

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SUBÁREA PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE

Informação: ferramenta de gestão para a tomada de decisão em saúde.

Uma proposta de revisão do processo de trabalho da Divisão de  
Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso.

Dissertação apresentado ao Programa  
de Pós –Graduação em Saúde Pública da ENSP

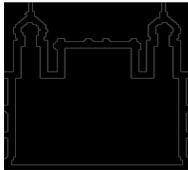
Mestranda

*Roberta Rodrigues Teixeira de Castro*

Orientador

*Miguel Murat*

*Abril de 2006*



Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Esta dissertação, intitulada

Informação: Ferramenta de gestão para a tomada de decisão em saúde. Uma proposta de  
revisão do processo de trabalho da Divisão de Emergência do Hospital Geral de  
Bonsucesso.

Apresentada por

**Roberta Rodrigues Teixeira de Castro**

Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

---

**Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera**

---

**Profa. Dra. Sandra Mariano**

---

**Prof. Dr. Miguel Murat Vanconcelos - orientador**

## **Agradecimentos**

À Fundação Oswaldo Cruz pelo incentivo e investimento no aperfeiçoamento profissional e na pesquisa.

Em especial ao Professor Miguel Murat, orientador desta dissertação, pelo imenso conhecimento transmitido e pela confiança em mim depositada.

À Professora Sandra Mariano e ao Professor Javier pelos ensinamentos durante o desenvolvimento deste trabalho que me permitiram aperfeiçoá-lo.

A minha família, pela força e confiança. Sempre presente nos momentos bons e ruins.

Aos amigos de mestrado, cuja convivência neste período foi prazerosa e de grande importância.

Ao amigo Jorge Moll, que contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho com sua leitura, esclarecimentos e sugestões.

Ao Victor Graboys, por sua amizade e competência que influenciaram muito o caminho que escolhi como trajetória.

À Dra. Roseli, diretora geral do Hospital Geral de Bonsucesso durante a concepção desta pesquisa, pelo apoio e incentivo.

À amiga Simone, pelo companheirismo e amizade. Amiga para todas as horas.

A todos os amigos conquistados no Hospital Geral de Bonsucesso, pelo acolhimento, amizade e aprendizado. Profissionais de alto nível, que me sinto privilegiada por conhecer.

E, finalmente, a Deus, pela minha realização profissional.

## **Resumo**

Este trabalho aborda a defasagem da Tecnologia de Informação na área da saúde pública e as peculiaridades do processo de trabalho de um serviço de emergência, permitindo concluir que o uso da informação como instrumento de apoio à gestão é restrito, bem como o suporte oferecido pelos sistemas de informação ao processo de trabalho. Estas conclusões se subsidiam da análise de um estudo de caso na Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, unidade hospitalar do Ministério da Saúde, responsável pela realização média mensal de 12.000 consultas de emergência. Tomou-se como base a revisão da literatura; a análise do processo de trabalho e do fluxo percorrido pela informação dentro da Divisão de Emergência; e o levantamento das principais vantagens, desvantagens e limitações do sistema de informação existente na instituição, com vistas a sua adequação ao processo de trabalho do setor. Como resultado deste estudo foi apresentado um plano estratégico para melhoria da informação da Divisão de Emergência, a ser realizado pelo Colegiado deste setor e outros setores diretamente relacionados ao tema abordado, visando contribuir para a validação e apoio do uso da informação como um instrumento capaz de subsidiar o processo de tomada de decisão.

**Palavras Chaves:** Tecnologia de informação, processo de trabalho, saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Capítulo I - Apresentação</b>	<b>7</b>
1.1. Introdução	7
1.2 Justificativa	9
1.3 Objeto	12
1.4 Objetivos	
1.4.1 Geral	13
1.4.2 Específicos	13
1.5 Estrutura do Trabalho	14
<b>2. Capítulo II - Bases Teóricas</b>	<b>15</b>
2.1 Tecnologia da Informação	15
2.2 Tecnologia da Informação em Saúde	23
2.3 O papel dos gerentes	26
2.4 Processo de Trabalho no Hospital e sua interface com a TI	30
2.5 O Hospital Geral de Bonsucesso	34
<b>3. Capítulo III - Material e Métodos</b>	<b>46</b>
3.1 Consideração Éticas	49
<b>4. Capítulo IV - Resultados</b>	<b>50</b>
4.1 Análise observacional	50
4.2 Análise dos questionário	64
4.3 Colegiado da Emergência	72

<b>5. Capítulo V - Discussões</b>	<b>79</b>
5.1 Limitações do trabalho	82
<b>6. Referências Bibliográficas</b>	<b>84</b>
<b>7. Lista de Figuras</b>	<b>89</b>
<b>8. Anexos</b>	<b>91</b>

# 1. CAPÍTULO I - APRESENTAÇÃO

## 1.1. INTRODUÇÃO

Alvo de inúmeras críticas, o SUS atravessa uma grave crise que chega ao grande público por meio de matérias veiculadas pelos diferentes meios de comunicação. Alguns especialistas, dentre eles Junqueira (1990)<sup>1</sup>, explicam a crise pela progressiva contenção de gastos na área da saúde associada ao mau gerenciamento destes escassos recursos.

Conforme pode ser visto na Figura 1, segundo os últimos dados oficiais do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde), em 2002 o Ministério da Saúde aplicou aproximadamente 24,7 bilhões de reais em sua área de atuação. No mesmo ano a esfera estadual contribuiu com aproximadamente 10 bilhões de reais e a municipal com 11,7 bilhões de reais. Naquele ano o SUS recebeu 46,6 bilhões de reais.

Figura 1: Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiada por recursos próprios - 2000 a 2002. Em R\$ milhões correntes e % do PIB. Por esfera de governo.

Anos	Federal		Estadual		Municipal (1)		Total	
	Despesa (em R\$ milhões correntes)	% do PIB	Despesa (em R\$ milhões correntes)	% do PIB	Despesa (em R\$ milhões correntes)	% do PIB	Despesa (em R\$ milhões correntes)	% do PIB
2000	20.361	1,86	8.313	0,67	7.404	0,87	34.068	3,08
2001	22.474	1,87	8.270	0,88	8.288	0,77	40.013	3,33
2002	24.737	1,87	10.078	0,78	11.758	0,88	46.574	3,52

### NOTAS:

(1) Estimativa do gasto municipal para 2002 realizada através de expansão da despesa por habitante dos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 19 de Abril de 2004 (4.910 municípios - 88,3% dos municípios e 94,5% da população)

Estimativa do gasto municipal para 2001 realizada através de expansão da despesa por habitante dos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 19 de Abril de 2004 (5.068 municípios - 91,2% dos municípios e 96,2% da população).

