejudica diretamente a sua utilização correta, possibilitado por uma falta de planejamento e estruturação no processo de implantação do prontuário eletrônico nos hospitais estudados.

C – Diretores

Os diretores destacam que o processo de informatização do prontuário médico tem seus impedimentos, principalmente da classe médica, por serem considerados peças importantes e ao mesmo tempo, resistentes a utilização de novas tecnologias. Os relatos abaixo enfatizam os comentários.

Primeiro vamos fazer um trabalho de conscientização junto aos médicos, que os médicos são uma parte complicada, médico e administrador hospitalar às vezes... às vezes acontece muito atrito e não aceita opiniões. Existe alguns médicos mais abertos, mas a grande maioria é um problema que enfrentamos no dia-a-dia da administração hospitalar.

Eu acho que o sistema de informação só vem a crescer aqui no hospital e a importância tem várias, mas o que acho é que são as tomadas de decisões rápidas, porque as vezes você não escreve... medico é um profissional que não gosta de escrever muito, às vezes tem até dificuldade de até ele dar um atestado de óbito, que às vezes não que fazer.

O grupo dos diretores demonstra que, os treinamentos iriam ocorrer durante a implantação do prontuário eletrônico, através de conscientização, principalmente da classe médica. Considerados como peça chave na informatização do hospital, os médicos, representam um grupo muito resistente as transformações no modelo de trabalho, prejudicando diretamente as ações de desenvolvimento do prontuário eletrônico.

4.2.2 Resistências

As resistências destacadas a seguir, são direcionadas aos grupos que trabalham diretamente com os sistemas utilizados nos hospitais em Campina Grande. Cada grupo pesquisado demonstra sua visão sobre as resistências existentes, desde o desenvolvimento, até a implantação do prontuário eletrônico.

A – Administradores dos Sistemas

Apenas dois dos entrevistados foram enfáticos, quando afirmaram que não há um treinamento completo ou preciso para as pessoas aprenderem a utilizar os sistemas com que trabalham, devido muitas vezes à resistências dos próprios usuários, como se vê nas entrevistas transcritas a seguir:

Alguns realmente passaram por um treinamento no CPD com a equipe preparada para treiná-lo, outros não são encaminhados para tal treinamento e aprendem com seus colegas de trabalho, nem sempre da forma correta.

Preparada, eu não dizia assim essa palavra preparada, mas se adequam à mudança né, sempre é difícil numa mudança. No início foi bastante resistente, porque o pessoal estava acostumado com a máquina de escrever e não queria usar o sistema, aí foi implantando aos poucos nos setores e hoje não se trabalha sem o sistema de informação.

Tal treinamento, quando acontece, acaba sendo feito através de um colega de trabalho; em outros casos, vão aprendendo o manuseio do sistema com o passar do tempo. Nesse caso, ocorrem erros freqüentes de preenchimento de dados e a repetição de trabalhos, prejudicando de forma sistemática a operacionalização das informações contidas no sistema, afetando as tomadas de decisões dos médicos e diretores.

Em outro relato, é enfatizado a resistência dos diretores em relação a utilização dos sistemas implantados, conforme destaca relatos abaixo:

Eles preferem ainda sentar no birô e ainda pegar o papel pra ir analisar, em vez de pedir essas informações direto no computador. As estruturas, como uma boa parte dos hospitais são antigos, ele não tem uma própria estrutura de você conseguir botar computador em todos os lugares. O bom é que hoje o computador não está tão caro quanto a algum tempo atrás. Tá um preço hoje, em que toda empresa tem condições de ter vários computadores, mas mesmo assim ainda existe, os donos das empresas que são pessoas ainda um pouco antigas e que ainda não tiveram ou ainda não vêem a informatização como uma grande solução.

Berg (2001) confirma o afirmado nessa entrevista, ao destacar que, quando as organizações negligenciam a implementação do prontuário eletrônico, a transformação mútua ocorrida entre a tecnologia e a organização acaba fracassando.

B – Diretores

Os diretores comentam que existe necessidade de treinar seus funcionários para utilização da tecnologia que está sendo implantada, mas esquecem da profundidade das ações de mudança do ambiente, causado pela informatização do prontuário eletrônico.

Com o desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico existe a mudança da cultura das pessoas que trabalham nos hospitais, influenciando diretamente o trabalho com os novos sistemas. Destacados pelas entrevistas transcritas a seguir.

Até porque a informática a gente sabe que é uma mudança de cultura também, não para quem nasceu na era da informação, que ele já nasceu apertando teclado... temos funcionários com 25 anos de empresa e que com resistência a ferramenta, então nos tivemos que começar pela parte de burocrática de convênios, faturamento de

convênios, tesouraria, a parte... para poder começar. 2006 nós iniciamos os postos de enfermagens, onde a enfermagem hoje a pessoa da higienização, do almoxarifado já está fazendo seus pedidos e caindo diretamente no sistema, então o planejamento maior foi para 2007 que é onde vai culminar com o investimento maior de treinamento por parte médica, que seria o prontuário eletrônico, que nós já iniciamos na unidade de terapia intensiva e 2007 ela será implantada em todas as unidades de internação.

A conscientização está sendo feita em massa e de cima pra baixo, porque na verdade os mais resistentes é quem tem 50 anos e formado em medicina e é quem dirige o hospital, né(...)

Os diretores dos hospitais comentam que estão sendo seguidos passos para implantação do prontuário eletrônico e com isso, pretende-se até o final de 2007 estar com a maior parte da estrutura física informatizada e interligada.

A pesquisa revelou que a classe médica foi citada novamente como divergente da visão existente entre os diretores, quando se trata do prontuário eletrônico, e também como uma barreira ao desenvolvimento e assimilação da informatização do prontuário médico. Informado pela fala seguinte:

O segundo passo, que vamos a partir de 2007 é o treinamento desse sistema junto a classe médica, então tenho certeza que no final de 2007 nós vamos tá com 80% do processo concluído. Se a classe médica está preparada ainda para absorver isso, é uma boa pergunta. Alguns estão, inclusive embora a gente não tenha esse prontuário eletrônico totalmente implantado, alguns inclusive já utilizam computadores, notebooks até para fazerem as suas prescrições. Inclusive houve até uma reinvidicação de uma parte da equipe médica do hospital, em disponibilizar computadores pra eles trabalharem, outra parte infelizmente nós vamos ter resistências com relação à utilização.

Portanto, vale destacar que, o prontuário não é necessariamente por si só um indicador de qualidade, mas um indicador de impacto potencial do sistema, em que os gerentes e médicos são parte integrantes das mudanças ocasionadas na organização (LAERUM E FAXVAAG, 2004).

C – Operadores

Um dos grupos com maior influência, com a mudança e informatização do prontuário médico, foram os operadores, que trabalham diretamente com a inserção de dados nos sistemas, além de acompanhar as contas médicas enviadas para cobrança.

Os operadores comentam que existe resistência no processo de implantação do prontuário eletrônico, nesse momento destacam os médicos como sendo o grupo com maior barreira a utilização do novo sistema. Conforme destacam as falas seguintes.

onde vai ter mais resistência é nos médicos, porque eles são preguiçosos, na verdade eles não gostam de tá ali... num gostam nem de cuidar do paciente, quanto mais escrever... imagine fazer, sentar na frente do computador e alimentar ele... tem coisas que eu vi no prontuário eletrônico, assim, tem coisas que quem tem que alimentar é o próprio médico... porque tem coisas que você não pode dar o diagnóstico, um parecer, uma enfermeira também não vai. Tem a hipótese, mas que sabe mesmo é ele, eu acho que vai ter muita resistência mesmo.. como sempre.

Eu acredito que vai haver uma resistência dos médicos, porque os médicos são preguiçosos para trabalhar, escrever, a gente tem que tá pedindo, deixando um bilhetinho pra ele, falta assinatura, falta diagnóstico eles demoram muito para atender nossos pedidos. A gente vai ter um pouquinho de trabalho, mas temos que trabalhar com eles...

Os operadores enfatizam, continuamente, que os médicos é o principal empecilho ao desenvolvimento do prontuário médico eletrônico nos hospitais, por não adotarem as normas de manuseio e utilização dos novos sistemas. Dependendo continuamente dos operadores para obterem informações pertinentes aos pacientes.

4.3 Participação

Durante as entrevistas, surgiu um questionamento que levantou uma variável, a participação (Quadro 14), relacionada aos usuários (médicos, funcionários e diretores), no desenvolvimento e implantação dos sistemas, nos hospitais pesquisados.

Quadro 14 – Variável Participação

Variável
Participação

Fonte: Pesquisa Direta

A seguir é explicada a variável, através de trechos de entrevistas dos grupos pesquisados.

A – Administradores dos Sistemas

Durante a pesquisa, foi detectada uma variável que determina que a implantação e desenvolvimento do prontuário eletrônico são devido às necessidades da direção dos hospitais, pois os diretores procuram os sistemas e sua implementação como forma de aumentar o controle, eficiência, confiabilidade nos dados e agilidade na tomada de decisão.

Neste ponto, os Administradores dos Sistemas concordam ao relatarem que os sistemas são implantados para melhorar o desempenho da organização, havendo uma concordância entre os pontos de vista, no que se refere a implantação de determinados sistemas nos hospitais pesquisados:

No caso a decisão veio da direção, aí envolveu todo mundo né, quando começou o treinamento a gente havia a necessidade daquele setor, não tá precisando disso no programa, dá para adequar, sempre foi adaptado para aquela determinada necessidade.

Com a necessidade de implantação crescente e também a busca por um controle maior das informações que circulam nas entidades hospitalares, questiona-se quem realmente estaria envolvido na implantação dos sistemas. Conforme relato a seguir, mostra-se a visão de um administrador de sistemas sobre o referido questionamento.

Quem tá envolvido é todo mundo, a partir da direção até os funcionários que serão os usuários dos sistemas, inicialmente vai ser feito um treinamento com todo o pessoal, pra nova interface, que na verdade não muda muito, só acrescenta relatório e algum controle a mais que a diretoria pedir. Na verdade, melhora para a diretoria. O sistema já vem pré-moldado, para ir se adaptando a cada hospital.

No caso da implantação, você vai desde a atendente, em termo de envolvimento, a quem instala, eu digo desde o atendente, porque quem está no atendimento ele tem que mexer com o sistema. Passa pelas mãos das informações das enfermeiras e a diretoria em termos de relatórios e a cobrança de toda a gestão que o programa pode dar,

E todos os profissionais envolvidos, até mesmo o cabiamentos, eletricitas, da energia e até nos que somos técnicos e programadores e todo o corpo docente do hospital.

Os administradores dos sistemas enfatizaram que, na verdade, a implantação e operacionalização do sistema vão de acordo com a necessidade da direção da empresa, e não pela necessidade real dos setores abordados.

Quando questionados sobre o processo de implantação do prontuário eletrônico nos hospitais, e quem realmente está envolvido, os entrevistados destacaram que todos os membros das instituições estão envolvidos.

Existe uma miopia nesta afirmação, pois quando se fala no envolvimento, os administradores dos sistemas vêem como participação apenas a instalação e

treinamento posterior a sua implantação, não levando em consideração a participação anterior, no processo de desenvolvimento.

Apenas um entrevistado destacou que a participação dos usuários tem que ser maior, pois, caso contrário, de nada irá servir todo o investimento em tecnologia. É preciso ter funcionários conscientes de que seu papel é fundamental no desenvolver dos sistemas.

Por mais que um hospital faça um bom investimento na sua informatização, adquirindo bons servidores, sistemas, montando uma boa estrutura de redes, etc, se sua equipe de funcionários, de todos os setores, não estiver empenhada em utilizá-lo, de nada vai adiantar o seu alto investimento. É preciso ter usuários conscientes do seu papel no processo como um todo, o que ainda não acontece hoje em dia.

Infelizmente, a visão dos administradores dos sistemas sobre a participação dos usuários é direcionada a participação dos mesmos na utilização e entendimento dos sistemas, e não no compartilhamento de informações.

Da mesma forma, nos CPD's dos hospitais, ficam alguns profissionais para controlar e agilizar a tramitação das informações que são fornecidas, como também para eventuais dúvidas que apareçam.

Como forma de enfatizar que os sistemas implantados foram terceirizados por empresas e que, a necessidade dos hospitais em informatizar veio com pessoas alheias ao cotidiano empresarial do hospital, as fala seguintes mostra e comprova os comentários:

Iniciou-se a idéia com o programador o Sr. Y e conversando com o diretor, ele disse que havia uma necessidade de um sistema e começaram a desenvolver e daí foram fazendo as atualizações adequadas e cada hospital tem, claro são diferentes e o daqui foi bem adaptado as nossas necessidades.

O desenvolvimento foi feito por parte da empresa X e a início baseado em um banco de dados Oracle e esse sistema novo que nós estamos implantando hoje é na linguagem Java, certo (...)

O sistema é diretamente com a empresa X e os analistas da empresa, o hospital no caso... é um contrato feito com essa empresa, uma terceirização do sistema e os envolvidos são diretamente os analistas e por último chegando com o pessoal do CPD aqui do hospital, que é quem administra o sistema.

Monteiro (2003), Nilsson, Grisot e Aanestad (2002) concordam que, na maioria dos casos, os sistemas hoje desenvolvidos vieram para alterar de forma radical todo o processo de trabalho existente e não simplesmente apoiar ou racionalizar esses processos, sem observar que, com a informatização e mudança do cuidado médico mais integrado, aumenta a necessidade de troca de informação entre os departamentos e as instituições de saúde.

Uma forma de diminuir esse impacto nos sistemas físico e humano da organização é a integração dos sistemas existentes e, principalmente, a participação de todos os membros da organização no processo de planejamento, implantação e utilização do prontuário eletrônico.

Ückert et al. (2004) destacam que o desenvolvimento de prontuários deve estar de acordo com as necessidades das instituições e dos usuários que trabalham diretamente com o sistema. Nesse sentido, a fala a seguir revela a necessidade de adaptação dos prontuários à demandas das instituições:

Serão feitos levantamentos de informações que o hospital necessita e não se encontram no sistema, estudos de processos que não correspondem ao que está desenvolvido, de regras de trabalho diferenciadas. Uma vez identificados os pontos divergentes, é realizada a adaptação do sistema ao hospital.

Devido a barreira existente, por parte dos médicos, em não participarem da criação de normas e diretrizes e ainda na imposição de regras para controle das informações, impostas pelos diretores, muitos sistemas que estão em fase de desenvolvimento e implantação não abrangem corretamente os processos reais dos

hospitais. Nesses casos, ocorrem mais pontos divergentes que a correta adaptação do sistema ao hospital.

Com relação à implantação do prontuário eletrônico, os administradores dos sistemas destacam que não há um planejamento sobre a implantação e desenvolvimento desse sistema nos hospitais da cidade. Como destaca a transcrição a seguir, os hospitais não se preparam e, quando há a exigência da obrigatoriedade pelo Ministério da Saúde, como também a necessidade de um maior controle organizacional, há uma busca de recursos para se fazer a informatização da estrutura hospitalar.