Estimativa do gasto municipal para 2000 realizada através de expansão da despesa por habitante dos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 26 de Abril de 2004 (4.450 municípios - 80,8% dos municípios e 88,7% da população).

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/DES. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal).

Para avaliar a insuficiente contribuição do Estado no atendimento às demandas de saúde da população, Cordovil (2003) estima que os gastos privados com consultas, internações, exames de laboratório, compra de medicamentos, planos e seguros de saúde foram de 57 bilhões de reais no mesmo período.<sup>2</sup> Fato este que deve ser analisado à luz do financiamento público neste setor, por meio da concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos.

Por outro lado, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde está relacionada à utilização eficiente dos recursos disponíveis. “(...) o aumento de recursos não vai per si, elevar a eficácia nem a eficiência dos serviços. Maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços.”<sup>3</sup>

Diante deste quadro, urge a necessidade de identificarmos e avaliarmos as práticas gerenciais utilizados pelos gestores do SUS, visando a otimização dos recursos e priorização de ações, haja visto a baixa governabilidade dos mesmos em relação ao financiamento da saúde. As práticas gerenciais envolvem análise de situações, estudo de possibilidades, escolhas e implementações<sup>4</sup>, ou seja, instrumentos pelos quais os objetivos da instituição são alcançados por meio do uso de recursos: pessoas, dinheiro, energia, materiais, espaço, tempo.

A Tecnologia de Informação (TI), por meio de sistemas de informação em saúde, é um dos principais instrumentos capazes de contribuir para a melhoria das práticas de gestão, por sua capacidade de otimizar os processos de trabalho e subsidiar o processo de tomada de decisão. Permite monitorar, avaliar e, conseqüentemente, otimizar ações. Sua utilização inadequada prejudica a apuração mais refinada e a priorização dos problemas.

Drucker<sup>5 a,b</sup>, considerando a importância da informação, defende o seu primado como base e razão para um novo tipo de gestão, numa perspectiva de que, a curto prazo, se substituiria o binômio capital/trabalho pelo binômio informação/conhecimento, como fatores determinantes no sucesso das organizações.

Segundo Braga, “a gestão moderna exige que a tomada de decisão seja feita com o máximo de informação.”<sup>6</sup>

## 1.2. JUSTIFICATIVA:

A grande quantidade de dados disponíveis e pouco estruturados não atendem às demandas dos gerentes, nem em termos de mensuração do desempenho, nem do tempo certo necessário para subsidiar o processo decisório. Paralelamente, os gerentes sobrecarregados, possuem pouco tempo para avaliar a grande quantidade de informações, levando-os a decidir baseados em informações pouco sedimentadas, provenientes de assessores ou de sua própria experiência.<sup>7,17</sup>

Mas, porque é tão difícil administrar os dados e transformá-los em informação?

De acordo com Turban<sup>8</sup>, os principais obstáculos são:

- A quantidade de dados cresce exponencialmente. Grande parte dos dados antigos precisa ser guardada por um longo prazo, e novos dados são acrescentados rapidamente;
- Os dados são disseminados pela instituição e são coletados por muitas pessoas que utilizam métodos e dispositivos diferentes;
- Apenas uma pequena parte dos dados é relevante para uma decisão específica;
- É preciso levar em conta um volume cada vez maior de dados externos na decisão da instituição;
- Os dados são muitas vezes armazenados em diferentes servidores e locais da instituição;
- Os dados brutos podem ser armazenados em diferentes sistemas computacionais, bancos de dados, formatos, linguagem humana e linguagem de computador;
- A segurança, a qualidade e a integridade dos dados é fundamental, mas isso é facilmente colocado em risco.

Os motivos supra-citados confirmam a importância e a necessidade da TI no apoio gerencial, mas é necessário ressaltar os principais agentes capazes de aumentar esta dependência no âmbito da gestão pública em saúde<sup>9</sup>, dentre estes Mattos (2003) destaca:

- baixa integração entre os diferentes sistemas de informações relacionados aos diversos elementos componentes da organização do sistema de saúde, tais como: a organização da rede de serviços assistenciais, a mortalidade, as morbidades, o controle de doenças específicas, dentre outros;
- escassa oferta de profissionais habilitados, principalmente nos municípios de pequeno e médio portes, para a interpretação, análise e integração das informações emergentes dos sistemas acima mencionados;
- ausência de “cultura da informação”, ou seja, baixa importância dada ao uso sistemático de informações fidedignas e atualizadas como base para o planejamento e a tomada de decisões no dia-a-dia dos gestores;
- importante defasagem tecnológica encontrada principalmente nas unidades assistenciais de maior complexidade e a necessidade contínua de investimentos tanto no âmbito ambulatorial, como no âmbito hospitalar da rede assistencial;
- falta de consenso acerca da prioridade dada aos diferentes indicadores de saúde, em seu uso potencial nos processos de planejamento e tomada de decisão.

Segundo Vasconcellos<sup>10</sup>, ainda existe uma grande defasagem entre o avanço do conhecimento no campo das tecnologias de informação e a incorporação destas tecnologias no processo de gestão em saúde no Brasil. Desta forma, a falta de informação capaz de subsidiar o processo decisório acarreta a utilização de outros instrumentos, na tentativa de reverter situações problemáticas, dentre eles<sup>4</sup>:

- Ancoragem – quando as pessoas, face à necessidade de fazer uma previsão, partem de um ponto inicial e vão ajustando seus palpites.
- Decisão por fuga - demora-se tanto para agir que o problema se resolve sozinho, ou para o bem ou para o mal. Corresponde a 63,4% das decisões tomadas por executivos.
- Decisão por intuição - esta de um lado no espectro do processo de tomada de decisão, do outro lado esta a análise absolutamente racional das alternativas, a comparação com critérios previamente estabelecidos e a escolha daí decorrente. É impossível coletar todas as informações, considerar todas as conseqüências ou esclarecer todas as preferências.