Na realidade os hospitais não se preparam, é quando da existência da obrigatoriedade, tem que fazer, eles vão fazer. Às vezes implantam um sistema, que um pouco é... não é a realidade deles. Um sistema às vezes até jogado. Porque, porque eles não se planejam, quando o governo às vezes dizem, eu vou implantar uma coisa daqui a um ano, eles não se preparam.

Não havendo um planejamento do prontuário ou dos sistemas antes encontrados, acaba-se procurando por soluções mais baratas e adaptações nos sistemas já existentes, não atendendo às reais necessidades do hospital e dos usuários. As declarações abaixo são reveladoras deste fato:

(...)o que eu sinto falta muitas vezes é de um planejamento antecipado para quando chegar o dia, ou na época da cobrança, não ter um atropelo muito grande, é a loucura de ter que fazer é próximo mês, ou alguma coisa desse tipo. Se houvesse uma coordenação com isso aí, se os hospitais realmente investissem, hoje teria muito mais facilidade e às vezes acontece uma coisa de eles pegarem um determinado sistema que não conversa com outro e que não conversa com o outro e ele precisa do dado dos três, aí uma determinada informação tá no sistema e outra em outro e eles não se conversam entre si, isso é uma necessidade.

A transcrição acima destaca que a não comunicação entre sistemas é resultado de uma falta de planejamento entre as empresas que desenvolvem os sistemas. Porém, existe uma necessidade crescente de comunicação e ligação entre

os prontuários eletrônicos para a troca de informações ou, como Coiera (2000) destaca, existe a importância de haver uma comunicação em informática e explorar algumas soluções para evitar erros crescentes que existem nos sistemas.

Nikula (2005) destaca que esses relatos são fáceis de explicar, pois os membros de diversos setores da organização pertencem a armações tecnológicas diferentes. Os médicos ou clínicos interpretam e entendem os prontuários como uma tecnologia de apoio e facilitadora à documentação de processos no cuidado médico, enquanto os gerentes os interpretam, de outra forma, reconhecendo o prontuário como um facilitador para a mudança estrutural e a armação da estrutura organizacional.

B – Operadores

O primeiro questionamento ao grupo operadores foi sobre a participação dos mesmos no processo de desenvolvimento e implementação do prontuário eletrônico no respectivo hospital.

Alguns entrevistados relatam que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento e aprimoramento do prontuário eletrônico, mas que geralmente se implantava primeiro e a partir daí eram realizadas algumas adaptações para atender uma ou outra necessidade do hospital, pois na verdade o sistema já vinha pronto, conforme relatam os trechos das entrevistas abaixo.

(...) é nós demos sugestões, como funcionava o processo de cada setor do hospital. No hospital o setor tal funciona dessa forma, a contabilidade funciona desta forma e assim foi juntando informações para fazer o sistema.

A participação nossa foi dando as informações que a analista do sistema precisava, as tabelas, no caso dos convênios que é a que eu faço, as tabelas referentes a qual convênio, as AIH's, as taxas a serem cobradas, o que o convênio dá direito ou não dar. No início o

sistema já vinha pronto, a gente só disse qual os convênios que o hospital tinha e qual tabelas era referente a cada convênio, então passei essas informações pra eles e eles fizeram a análise deles.

Bom, na verdade assim, o sistema já veio todo pronto para adaptar a nossa rotina, então como é que foi visto, a gente dizia como era que a gente trabalhava, como era a forma que a gente... principalmente quem trabalha com convênio, assim com relação a guias, então tudo isso foi adaptado ao sistema e a nossa contribuição foi dizer como era que se processava, como era que a gente trabalhava. Qual era as informações que eram colocadas nessas guias e é tipo como se as guias já tivessem no sistema. Só eu é assim, é tudo uma adaptação, não é que a guia já esteja pronta, cada convênio tem sua guia específica, mas assim as informações foi feita de uma forma que dava para todos os convênios.

A integração e a participação de todos os membros que trabalham com o sistema na empresa são importantíssimas, pois segundo Serafeimidis e Smithson (2003), os sistemas de informação na área de saúde têm que ter uma abrangência maior, observando os processos sociais e diferenciando-o de acordo com a organização.

Nesse contexto, alguns operadores foram enfáticos ao responderem que na verdade, nunca participaram do processo de desenvolvimento dos sistemas de informação do hospital e muito menos do prontuário eletrônico. Demonstrando em alguns casos que os sistemas existentes não atendem às necessidades da organização, comprometendo a administração, além de estarem obsoletos. Destacado através de um trecho a seguir.

Bem, desde que eu cheguei aqui esse sistema tem aqui, né. Esse sistema, inclusive é um sistema que pelo que a gente houve e até mesmo pela, pela experiência de trabalho é um sistema que já tá bem ultrapassado, então durante esses seis anos que estou aqui, no sistema em si não teve muita mudança não, a não ser algumas adaptações que foi visto que era necessário, alguma mudanças para que melhorasse a forma de trabalho. São pequenos detalhes que a gente vai informando e que vão sendo atualizados.

Nota-se em alguns trechos, que os sistemas estão em fase de implantação e não foi passada nenhuma informação para os operadores que trabalham

diretamente com o prontuário médico, caracterizando o total desconhecimento do sistema. Relatado pelos entrevistados a seguir.

a primeira coisa que eles fizeram foi passar o serviço todinho pra mim, sem eu ter prática, sem entender nada de computador é tanto que no começo eu achava que ia ter problema com o computador, mas eles foram mandando eu ter paciência, a gente aprendendo e se errasse chamava, aí ele foi colocando as coisas pra mim e foi desenvolvendo... tudo que ele butava, ela me chamava, fazia reunião e já fiquei muitas noites aqui sem dormir, fazendo por causa do sistema, que dava problema, que fazia uma coisa e não dava certo e tô até hoje. O sistema chegou pronto, butou aqui e disse que assim que vai ser a cobrança. A gente não tava preparada para o sistema.

Com o prontuário eu acho que vai melhorar mais, melhorar assim... é porque é muita burocracia também investimento em dois sistemas, aí eu espero que melhore... só que ainda não vi direito esse sistema novo que eles estão implantando aí, mas disseram que é a melhor forma, disseram que ia ser melhor ainda pra mim. Vou deixar de mexer em várias telas para fazer tudo em uma só. Eu até achava que ia ser mais complicado que o outro... quando começar... vamos ver o que vai acontecer.

Os operadores possuem a percepção que o prontuário eletrônico irá melhorar a dinâmica do trabalho, mas não se arriscam em dar qualquer informação sobre a sua utilização, pois os mesmos não conhecem ou não têm acesso. Em alguns casos, o acesso só foi possível após o processo de implantação, quando os usuários foram jogados a frente do computador para trabalhar com o mesmo. Da mesma forma, o relato abaixo destaca que talvez a tecnologia utilizada seja demais para as reais necessidades do hospital, havendo um enxugamento da máquina e também economia para o hospital.

A implantação desse prontuário eletrônico eu acho que é uma coisa que é tão avançada, aqui pra nós, pra gente, que eu não me arrisco a dizer quais são as facilidades que ele vai trazer ou não, porque eu acho que é bom demais pra a região nossa aqui, é muito avançado e só vou acreditar quando ele estiver implantado tudinho. Agora eu acho que nesse sistema que eu tô te dizendo, diminuiu pessoas, acho que com esse eletrônico vai diminuir mais ainda, porque se esse já vem pronto, uma ou duas pessoas já dão conta, se já vem tudo no computador, por isso é que tô dizendo que é um programa tão avançado, que eu só vou acreditar mesmo quando eu ver o programa. Antes eu não me arrisco a dizer, pois é muito bom mesmo. Vai diminuir mais ainda o quadro de pessoas, pois se já vem

pronta tudo no computador, fica fácil só conferir na tela do computador e não vai precisar de tanta gente. No dia-a-dia é que vai melhorar, porque vai ter vantagem e vai ser mais rápido.