Por ser o setor saúde o foco deste trabalho, e principalmente, pelo fato de ações mal planejadas em um ambiente de tamanha complexidade repercutirem na qualidade de vida da população, deve-se destacar a relevância da TI no processo de tomada de decisão em saúde.

### **1.3. OBJETO:**

Tecnologia da informação como ferramenta de apoio ao processo de tomada de decisão em saúde.

A proposta central deste trabalho é contribuir para a validação e apoio ao uso da informação como um instrumento capaz de subsidiar a tomada de decisão.

Aposta-se que o monitoramento e a coordenação contínua da performance hospitalar, por meio das ferramentas de TI, seja apenas o primeiro passo, não menos importante, de um longo caminho a ser percorrido em busca da maior eficiência e qualidade dos serviços públicos de saúde.

## **1.4. OBJETIVOS:**

### **1.4.1. OBJETIVO GERAL:**

Propor um plano de suporte efetivo do SIGH (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar) ao processo de trabalho da Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, capaz de viabilizar sua utilização como ferramenta gerencial.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar e descrever o fluxo percorrido pela informação na Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso.
- Mapear o processo de trabalho do serviço e identificar os nós críticos que influenciam diretamente na qualidade da informação disponibilizada no Sistema de Informação da Divisão de Emergência do Hospital.
- Identificar as principais necessidades de informação da divisão.
- Analisar o atual Sistema de Informação utilizado pela Divisão de Emergência do Hospital, identificando suas vantagens, desvantagens e limitações.

## **1.5. ESTRUTURA DO ESTUDO**

Esta dissertação está organizada em 5 capítulos. No primeiro, a introdução descreve a situação atual de crise vivenciada pelo Sistema Único de Saúde e a necessidade de utilizarmos, de maneira intensiva, práticas gerenciais apoiadas pela TI, objeto deste estudo, como instrumento de melhoria de ação gerencial. Buscou-se analisar a defasagem da TI na área da saúde pública e a conseqüente dificuldade dos gerentes em tomar decisões, em tempo hábil, baseadas em informações sedimentadas e fidedignas.

No segundo capítulo será apresentada uma revisão bibliográfica abordando aspectos conceituais sobre a Tecnologia de Informação e suas peculiaridades na área da saúde, o papel do gerente e o processo de tomada de decisão em saúde, o processo de trabalho no hospital e sua interface com a Tecnologia de Informação, além de uma breve descrição do Hospital Geral de Bonsucesso.

No terceiro capítulo será descrito o caminho percorrido para a realização da pesquisa, bem como os materiais e métodos utilizados e as considerações éticas levadas em conta ao longo do desenvolvimento do trabalho.

No quarto capítulo serão apresentados os resultados do estudo realizado na Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso.

E, no último capítulo serão apresentadas as discussões e as limitações do estudo.

## **2. CAPÍTULO II - BASES TEÓRICAS:**

Visando um melhor entendimento sobre as idéias que serão abordadas ao longo deste trabalho, convém detalharmos alguns conceitos antes de iniciarmos a discussão sobre o tema, apresentando uma revisão bibliográfica sobre TI e processo de trabalho nas instituições de saúde:

### **2.1. TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO**

Dado é definido por Miranda<sup>11</sup> como: “(...) um conjunto de registros qualitativos ou quantitativos conhecido que organizado, agrupado, categorizado e padronizado adequadamente transforma-se em informação”.

De acordo com Moraes<sup>12</sup>: “Informação é a representação de uma situação, que foi selecionada, tratada, resumida e organizada a partir de contextos determinados: i) por alguém (profissional/gestor da informação) de acordo com sua visão de mundo e domínio tecnológico; ii) por uma instituição, de acordo com os interesses e objetivos que estão em disputa pela direcionalidade da política institucional, ou seja, refletindo determinadas relações de poder e produção de saber e encontra-se, a mim, a você, aos gestores de saúde, à sociedade em geral disponível, ou não, para transmissão e análise, para ser enfim utilizada para apoiar a decisão, reduzindo a incerteza da ação, conforme o contexto de interesses que estão presentes no processo desta decisão”.

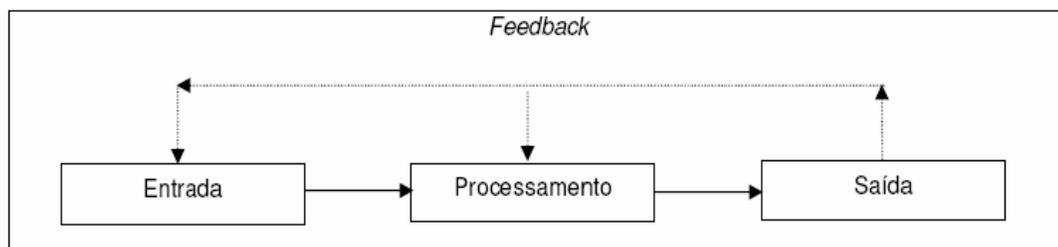
A informação pode ser analisada segundo sua fonte, sendo subdividida em formal e informal. As fontes de informação formal são aquelas registradas, ou seja, de alguma forma já validadas, como artigos, livros, patentes, jornais, relatórios, caracterizando um fato já ocorrido, são públicas e portanto acessíveis a parceiros e concorrentes. As informais, não registradas, são aquelas que se aproximam mais do momento presente, aquelas ainda por validar, em fase de discussão, concepção, criação, são as passadas de pessoa a pessoa.<sup>13</sup> Esta afirmação nos remete a questão da divergência de interesses e disputa de poder existente nas organizações, uma vez que muitas informações estratégicas formalizadas não são divulgadas publicamente, ficando restritas à determinados grupos detentores de níveis mais elevados de poder.

De ambas as fontes podem ser resgatadas informações estratégicas, que são assim denominadas por seu conteúdo de mapeamento de competências, de tecnologias, de mercado, de redes colaborativas (fornecedores, clientes, distribuidores, parceiros) e do que se pode inovar, impactando de forma global organizações, nações ou blocos econômicos, subsidiando a construção de cenários. Este é o principal fato que distingue este tipo de informação das informações táticas e operacionais, sendo a primeira caracterizada principalmente pelas metodologias, padrões, normas e processos e a segunda pela produtividade e controle de qualidade.<sup>14</sup>

O Escritório Regional da OMS caracteriza os Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças.<sup>15</sup>

Um sistema de informações é uma soma estruturada de elementos. Segundo Stair<sup>16</sup> os sistemas de informações fornecem um mecanismo de **“feedback”**, onde os componentes interrelacionados coletam (entrada), manipulam, armazenam (processo) e disseminam (saída) os dados e informações.