A participação da gente, veja bem, a gente teve praticamente que aprender só, porque vieram implantar o programa, né, e cada um da gente teve uma orientação pequena, tá entendendo, num teve uma orientação, não teve aquele treinamento, até porque o tempo era curto também, aí colocou o sistema, deu uma noção de mais ou menos a gente ia fazer e aí foi que a gente encarou e até hoje dá dessa forma aí. Ninguém tava preparado não, até porque em período de adaptação tudo é difícil, então foi implantado o sistema, certo e cada um teve somente aquela pequena noção de onde ia trabalhar e o que ia cobrar e foi o que justamente cada um fez isso aí. A partir daí foi boa a participação, porque hoje a gente já tá dentro dela e até agora tem dado certo.

Eu ainda não vi como funciona o sistema, mas vai ser o mesmo processo com um pouquinho de dificuldade, mas com o decorrer do tempo com certeza a gente vai cobrar e vai dar certo.

Conforme relato anterior, os entrevistados destacam que não conhecem o sistema e que no momento da implantação, os operadores terão problemas ou dificuldades para manipulá-lo, principalmente devido a não participação dos mesmos no processo de desenvolvimento e implantação.

C – Médicos

Durante as entrevistas, apenas um médico informou que já tinha participado do processo de desenvolvimento e implantação do prontuário médico eletrônico em um hospital, mas que o hospital ficava em São Paulo. Confirmado por um trecho de entrevista, a seguir.

eu participei em São Paulo quando eu fiz residência, lá já tinha essa informatização de alguns prontuários, principalmente os que iam fazer trabalhos era tudo informatizados.

Não houve nenhum outro relato de participação dos médicos, no desenvolvimento e implantação do prontuário eletrônico nos hospitais pesquisados na cidade de Campina Grande.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados na pesquisa de campo e através das transcrições das entrevistas com os grupos selecionados, foi possível chegar a algumas conclusões, que passam a ser geradoras de sugestões, contribuindo de forma singular para o estudo em questão.

Devido à abrangência do tema em discussão, foi apresentado, neste trabalho, um debate de caráter teórico sobre assuntos pertinentes que fundamentam as conclusões do estudo, como também foram expostas as visões de vários autores, confrontando o assunto entre dois pontos de vista: a visão positivista e a visão interpretativa.

Com a obtenção dos dados, constataram-se pontos de vista diferentes de acordo com os grupos de pesquisa em estudo. Portanto, as maiores considerações e questões a serem destacadas têm a ver diretamente com o prontuário eletrônico no que concerne ao seu desenvolvimento, implantação e o envolvimento das pessoas nesse processo.

A informática participa de nosso cotidiano em vários aspectos e essa participação contínua promove mudanças, que afetam nossa vida e nosso modo de trabalhar e agir. Não distante dessas transformações, encontram-se as organizações que, na busca constante por maior desempenho e controle de suas funções administrativas, investem na tecnologia como solução para seus problemas.

Esse investimento desacelerado e sem um planejamento preciso acaba acarretando a implantação de sistemas que não atendem às reais necessidades da organização.

O investimento sem planejamento ou observação da estrutura física das empresas foi observado durante a pesquisa realizada nos hospitais em Campina Grande. Na verdade, os sistemas de informação estão embutidos em muitos processos sociais e organizacionais, tornando-se seu desenvolvimento uma decisão complexa, mas isso não é observado e estudado por aqueles que implementam essa ação de informatização.

Observou-se que os sistemas de informação utilizados na área de saúde não têm uma abrangência que possa englobar processos sociais e diferenças de acordo com a organização, pois, na maioria dos casos, foi visto que o sistema adquirido já vem pré-montado e a organização é que tem que se adaptar ao sistema e não vice-versa.

Devido à elevada ambição da informatização da estrutura dos hospitais, não se observa a estrutura organizacional como forma de desenvolvimento de um sistema mais preciso.

Alguns hospitais da cidade implantaram primeiramente um sistema de informação hospitalar para depois introduzir o prontuário eletrônico, mas o que se viu é que as mesmas ações e erros relatados durante a primeira implantação estão ocorrendo agora, pois existem divergências entre diretores e médicos em relação à funcionalidade do prontuário. Essa distorção entre a visão dos dois grupos foi relatado pelos autores do referencial teórico.

Não diferentemente do que se relata na literatura dos países escandinavos, os hospitais em Campina Grande consideram o sistema sem uma contextualização, visto de forma genérica, sem visualizar corretamente o usuário, médico ou simplesmente o paciente durante o seu atendimento, principalmente como agentes transformadores do ambiente.

Além de desconsiderar a visualização dos indivíduos que interagem com o prontuário eletrônico, os hospitais não dão a devida importância ao estudo da infraestrutura empresarial, pois devido à pressão existente para a transformação que existe dentro das empresas e do mercado externo, as instituições de saúde buscam soluções para agilizar e economizar os recursos que possuem. Porém, os investimentos nesse tipo de tecnologia são muito altos, limitando as perspectivas do custo-benefício da maioria das implementações.

Não só na literatura esses desafios são encontrados, mas nas empresas reais, assim como é destacado nesta pesquisa que, muitas vezes, as tecnologias adotadas no lugar de trabalho não foram bem utilizadas.

O Prontuário Eletrônico é também apresentado como proposta para atender às demandas dos novos modelos de atenção e de gerenciamento dos serviços de saúde. Atualmente, observa-se claramente uma mudança na maneira na qual o cuidado é prestado, onde e por quem. A missão dos serviços de saúde no mundo está mudando e a tecnologia de informação precisa, conseqüentemente, mudar para continuar atendendo às necessidades de seus usuários. Os modernos sistemas de informação em saúde devem ser construídos de forma a apoiar o processo local de atendimento, sendo, portanto, orientados para eles, apoiando o trabalho diário e fornecendo comunicação dentro e fora da instituição, tendo uma estrutura comum.

Infelizmente, ainda existem muitas barreiras a serem ultrapassadas, principalmente no processo de desenvolvimento e implementação do prontuário eletrônico nos hospitais pesquisados.

Apesar dos avanços tecnológicos e dos altos investimentos em equipamento, os hospitais passam por problemas de gerenciamento e planejamento na hora de investir os recursos, pois não há uma comunicação entre as pessoas que realmente

utilizam o sistema. Essa falta de comunicação acaba gerando barreiras que influenciam diretamente a melhoria dos sistemas implantados.

Há uma divergência considerável na visão dos grupos pesquisados, demonstrando que cada um possui um entendimento diferenciado do prontuário eletrônico e esse processo é agravado devido à falta de comunicação entre os membros da organização.

Portanto, as organizações que resolveram implementar o prontuário eletrônico passam por uma transformação mútua que afeta diretamente os indivíduos e a forma como a tecnologia é utilizada no dia-a-dia. Logo, se não observada a dinâmica organizacional específica para cada instituição de saúde estudada, a estrutura tecnológica utilizada através dos sistemas de informação não será capaz de atender às reais necessidades para a qual foi desenvolvida.

Conclui-se que existe um paradigma computacional, em que são estabelecidos processos de informação humana, mas não há uma interação entre esses processos, conseqüentemente existem expectativas que não são correspondidas, à medida que os sistemas são implantados. Os médicos continuam com a visão de que o prontuário é um facilitador no acompanhamento dos pacientes; o diretor continua visualizando o prontuário como sendo um facilitador para a administração e mudanças organizacionais e os operadores continuam destacando que o prontuário agiliza e facilita seu trabalho no dia-a-dia.

Se toda a estrutura do hospital não se conscientizar de que todos são parte integrante das mudanças e que os prontuários precisam de um inter-relacionamento, continuarão ocorrendo as mesmas mudanças e inovações para o uso da tecnologia dentro da armação tecnológica existente. À medida que as variáveis organizacionais

são observadas para o desenvolvimento da empresa, é permitido que a tecnologia cresça junto com as estratégias baseadas no trabalho organizacional básico.

5.1 Recomendações aos Hospitais

Neste ponto das considerações finais, são apresentadas algumas propostas para as instituições pesquisadas com o intuito de melhorar o uso dos seus recursos tecnológicos, como também para haver uma maior interação entre os recursos humanos da instituição.

O planejamento na utilização, desde o seu desenvolvimento, passando pela implantação até a disseminação da tecnologia na empresa, precisa ser pensado com antecedência. As empresas estão simplesmente implantando a tecnologia e investindo pesadamente em sistemas sem saber a real necessidade da organização, desperdiçando recursos valiosos do prontuário eletrônico, sem que haja um estudo da estrutura física e humana da empresa. O pensamento que reina é implantar um sistema que ajude a planejar e controlar melhor os gastos da empresa.

É preciso repensar a forma de administração existente nos hospitais, além de encontrar meios alternativos para tomadas de decisões com baixo custo operacional.

A criação de um programa de treinamento e relacionamento com os funcionários que trabalham diretamente com o sistema pode ser uma maneira de economizar e desenvolver um sistema que melhor atenda às reais necessidades da organização.

Nesse momento, torna-se imperativo que os diretores, médicos, operadores e administradores dos sistemas se sentem e compartilhem as reais intenções de

utilização do prontuário eletrônico, possibilitando encontrar caminhos e soluções dentro da própria organização, adaptando-se à realidade existente.

5.2 Sugestões para estudos futuros

A pesquisa qualitativa abriu horizontes de pesquisas que antes eram obscurecidos pelas pesquisas comumente desenvolvidas nos meios acadêmicos. A importância da ciência e sua contribuição estão em descobrir novas concepções para o que já existe, avançando e dando novas formulações às idéias existentes.

Este estudo procurou se enquadrar dentro das limitações expostas pelos objetivos da pesquisa. Portanto, tudo que foi apresentado e discutido neste projeto não deve ser generalizado, achando de maneira alguma que todas as possibilidades do assunto estão esgotadas.

Dessa forma, o tema aqui pesquisado apresenta inúmeras possibilidades de investigação, por se tratar de um assunto relativamente em discussão em todo o mundo, destacando-se como campo para pesquisa os grupos utilizados neste estudo, médicos, gerentes, administradores dos sistemas e também os operadores, além das funcionalidades empregadas pelas empresas para o prontuário eletrônico.

Na tentativa de responder muito dos questionamentos existentes, no início da década de 1990, previa-se que o prontuário eletrônico estaria pronto e instalado na maioria dos hospitais americanos por volta do ano 2004. Decorridos dez anos, o registro mais importante foi a decepção da indústria de informática americana quanto ao desenvolvimento do prontuário eletrônico.

Enquanto não se entender a complexidade da prática de trabalho no âmbito hospitalar, principalmente dos médicos e dos profissionais de enfermagem, vai ser

difícil se desenhar um modelo adequado de prontuário eletrônico. O pior é que muitas destas práticas são subjetivas e emergentes. Portanto, fala-se muito de prontuário eletrônico, porém o difícil ainda é encontrar uma experiência exitosa. Ficou claro, neste trabalho que questões desde o desenvolvimento até a implementação do prontuário eletrônico no Brasil e, principalmente, nos hospitais em Campina Grande, precisam ainda ser respondidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BERG, Marc. **Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges**. International Journal of Medical informatics. Vol. 64, issues 2-3, December 2001, p. 143-156.

BIBLIOMED. **Desenvolvimento do Prontuário Eletrônico**. 2002. Disponível em: <[HTTP://CORPORATIVO.BIBLIOMED.COM.BR/LIB/SHOWDOC.CFM?LIBDOCID=177&RETURNCATID=9#O%20QUE%20É%20A%20HISTÓRIA%20CLÍNICA%20ELETRÔNICA%20OU%20PRONTUÁRIO%20ELETRÔNICO](http://CORPORATIVO.BIBLIOMED.COM.BR/LIB/SHOWDOC.CFM?LIBDOCID=177&RETURNCATID=9#O%20QUE%20É%20A%20HISTÓRIA%20CLÍNICA%20ELETRÔNICA%20OU%20PRONTUÁRIO%20ELETRÔNICO)>. Acesso em 12 de janeiro de 2006.

COIERA, Enrico. **When conversation is better than computation**. Journal of the American Medical Informatics Association. USA, vol. 7, number 3, p. 277-285, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM aprova prontuário eletrônico**. 2002. Disponível em: <http://www.unimeds.com.br/layouts/materia/materia_unimedicos.asp?cod=616> Acesso em 10 de janeiro de 2006.

DAUSTER, T. A **Fabricação de livros infanto-juvenis e os usos escolares: o olhar de editores**. Revista Educação/PUC-Rio, n. 49, p. 1-18, nov. 1999.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GAZETA MERCANTIL. Gastos com saúde. São Paulo, nov.2004. Disponível em: <<http://gazetamercantil/uol.com.br>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2006.

GUIMARÃES, Flávio Romero. **Como Fazer? Diretrizes para a elaboração de trabalhos monográficos**. Campina Grande: EDUEP, 2002.

LAERUM, Hallvard; FAXVAAG, Arild. **Task-oriented evaluation of electronic medical records systems: development and validation of a questionnaire for physicians**. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2004.

LAERUM, Hallvard; ELLINGSEN, Gunnar; FAXVAAG, Arild. **Doctors' use of electronic medical records systems in hospitals: cross sectional survey**. Information in practice. Norway, vol. 323, p.1344-1348, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de**

pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima; AZEVEDO NETO, Raymundo Soares de. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: USP, 2003.

MAYRING, Phillip. **Introdução a pesquisa social qualitativa: uma introdução para pensar qualitativamente.** 5º ed. Weinheim: Beltz. 2002.

MINAYO, Maria Cecília S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é o cartão nacional da saúde.** 2001a. Disponível em: <[HTTP://DTR2001.SAUDE.GOV.BR/CARTAO/](http://DTR2001.SAUDE.GOV.BR/CARTAO/)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do sistema cartão nacional da saúde.** 2001b. Disponível em: <[HTTP://DTR2001.SAUDE.GOV.BR/CARTAO/INFORMACOES%20DO%20SISTEMA/O%20QUE%20%E9%20REGISTRADO%20NO%20TERMINAL.ASP](http://DTR2001.SAUDE.GOV.BR/CARTAO/INFORMACOES%20DO%20SISTEMA/O%20QUE%20%E9%20REGISTRADO%20NO%20TERMINAL.ASP)>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrumento para um novo modelo de gestão da saúde.** 2001c. Disponível em: <[HTTP://DTR2001.SAUDE.GOV.BR/CARTAO/](http://DTR2001.SAUDE.GOV.BR/CARTAO/)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política nacional de informação e informática em saúde.** Brasília, 2004. 38p. Disponível em: <<http://WWW.SAUDE.GOV.BR>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

MONTEIRO, E. **Integrating health information systems: a critical appraisal.** Methods MIMSI 37. Norway, vol. 42, p.428-432, 2003.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Caderno de pesquisa em administração. FEA-USP. São Paulo, v.1, n.3, 1996.