Figura 2: Componentes de um Sistema de Informação.



Fonte: Stair, 1998. p. 11

“A Tecnologia da Informação (TI) em Saúde corresponde a todas as formas de conhecimento relacionadas à produção, gestão e disseminação de informações que possuem valor de uso para solucionar ou amenizar problemas de saúde de indivíduos ou populações, promovendo a melhoria da qualidade de vida ao apoiar decisões clínicas, o processo de gestão da saúde e contribuir para a construção da cidadania e da democracia”.<sup>17</sup>

Incorporava-se a TI aos modelos tradicionais de produção, tornando-os mais simples, porém ainda a serviço da padronização. A TI continua sendo importante sob o ponto de vista de garantir a padronização dos processos, apesar de recentemente ter acumulado a possibilidade de ajudar a flexibilidade. TI, terminologia criada nos anos 50 para indicar disponibilidade dos computadores no sistema de produção, popularizou-se na gestão a partir dos anos 80, com novas conotações, fruto da própria evolução tecnológica. Nesta evolução a TI passou pelas seguintes fases<sup>18</sup>:

- Operacional: introdução da tecnologia computacional para alcançar maior eficiência; normalmente, automação das rotinas existentes, nova fonte de memória e sistemas de informações gerenciais;
- Design: uso da tecnologia de computadores como instrumentos de planejamento de produtos e serviços facilitado pelos softwares padronizados;
- Comunicação: uso cada vez mais acentuado dos computadores pessoais através de redes;
- Transformacional: uso amplo e integrado da tecnologia de computação e telecomunicação afetando todo sistema de produção e gestão; revoluciona o ambiente de trabalho e altera a vida das pessoas.

Contrapondo as idéias de Motta em 1997, Porter<sup>19</sup> em entrevista dada a Revista Bussiness Week em 2001 afirma que não se deve considerar a TI uma revolução, pois não invalida a realização e importância de atividades que não fazem o uso desta tecnologia. Se não for realizado um ajuste à estratégia específica da organização, não alcançará vantagens significativas.

Laurindo et al<sup>20</sup>, concordando com as idéias de Porter<sup>19</sup> e Rockart et al<sup>21</sup>, acredita que hoje o caminho do sucesso não está relacionado apenas com os softwares e hardwares utilizados, ou com as metodologias de desenvolvimento, mas sim com o alinhamento da TI com a estratégia, característica e estrutura organizacional.

“É ilusório imaginar que a simples utilização da tecnologia da informação no sistema produtivo irá trazer ganhos substanciais de qualidade e produtividade. Não são raros os casos em que estratégias empresariais centradas na automação, alta tecnologia e informatização de processos produzem resultados insignificantes em termos de economias de custos e melhoria de desempenho. De forma geral, boa parte dos insucessos explica-se pelo fato de que as referidas estratégias foram adotadas sem alterações profundas no estilo gerencial, nas práticas organizacionais e na política de capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos.”<sup>22</sup>

A administração conjunta do fluxo de informações, da utilização dos recursos físicos, materiais e humanos, desde o ponto de origem das unidades produtivas e das unidades administrativas até o ponto de destino e consumo, bem como o acompanhamento desse trajeto e desses procedimentos, em todos os seus passos por meio da tecnologia eletrônica, auxilia no controle das tarefas de gerenciamento, permitindo acompanhamento estreito do desenvolvimento institucional. A facilidade de realizar cálculos rápidos, com grande volume de dados e seu armazenamento por efeito comparativo fazem com que o uso da informática seja de grande importância nessas tarefas.<sup>23</sup>

Porter e Millar<sup>24</sup> afirmam que: “(...) a TI não somente afeta a maneira como cada atividade individual é realizada, mas através de novos fluxos de informação. A TI está aumentando as habilidades das empresas para explorar os elos entre as atividades, tanto interna quanto externamente à empresa. A tecnologia está criando novas ligações entre as atividades e agora as empresas podem coordenar suas atividades em conjunto com as atividades de seus clientes e fornecedores”.

Interessante analisarmos que apesar da citação acima ter sido retirada de fonte relativamente antiga, da década de 80, as coisas não mudaram muito e a TI continua exercendo este mesmo papel.

As organizações devem ter um Sistema de Informação desenvolvido de acordo com as suas necessidades, desempenhando um papel de apoio na articulação de vários subsistemas que a constituem (entendida como um sistema global) e os sistemas envolventes, na medida em que efetua o processamento de dados provenientes de múltiplas fontes, gerando informação útil em tempo real à gestão e à tomada de decisão.<sup>6</sup>

Souza et al<sup>25</sup> afirmam que além da mudança do foco da TI na década de 90, houve outra mudança relativa ao fornecimento dos Sistemas de Informações pelas organizações, substituindo os sistemas desenvolvidos por programadores da própria organização por sistemas comprados prontos, denominados “de prateleira” ou “pacotes”. Tal fato é justificado pela real redução do tempo para seu desenvolvimento e do seu custo, uma vez que este se dilui entre os diversos clientes. Por não serem desenvolvidos para clientes específicos, procurando atender a requisitos genéricos do maior número possível de empresas, a adaptação torna-se um processo fundamental para evitar discrepâncias entre o pacote e a organização.

Outro risco que deve ser evitado é o aprisionamento tecnológico (lock in), que pode ser entendido como o processo de dependência no qual as organizações são submetidas ao optarem por uma determinada tecnologia.<sup>26</sup> O tipo mais sério de aprisionamento segundo Basic está relacionado à preservação e conservação dos dados existentes pois “torna-se praticamente impossível para uma empresa adotar um novo software caso seus dados não possam ser transferidos, se o processo de transferência é caro ou arriscado demais”.<sup>27</sup>

Zorrinho<sup>28</sup> afirma que: “a gestão da informação é uma função que conjuga a gestão do sistema de informação e do sistema informático de suporte com a concepção dinâmica da organização num determinado contexto envolvente”. Portanto as escolhas em TI nas organizações devem ser bem avaliadas, pois envolvem questões técnicas, comerciais e políticas.