NIKULA, Rolf E. **A study of the adoption and definition of the electronic patient record by clinicians.** 5th European Conference of Acencio. England, 2005.

NILSSON, Agneta; GRISOT, Miria; AANESTAD, Margunn. **Electronic patient records – an information infrastructure for healthcare.** IRIS'25, Bautahoj, Denmark, 2002.

NÓBREGA, Cléverson V. da. **Privacidade de Informação Pessoal na INTERNET na Percepção dos E-Consumidores**. 145 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PRATT, Wanda et al. **Incorporating ideas from computer-supported cooperative work**. *Jornal of Biomedical Informatics*. USA, vol. 37, p.128-137, 2004.

POPPER, Karl R. **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo: Cultrix, 1975.

POZZEBON, Marlei; FREITAS, Henrique M. R. de. **Por um conjunto de princípios que possibilitem a construção de novos modelos de sistemas de informação**. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.31, n.5, p.87-104. set/out 1997.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES FILHO, J. **The complexity of developing a nursing information system: a Brazilian experience**. In: *Computers in nursing*. v.19, n.3, p.98-104. may/june 2001.

RODRIGUES FILHO, J.; XAVIER, J. C.; ADRIANO, A. L. **A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes**. *Revista de Administração Contemporânea (RAC)*, v.5, n.1, p. 105-120. Jan/Abr. 2001.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 23ª edição. Petrópolis: Vozes 1998.

SALES, Jefferson David A. **O uso da Intranet no Banco do Estado de Sergipe na percepção dos usuários**. 121 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS, Ministério da Saúde. **O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> . Acesso em 10 de janeiro de 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cartão nacional da saúde (CNS)**. Disponível em: <[HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/PORTAL/063A068AC89B06A700BF053FB8547804.HTM](http://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/PORTAL/063A068AC89B06A700BF053FB8547804.HTM)>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

SERAFFEIMIDIS, Vassilis; SMITHSON, Steve. **Information systems evaluation as an organizational institution – experience from a case study**. Blackwell Publishing Ltd. Info Systems Journal. v.13, p. 251-274, 2003.

ÜCKERT, Frank et al. **An electronic health record to support patients and institutions of the health care system**. German Medical Science. German, vol. 2, Doc. 06, 2004.

VAN BEMMEL, J. H.; Musen, M.A. **Handbook of Medical Informatics**. Heidelberg, Ed. Springer, 1997.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

WALSHAM, G. **The emergence of interpretativism in IS research**. Information Systems Research. Vol. 6, p.376-394, 1995.

ZUBOFF, Shoshana. **Automatizar/informatizar: as duas faces da tecnologia inteligente**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.34, n.6, p. 80-91.nov/dez 1994.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada para coleta de dados empíricos

MÉDICOS

- a) Qual a sua opinião sobre a informatização do Prontuário médico?
- b) Como o prontuário eletrônico afeta a prática médica?
- c) Até que ponto a implantação do prontuário está afetando o seu trabalho?
- d) Quais são as principais barreiras ao desenvolvimento do prontuário eletrônico?
- e) Quais as facilidades/benefícios proporcionados pela implantação do prontuário eletrônico?

ADMINISTRADORES DO SISTEMA

1. Como se procede ao desenvolvimento e implantação do prontuário médico nos hospitais?
2. Como foi a decisão de desenvolvimento e implantação, e quem está envolvido ou participando desse processo?
3. Como as pessoas estão sendo preparadas para utilizar corretamente o sistema?
4. Existe um orçamento constante por parte dos hospitais, voltados para a informatização e desenvolvimento dos sistemas?
5. Como os hospitais estão se preparando para a informatização e implantação de uma estrutura do prontuário eletrônico?

OPERADORES

1. Como foi a participação dos funcionários da empresa para o desenvolvimento do sistema de informação no hospital?
2. Vocês estavam preparados para lidar com o novo sistema?
3. Como ocorreu a implantação e o treinamento para o novo sistema?
4. Até que ponto a implantação do prontuário está afetando o seu trabalho?
5. Quais as dificuldades enfrentadas com o novo sistema?
6. Quais as facilidades/benefícios proporcionados pela implantação do prontuário eletrônico?

DIRETORES

1. Por que da necessidade de implantação do Sistema de Informação no Hospital?
2. Existe a necessidade de implantar o prontuário eletrônico e quais os motivos que levaram a essa tomada de decisão?
3. Existe um orçamento exclusivamente ao desenvolvimento e aprimoramento dos sistemas existentes no hospital?
4. Como ocorre esse planejamento do orçamento?
5. Como os resultados dos sistemas de informação e prontuário eletrônico influenciam nas tomadas de decisão?

DADOS DO ENTREVISTADO

Nº. Entrevista	Hospital	Função	Data da entrevista

ANEXO

ANEXO A**PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.639, DE 10 DE JULHO DE 2002**

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 154, 12 ago. 2002. Seção 1, p. 124-5

Fonte: Conselho Federal de Medicina

Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002, resolve:

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos - Lei nº 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único - Findo o prazo estabelecido no caput, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente do Conselho

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

ANEXO B

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

I)Integridade da Informação e Qualidade do Serviço - O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

II)Cópia de Segurança - Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de back-up deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

- a)Documentação do processo de backup/restore;
- b)As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
- c)Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
- d)Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
- e)Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.

III)Bancos de Dados - Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:

- a)Compartilhamento dos dados;
- b)Independência entre dados e programas;
- c)Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;
- d)Controle da estrutura física e lógica;
- e)Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL - Standard Query Language);
- f)Funções de auditoria e recuperação dos dados.

IV)Privacidade e Confidencialidade - Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:

- a)Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;
- b)A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;
- c)A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;
- d)Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;

e) Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.

V) Autenticação - O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

VI) Auditoria - O sistema de informações deverá possuir registro (log) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:

- a) A identificação dos usuários do sistema;
- b) Datas e horários de entrada (log-on) e saída (log-off) no sistema;
- c) Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;
- d) Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;
- e) Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.
- f) Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

VII) Transmissão de Dados - Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

VIII) Certificação do software - A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do software junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

IX) Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

- a) Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento scanner;
- b) Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- c) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
- d) Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
- e) Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

ANEXO C

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

- 1) Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
- 2) O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;
- 3) Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);
- 4) O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;
- 5) Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;
- 6) Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;
- 7) A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
- 8) A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.

RETIFICAÇÃO

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 164, 26 ago. 2002. Seção 1, p. 204

Na Resolução CFM nº 1.639, de 10 de julho de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 12.08.2002, Seção I, página 124 - No Art. 3º- onde se lê: Decreto nº 4.037/2002 - leia-se: Decreto nº 4.073/2002.

ANEXO D

Lista dos Hospitais da Pesquisa

CLIPSI – Hospital Geral

Identificação				
Nome:		CNES:	CNPJ:	
CLIPSI HOSPITAL GERAL		2362821	08833691000116	
Razão Social:		CPF:	Personalidade:	
CLIPSI CLINICA PRONTO SOCORRO INFANTIL E HOSPITAL GERAL		--	JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA TREZE DE MAIO		366		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	CENTRO	58101070	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
EMPRESA PRIVADA			INIDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	99
Outros	92
PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	190

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	SUS
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PARTICULAR
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNAÇÃO	PARTICULAR
INTERNAÇÃO	SUS
INTERNAÇÃO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	SUS
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PARTICULAR
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA	

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	SUS
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PARTICULAR
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNAÇÃO	PARTICULAR
INTERNAÇÃO	SUS
INTERNAÇÃO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	SUS
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PARTICULAR
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA REFERENCIADA	

Leitos		
ESPEC - CIRURGICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
NEUROCIRURGIA	2	2
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	2
ONCOLOGIA	1	1
GINECOLOGIA	2	2
ENDOCRINOLOGIA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	2	2
BUCO MAXILO FACIAL	1	1
OFTALMOLOGIA	2	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	2	2
CIRURGIA GERAL	2	2
TORAXICA	2	2
PLASTICA	2	0
CARDIOLOGIA	1	1
ESPEC - CLINICO		

Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
ONCOLOGIA	1	1
PNEUMOLOGIA	6	4
NEUROLOGIA	2	2
HEMATOLOGIA	1	1
DERMATOLOGIA	1	1
GERIATRIA	3	3
CLINICA GERAL	31	19
CARDIOLOGIA	3	2
NEONATOLOGIA	38	32
NEFROUROLOGIA	2	2

COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UNIDADE ISOLAMENTO	3	3
UTI ADULTO	8	8
UTI INFANTIL	6	6
UTI NEONATAL	8	5
OBSTETRICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICA CIRURGICA	8	6
OBSTETRICA CLINICA	42	22
PEDIATRICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	53	44
HOSPITAL DIA		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGICOS	4	4

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X ATÉ 100 MA	3	3	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1	1	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGÊNIO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	10	10	SIM
BOMBA DE INFUSÃO	21	15	SIM
DEFIBRILADOR	4	4	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	11	11	SIM
INCUBADORA	10	10	SIM
MONITOR DE ECG	42	38	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	28	28	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	10	10	SIM

EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	6	6	SIM
ELETROENCEFALÓGRAFO	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS

Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	1	1	SIM
LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	1	1	NÃO
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito:

RESÍDUOS BIOLÓGICOS

RESÍDUOS QUÍMICOS

RESÍDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	6	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	1	0
SALA DE CURATIVO	2	0
SALA DE GESSO	2	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	2	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	1	3

AMBULATORIAL

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLÍNICAS BÁSICAS	2	0
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	1	0

HOSPITALAR

Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	8	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	4
SALA DE CIRURGIA	3	0
SALA DE PARTO NORMAL	3	0
SALA DE PRÉ-PARTO	3	8
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	34
LEITOS RN PATOLÓGICO	0	13

Serviços de Apoio

Serviço:	Característica:
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
BANCO DE LEITE	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LACTÁRIO	PRÓPRIO
LAVANDERIA	PRÓPRIO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO

S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO
Serviços e Classificação	

Hospital Antonio Targino

Identificação				
Nome:		CNES:		CNPJ:
HOSPITAL ANTONIO TARGINO		2362848		08834137000153
Razão Social:		CPF:		Personalidade:
HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA		--		JURÍDICA
Logradouro:		Número:		Telefone:
RUA DELMIRO GOUVEIA		442		(83)33413266
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	CENTENARIO	58107735	CAMPINA GRANDE - IBGE - 250400	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
EMPRESA PRIVADA			INDIVIDUAL	

Missão

"Promover a saúde através do exercício da medicina e da geração de conhecimento com excelência em qualidade".

Visão

Sermos o maior e mais moderno complexo hospitalar de urgência e emergência de alta complexidade do estado da Paraíba, e nos tornar referência nacional nos programas de transplantes, sempre buscando a excelência da qualidade nos nossos serviços.

Valores para o Hospital Antônio Targino

- A vida como valor maior das pessoas.
- A saúde como valor maior da vida.
- A medicina como valor para a manutenção e recuperação da saúde.
- As pessoas como valor maior da medicina.
- Conhecimento científico como valor para a medicina de excelência.
- A filantropia e a justiça social como valores para a prática da medicina.
- A ética e os princípios judaico-cristãos como valores para a vida e para a prática profissional

Qualidade Total

O **Hospital Antônio Targino** é um hospital de urgência e emergência, que possui 185 leitos, dos quais 70% são cirúrgicos, realiza uma média de 20 cirurgias e mais de 220 atendimentos ambulatoriais de emergência por dia.

Seu atendimento é derivado não só de pacientes da cidade de Campina Grande, mas 50% destes são de outros municípios da Paraíba e de cidades de Pernambuco, Rio Grande do Norte e do Ceará.

O reconhecimento de qualidade ao **HAT** proporciona a realização de procedimentos cirúrgicos de alto nível, como também permite que o hospital trate de patologias muito graves, sempre preocupado com a qualidade total.

Ministério da Saúde classifica o **Hospital Antônio Targino** como referência, para realizar:

- Transplante renal;
- Transplante de córnea;
- Tratamento em UTI Nivel II;
- Tratamento de Alta Complexidade em ortopedia-traumatologia;
- Tratamento de Alta Complexidade em Neurocirurgia;
- Tratamento de AVC em UTI especializada (central de AVC)

O **HAT** possui 02 ambulâncias, UTI e de resgate, que estão disponíveis 24 horas, não só para remoção local, como também para cidades e estados vizinhos (consulte tabela e disponibilidade)

Hospital Antônio Targino - Tecnologia e qualidade total a serviço da saúde.

Clinica Santa Clara

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Nome:			CNES:	CNPJ:
CLINICA SANTA CLARA			3006204	08846255000181
Razão Social:			CPF:	Personalidade:
CLINICA SANTA CLARA LTDA			--	JURÍDICA
Logradouro:			Número:	
RUA DUQUE DE CAXIAS			630	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	PRATA	58108640	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
EMPRESA PRIVADA			INDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS NÃO SUS
Total 127

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PARTICULAR
INTERNAÇÃO	PARTICULAR
SADT	PARTICULAR
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PARTICULAR
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	

Leitos		
CIRÚRGICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	0
PLASTICA	2	0
TORAXICA	1	0
GINECOLOGIA	4	0
CIRURGIA GERAL	9	0

NEFROLOGIAUROLOGIA	2	0
GASTROENTEROLOGIA	2	0
ENDOCRINOLOGIA	1	0
ONCOLOGIA	2	0
CLÍNICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
GERIATRIA	4	0
NEFROUROLOGIA	2	0
ONCOLOGIA	3	0
NEUROLOGIA	2	0
CARDIOLOGIA	4	0
PNEUMOLOGIA	2	0
COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO	7	0
UNIDADE INTERMEDIARIA	4	0
OBSTETRÍCIA		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CIRURGICA	6	0
OBSTETRICIA CLINICA	3	0

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GAMA CÂMARA	1	1	NÃO
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1	1	NÃO
GRUPO GERADOR	1	1	NÃO
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	2	2	NÃO
BOMBA DE INFUSÃO	8	8	NÃO
DEFIBRILADOR	3	3	NÃO
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	3	3	NÃO
INCUBADORA	4	4	NÃO
MARCAPASSO TEMPORÁRIO	1	1	NÃO
MONITOR DE ECG	11	11	NÃO
RESPIRADOR/VENTILADOR	6	6	NÃO
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	2	2	NÃO
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	3	3	NÃO
LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	1	1	NÃO
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	1	1	NÃO
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BOMBA DE INFUSÃO DE HEMODERIVADOS	3	3	NÃO
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			

RESÍDUOS COMUNS

Instalações Físicas para Assistência		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./ Consultório:	Leitos/ Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	2	6
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	4	12
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	2	6
AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./ Consultório:	Leitos/ Equipos:
CLÍNICAS INDIFERENCIADO	9	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE IMUNIZAÇÃO	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	3	10
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./ Consultório:	Leitos/ Equipos:
SALA DE CIRURGIA	4	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	4
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRÉ-PARTO	1	1
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	6
LEITOS RN NORMAL	0	6
LEITOS RN PATOLÓGICO	0	2
Serviços de Apoio		
Serviço:	Característica:	
AMBULÂNCIA	TERCEIRIZADO	
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO	
FARMÁCIA	PRÓPRIO	
LAVANDERIA	PRÓPRIO	
NECROTÉRIO	PRÓPRIO	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO	
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO	