As organizações hoje se encontram inseridas definitivamente em um contexto “virtual”, e as ferramentas de gestão de dados “infiltram-se” nos mais diversos processos empresariais. A Internet se tornou o mais indispensável “ambiente” da atualidade.<sup>29</sup>

Gestão de dados é a atividade de lidar com dados<sup>30</sup>, ou melhor, é a atividade aplicada para modelar, classificar, organizar e administrar os dados da empresa, tendo como finalidade a criação de uma base estável para atender as necessidades de informação do negócio.<sup>31</sup>

Os dados não podem ser apenas armazenados em bancos de dados inadequados, normalmente sem grandes critérios, mas que sejam devidamente tratados e estruturados, de maneira a gerar informações, cuja utilidade para o entendimento dos ambientes atual e futuro será o principal diferencial das organizações no que tange a sobrevivência nesse novo ambiente.<sup>29</sup>

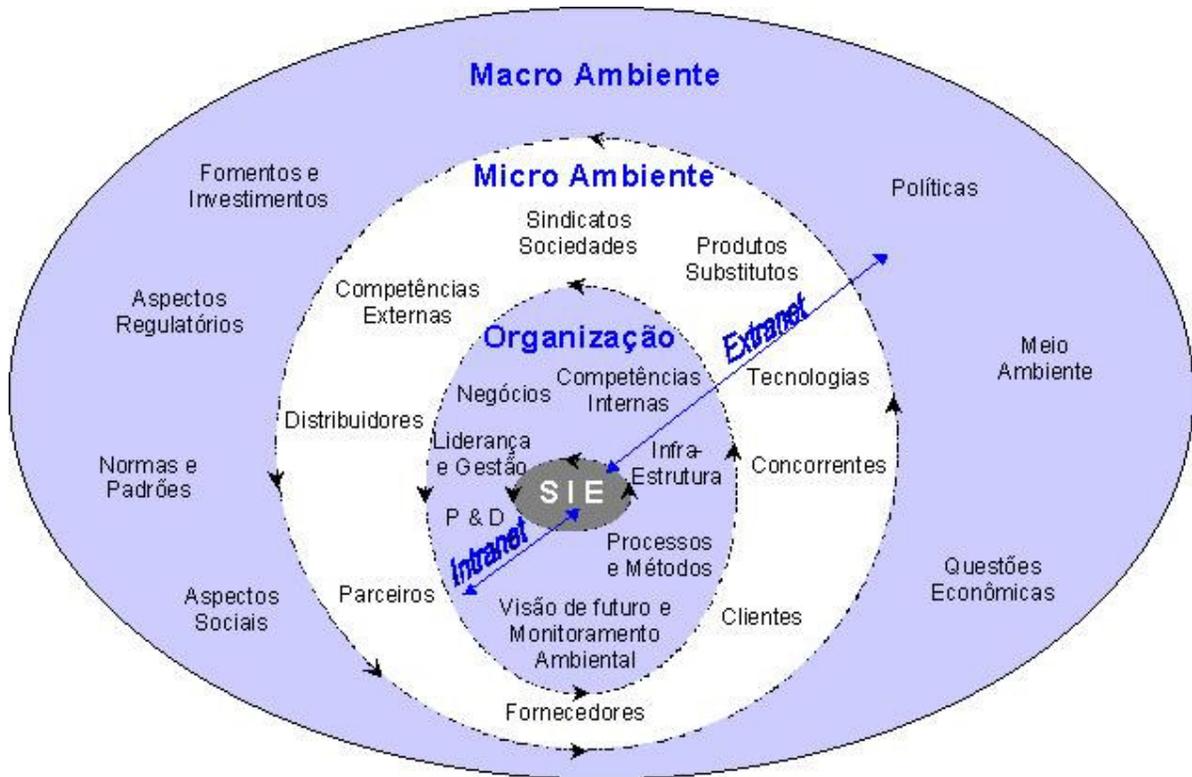
Diante das pressões do mercado, as organizações estão deixando de ser sistemas relativamente fechados para tornarem-se sistemas cada vez mais abertos, propiciando um ambiente favorável à constituição das chamadas “redes organizacionais” ou “unidades virtuais de negócio”. Formadas com o objetivo de reduzir incertezas e riscos individuais, organizam atividades econômicas por meio de coordenação e cooperação entre empresas oferecendo respostas rápidas às oportunidades do mercado, utilizando o suporte da tecnologia da informação para este fim.<sup>32</sup>

Estes fatos demonstram a necessidade de se desenvolver um Sistema de Informação Estratégica (SIE), com o propósito de auxiliar na superação das barreiras acima destacadas e subsidiar as organizações no sentido de organizar, disponibilizar e analisar informações estratégicas e táticas. O SIE, no que se refere ao ambiente interno, contribui com a melhoria do fluxo informacional e com a maior integração das áreas, propiciando assim um ambiente de compartilhamento e renovação. Considerando o ambiente externo, que contribui com as relações de parcerias (fornecedores, clientes, distribuidores, colaboradores e concorrentes) e com a visualização de tendências (por meio de monitoramento de mercado, tecnologias, competências, políticas, dentre outros fatores), identificando oportunidades e apontando soluções para manutenção e criação de vantagens competitivas.<sup>13</sup>

Identificou-se a proposta metodológica de SIE de Canongia et al, apresentada a seguir, como um componente necessário e inovador para o setor saúde, por se basear em uma abordagem global da instituição, articulando questões de seus ambientes macro, micro e interno capazes de subsidiar o processo decisório com informações e análises que

permitam fortalecer uma cultura orientada a antecipações, desafios, renovações e aprendizagem contínua.

Figura 3: Sistema de Informação Estratégica.



Fonte: Claudia Canongia, Celina Lamb, Cátia Silene de P. Carvalho, Valdenis Souza e Silva *Convergência da Inteligência Competitiva com Construção de Visão de Futuro: proposta metodológica de Sistema de Informação Estratégica (SIE)*.

A Extranet funcionaria como uma tecnologia de apoio, meio de comunicação e compartilhamento da organização com o micro e macro ambiente que a Intranet como uma tecnologia de apoio à comunicação e compartilhamento interno.

Macro ambiente se refere aos fatores políticos, econômicos, sociais, ambientais, regulatórios, normalizadores e de investimentos externos que impactam a instituição, geralmente de baixa governabilidade de seus diversos atores, mas capazes de causar profundas mudanças.

Micro ambiente se refere aos fatores externos mais específicos ao campo de atuação da instituição, aquelas funções que compõem a cadeia produtiva, ou seja, fornecimento,

concorrência, distribuição/comercialização, clientela, parcerias, tecnologias, produtos substitutos, representações de classe e competências.

No ambiente interno, que será o foco principal desta dissertação, são realçados os fatores correlacionados a competências internas, pesquisa e desenvolvimento, visão de futuro e monitoramento ambiental, infra-estrutura, orçamento e finanças, liderança e modelo de gestão, competências essenciais e todos os resultados da organização, sejam produtos, serviços, articulações, certificações, normas, dentre outros, que cheguem à sociedade contribuindo com seu desenvolvimento e que tragam retornos financeiros, políticos e sociais, para a organização.

## 2.2. TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Taveira<sup>33</sup>, entende-se que só será possível resolver o problema de obtenção de informação sobre produção de serviços de saúde e de sua qualidade a partir do nível local, sendo necessário dedicar importância e cuidado à tarefa de reconstrução dos Sistemas de Informação em Saúde, ao nível das unidades produtoras de serviços. A complexidade e tamanho das instituições de saúde, ainda não as permite contar com sistemas de informações capazes de subsidiar, na totalidade, sua rotina gerencial, entretanto os problemas relacionados à informação advêm de sua origem, ou seja, dos registros dos profissionais de saúde, dificultando ainda mais a construção desses Sistemas de Informação.

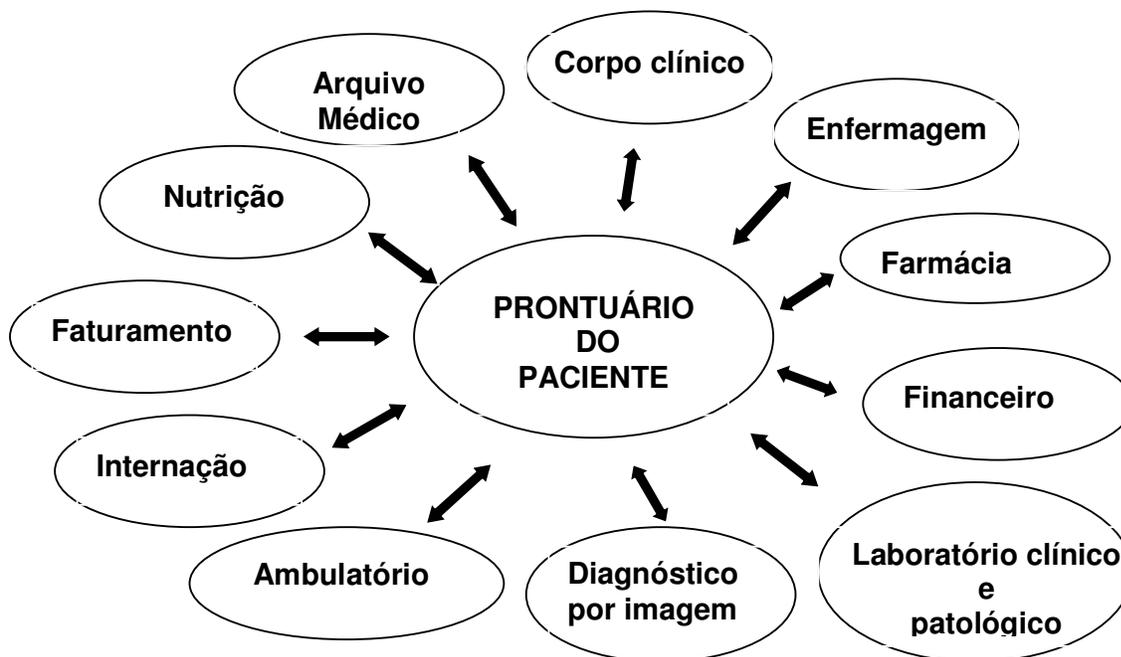
O prontuário deve constituir um documento único, devidamente identificado, que concentre todas as informações relativas à saúde de cada paciente, evidenciando as alterações e demonstrando a evolução desse paciente durante todo o período de atendimento. Funciona como o documento de maior importância para o Sistema de Informação em Saúde, se constituindo na sua fonte de dados básica. Seus principais objetivos são:<sup>34</sup>

- constituir-se como meio de comunicação entre os profissionais de saúde, servindo como base para o planejamento individual dos cuidados ou como base para análise, estudo e avaliação da qualidade dos serviços prestados pela instituição;
- proteção legal em assuntos de interesse do paciente, unidade de saúde, médicos e outros profissionais;
- dados clínicos para uso em pesquisas e programas de educação em saúde;
- base para pagamento por serviços prestados pelas unidades de saúde por parte dos órgãos governamentais e planos de saúde;
- fonte de dados na produção da informação como ferramenta no processo gerencial.

Apesar das inúmeras contribuições que este documento é capaz de oferecer no âmbito dos Sistemas de Informação em Saúde, ainda é comum sua subutilização e principalmente uma desarticulação entre suas duas finalidades principais, sejam elas assistencial e administrativa. Um dificultador deste processo é o fato de algumas

instituições de saúde ainda utilizarem somente o papel como instrumento de registro, armazenamento e organização de informações. Isto ocorre, em parte, pois a informatização das atividades em saúde demanda recursos financeiros, cognitivos e organizacionais proporcionais à complexidade e ao tamanho de cada unidade.

Figura 4: Prontuário do paciente como peça central nas atividades hospitalares.



Fonte: Adaptado de Meneghetti, A.R. Validação externa da metodologia Análise focada na decisão: O caso do Hospital Santo Ângelo. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade do Rio Grande do Sul, 2000. 161 p.

A informatização por si só não é suficiente. Segundo Munk<sup>34</sup>, a utilização de um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistema informatizado que permite a entrada e o resgate de dados sobre o paciente e os serviços prestados a ele pelas instituições de saúde, permitiria o cruzamento de dados de identificação, anamnese, exame físico, evolução clínica e cirúrgica, resultados de exames, medicamentos fornecidos ao pacientes, tempo de internação, tempo de CTI, valor dos serviços prestados, dentre outras informações.