Serviços e Classificação			
Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNPJ:
ENDOSCOPIA	EXAMES ENDOSCÓPICOS DE VIAS DIGESTIVAS	SIM	3016781
ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOPATOLOGIA	ANATOMIA PATOLÓGICA	SIM	3016803
MEDICINA NUCLEAR	EXAMES DE MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	2362872
RADIOLOGIA	EXAME DE MEDIA COMPL 2 NIVEL REF NOAS M2	SIM	2362872
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SEM DEFINICAO	SIM	2362872
LABORATORIO CLINICO (PATOLOGIA CLINICA)	EXAME DE MEDIA COMPL 3 NIVEL REF DA NOAS-M3	SIM	3016803
ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOPATOLOGIA	EXAME CITOLOGIA	SIM	3016803
ENDOSCOPIA	EXAMES ENDOSCÓPICOS DE VIA AEREAS	SIM	3016781
HEMOTERAPIA	TRI CLI SERVICO DE HEMOTERAPIA DISTRIBUIDOR I	SIM	2612828
CARDIOLOGIA	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO

LABORATORIO CLINICO (PATOLOGIA CLINICA)	EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE	SIM	3016803
SUORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
SUORTE NUTRICIONAL	ENTERAL ADULTO	NÃO	NAO INFORMADO
RADIOLOGIA	EXAME DE MEDIA COMPL 3 NIVEL REF NOAS M3	SIM	2362872
ULTRASSONOGRAFIA	MEDIA COMPLEXIDADE 2 NIVEL REF	SIM	2362872
MEDICINA NUCLEAR	EXAMES DE MEDICINA NUCLEAR IN VITRO	SIM	2362872

INSTITUTO DE SAÚDE ELPIDIO DE ALMEIDA

Identificação				
Nome:			CNES:	CNPJ:
INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA			2362287	24513574000393
Razão Social:			CPF:	Personalidade:
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE			--	JURÍDICA
Logradouro:			Número:	
RUA VILA NOVA DA RAINHA			SN	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	CENTRO	58100690	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL ESPECIALIZADO		MUNICIPAL		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS,SES e SMS)			MANTIDA	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	52
Outros	42

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	SUS
INTERNAÇÃO	SUS
SADT	SUS
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA	

Leitos		
ESPEC - CIRURGICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
GINECOLOGIA	2	2
ESPEC - CLINICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	4	4
COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	9	9
OBSTETRICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICA CIRURGICA	10	10
OBSTETRICA CLINICA	52	52
PEDIATRICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	4	4

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
ULTRASSOM ECÓGRAFO	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPO ODONTOLOGICO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	4	4	SIM
BOMBA DE INFUSÃO	1	1	SIM
DEFIBRILADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	10	10	SIM
INCUBADORA	8	8	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDÍOGRAFO	1	1	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS COMUNS			
Instalações Físicas para Assistência			
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:	
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	1	0	
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	1	0	
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	2	4	
AMBULATORIAL			
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:	
CLÍNICAS BÁSICAS	12	0	
CLÍNICAS INDIFERENCIADO	1	0	
ODONTOLOGIA	1	0	
SALA DE IMUNIZAÇÃO	1	0	
HOSPITALAR			
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:	
SALA DE CIRURGIA	2	0	
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	4	
SALA DE PARTO NORMAL	2	0	
SALA DE PRÉ-PARTO	2	9	
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	60	
LEITOS RN PATOLÓGICO	0	0	
Serviços de Apoio			
Serviço:	Característica:		
BANCO DE LEITE	PRÓPRIO		
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO		
FARMÁCIA	PRÓPRIO		
LAVANDERIA	PRÓPRIO		
NECROTÉRIO	PRÓPRIO		
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO		
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO		
Serviços e Classificação			
Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNPJ:
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. DO SISTEMA RESPIRATORIO	AMBOS	2612798
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. DO SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	AMBOS	2612798

HOSPITAL JOÃO XXIII

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Identificação				
Nome:		CNES:	CNPJ:	
SAS		2613743	07678950000119	
Razão Social:		CPF:	Personalidade:	
SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE - SAS			JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA NILO PECANHA		83		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	PRATA	58100000	CAMPINA GRANDE	PB
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS			INIDIVIDUAL	

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	65
Outros	124

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	PARTICULAR
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	SUS
INTERNAÇÃO	PARTICULAR
INTERNAÇÃO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNAÇÃO	SUS
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PARTICULAR
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	SUS
URGÊNCIA EMERGÊNCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA	

Leitos		
CIRÚRGICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	60	36
CIRURGIA GERAL	25	0
OTORRINOLARINGOLOGIA	15	0
OFTALMOLOGIA	5	0
NEFROLOGIAUROLOGIA	5	3
GINECOLOGIA	10	0
BUCO MAXILO FACIAL	2	0
PLASTICA	5	0
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	30	0
CLÍNICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	14	0
GERIATRIA	5	0

PNEUMOLOGIA	5	0
CARDIOLOGIA	40	25
NEFROUROLOGIA	20	0
COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI ADULTO	14	10
OBSTETRÍCIA		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CIRURGICA	8	0

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X ATÉ 100 MA	1	1	SIM
RAIO X DE 100 A 500 MA	1	1	SIM
RAIO X MAIS DE 500MA	1	1	SIM
RAIO X PARA HEMODINÂMICA	1	1	SIM
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1	1	SIM
ULTRASSOM ECÓGRAFO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGÊNIO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	2	2	SIM
BOMBA DE INFUSÃO	14	14	SIM
DEFIBRILADOR	3	3	SIM
MARCAPASSO TEMPORÁRIO	2	2	SIM
MONITOR DE ECG	18	18	SIM
MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	1	1	SIM
MONITOR DE PRESSÃO NÃO-INVASIVO	1	1	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	6	6	SIM
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ENDOSCÓPIO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	1	1	SIM
ENDOSCÓPIO DAS VIAS URINÁRIAS	1	1	SIM
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	1	1	SIM
LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	1	1	SIM
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	1	1	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
EQUIPAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	2	2	SIM
EQUIPAMENTO PARA HEMODIÁLISE	10	10	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESÍDUOS BIOLÓGICOS			
RESÍDUOS COMUNS			

Instalações Físicas para Assistência		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./ Consultório:	Leitos/ Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	5	0
SALA DE CURATIVO	2	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	2	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	2	4
AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./ Consultório:	Leitos/ Equipos:
CLÍNICAS INDIFERENCIADO	3	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	4	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	4	8
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - FEMININO	4	4
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - MASCULINO	2	4
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./ Consultório:	Leitos/ Equipos:
SALA DE CIRURGIA	5	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	2	4
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
Serviços de Apoio		
Serviço:	Característica:	
BANCO DE LEITE	PRÓPRIO	
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO	
FARMÁCIA	PRÓPRIO	
LAVANDERIA	PRÓPRIO	
NECROTÉRIO	PRÓPRIO	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO	
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO	
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO	

Serviços e Classificação			
Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNPJ:
HEMODINÂMICA	SEM DEFINIÇÃO	SIM	2650606
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. DE ORIGEM VASCULAR	SIM	2612798
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. DO SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	SIM	2612798
ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOPATOLOGIA	EXAME CITOLOGIA	SIM	2612623
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. CARDÍACAS	SIM	2612798
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. NEUROFUNCIONAIS	SIM	2612798
FISIOTERAPIA	FISIOTERAPIA EM DISF. DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	SIM	2612798
ANATOMIA PATOLÓGICA/CITOPATOLOGIA	ANATOMIA PATOLÓGICA	SIM	2612623