Por outro lado, o Datasus<sup>35</sup> utilizando um conceito mais amplo de PEP, afirma ser necessário o desenvolvimento de Sistemas de Informações que dêem suporte a um prontuário virtual e longitudinal (capaz de resgatar todo o percurso do paciente pelas unidades de saúde da rede) e um sistema de telecomunicações adequado para sua implementação. Essa expansão seria capaz de subsidiar a assistência continuada através da disponibilização da totalidade de informações sobre o paciente.

Este fato demonstra que a implantação de um sistema de informação gerencial capaz de retratar a instituição como um todo é fortemente dependente de investimento prévio em recursos financeiros, cognitivos e organizacionais que repercutam diretamente na qualidade das informações contidas nos prontuários.

Mas, as dificuldades não terminam por aí. E, é claro que as características de cada organização (pública ou privada, básica ou complexa, etc) estão diretamente relacionadas com estes fatores. Dentre os vários problemas relacionados à informação em saúde ao longo de seu trajeto nas diversas unidades, alguns podem ser destacados:<sup>33</sup>

- Falta de recursos humanos e inexistência de profissionais adequadamente qualificados;
- Recursos físicos insuficientes para os diversos setores, em especial para o arquivo de prontuários;
- Dificuldades gerenciais tais como: má distribuição e organização do trabalho, inexistência de normas e rotinas internas, diversidade de procedimentos para o mesmo fim, falta de entrosamento entre os serviços responsáveis pela informação em saúde e destes com outros serviços;
- Duplicidade do número de registros, inexistência de prontuário único, métodos inadequados de arquivamento, falha no controle e movimentação dos prontuários, existência de arquivos paralelos, não subordinados aos serviços responsáveis pela informação em saúde;
- Indefinição sobre o sistema de informações, acarretando ausência de padronização dos formulários de registros da produção, duplicidade de dados – com conseqüente falta de confiabilidade nos relatórios estatísticos -, inexistência do retorno das informações para quem as produz.

### 2.3. O PAPEL DOS GERENTES

O processo decisório pode ser entendido como um conjunto de elementos, entre os quais se destaca o conhecimento sobre a realidade que se deseja modificar. Esse conhecimento não significa, obviamente, a simples disponibilidade de informação mas uma avaliação da situação em saúde. Pressupõe a definição de alternativas de ação em uma escala de prioridades, formuladas de acordo com os critérios que se estabeleçam para o cumprimento dos objetivos da gestão.<sup>36</sup>

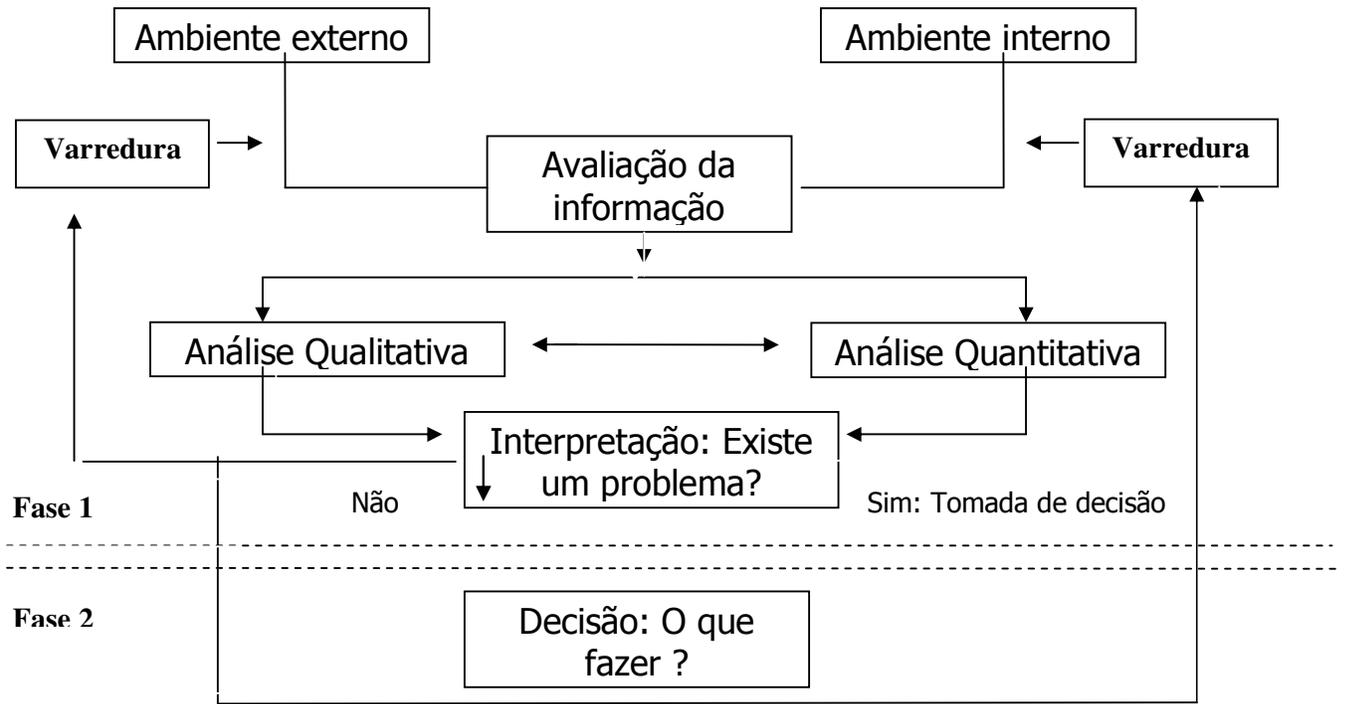
Visando compreender melhor a participação dos gerentes neste processo, torna-se importante analisar o papel dos mesmos segundo Mintzberg<sup>37</sup>.

- ❖ Papéis interpessoais: chefe, líder, elo
- ❖ Papéis de informação: monitor, disseminador, porta-voz
- ❖ Papéis de decisão: empreendedor, solucionador de problemas, alocador de recursos, negociador

Os Sistemas de Informação inicialmente davam apoio principalmente aos papéis de informação. Nos últimos anos porém, foram desenvolvidos sistemas de informação que dão apoio aos três papéis. No que se refere aos papéis de decisão, o trabalho dos gerentes foi dividido em 2 fases: A fase I é identificação dos problemas e/ou oportunidades. A fase II é tomar a decisão sobre o que fazer à respeito dos mesmos.<sup>8</sup>

Por meio da figura abaixo podemos observar que as informações se originam de ambientes externos e internos. A informação interna é gerada pelas áreas funcionais e a externa vem de fontes como a Internet, banco de dados on line, jornais, relatórios governamentais, dentre outros. Dado o grande volume de informação disponível, é preciso esquadriñar ambiente e as fontes de dados para encontrar informação relevante. A informação coletada é então avaliada segundo sua importância e, sempre que adequado, ela é canalizada para uma análise qualitativa e quantitativa, que é basicamente uma interpretação da informação. Então o gerente decide se ali existe um problema. Se for decidido que ali existe um problema, tal problema é então transferido para a fase 2. Nesta fase avaliam-se outras opções de soluções e se possível escolher uma delas.

Figura 5: As duas fases do papel de decisão do gerente e o fluxo de informação dentro do processo.



Fonte: Turban, E.,; Mc Lean E; wetherbe J.Tecnologia da Informação para Gestão. Bookman, 2004.

“Os dirigentes precisam ter capacidade intelectual e interpessoal que permita enfrentar um ambiente complexo, variável e cheio de limitações. A capacidade intelectual inclui a capacidade de identificar e analisar problemas de sua organização. Em outras palavras, de “ler”. Significa ser capaz de bem entender o funcionamento de uma organização profissional, o processo de produção de serviços de saúde, a rede de relações de sua organização com o ambiente, as necessidades da comunidade e sua distribuição e evolução. Uma outra capacidade importante é de adaptação, isto é, de ajustar suas decisões e ações em um contexto particular. Inclui a faculdade de aprender, a partir de seus erros, e de se formar para poder enfrentar, com eficácia, problemas inéditos. Uma outra maneira de apresentar este tipo de capacidade é saber definir objetivos e estratégias e divulgá-los, tanto dentro como fora de sua organização.”<sup>3</sup>

A tomada de decisões pode ser considerada como envolvendo as 3 fases de identificação da necessidade de decisão, de desenvolvimento de soluções e de seleção de uma delas. A identificação parece depender em grande parte da iniciativa

individual<sup>35</sup>. Entretanto, deve-se atentar para os dois principais tipos de decisão existentes em uma organização<sup>38</sup>:

- Rotineiras: envolvem processos-padrão de decisão e um mínimo de incerteza. Apoiam-se em normas, políticas, precedentes, métodos padrão de processamento ou técnicas computacionais.
- Não rotineiras: são imprevisíveis e não estruturadas. Sua complexidade é devida ao conhecimento incompleto e à ausência de métodos aceitos de resolução.

Na saúde, o enfrentamento de situações rotineiras pode ser comparado ao trabalho de robôs, por já possuir uma “receita” pronta, capaz de solucioná-las. Como exemplo, podemos pensar no trabalho da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), que ao ser alertada de um surto em um ambiente crítico do hospital, dispõe de um manual ou protocolo previamente estruturado para atuar imediatamente sobre o problema encontrado. Por outro lado as não rotineiras requerem um processo mais dinâmico e criativo.

Constatou-se em uma pesquisa do professor Paul Nutt do Fisher College of Business com 400 executivos do EUA e Canadá que o processo formal de tomada de decisão raramente é seguido. Os administradores costumam pular direto para as conclusões e tentar implementá-las<sup>39</sup>.

A capacidade de tomar decisões claras ocupava o primeiro lugar em importância em um estudo feito pela Harbridge house. Este classificou esta prática como a mais importante em 10 práticas gerenciais. A maioria das 8 práticas gerenciais estavam em maior ou menor grau relacionadas à tomada de decisão.<sup>8</sup>

Mintzberg<sup>40</sup> afirma: “Ao contrário do mito de que executivos adoram informações padronizadas obtidas com sistemas formais de coleta de dados, estudos sugerem que eles apreciam muito mais a informação leve, especialmente fofocas e especulações”.

A informação é fundamental para a realização de um planejamento prévio à execução de ações, visando reverter o funcionamento atual das instituições de saúde que atuam na lógica de “apagar incêndios”.

Para Motta<sup>41</sup>, os gerentes de instituições públicas, especialmente do setor saúde, enfrentam cobranças relacionadas à eficiência, escassez e desperdícios, ao mesmo tempo que lidam com limitações de recursos, falta de autonomia e controle dos recursos existentes, devendo prestar contas de suas atividades publicamente. Considera estas instituições mais complexas que as empresas privadas por apresentarem prioridades políticas e sociais que ultrapassam as esferas de decisão, como por exemplo grupos de interesse, que se contradizem e não se incluem numa perspectiva de eficiência.

## **2.4. O PROCESSO DE TRABALHO NO HOSPITAL E SUA INTERFACE COM A TI**

Os hospitais públicos são considerados organizações profissionais, ou seja, aquelas que trabalham com um número muito grande de profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, que não se subordinam a uma direção ou chefias superiores, no clássico modelo taylorista.<sup>3</sup>

Assim, é possível identificar pelo menos 3 grupamentos profissionais que se destacam nas instituições de saúde: médicos (possuem bastante autonomia, rejeitando qualquer processo gerencial que coloque em risco o seu “status quo”). O diretor clínico não “manda” formalmente nos médicos, mas atua através de acordos e entendimentos, regidos por uma certa ética profissional corporativa e um acentuado espírito de corpo. A enfermagem constitui um corpo profissional muito fechado sobre si e também é bastante autônoma em relação à direção. As enfermeiras são as gerentes efetivas das unidades assistências embora as “chefias” sejam, de uma maneira geral, os médicos. Esta situação é fonte de muitos conflitos. O corpo administrativo, terceiro grupamento, considera a área assistencial como um “mistério” à medida que o atual formato dos organogramas cria uma barreira de comunicação entre os vários corpos profissionais. Também são muito fechados entre si mesmos e as linhas de mando são verticalizadas, formalizadas e consideradas legítimas.<sup>42</sup>

Um dos grandes desafios apontados por parte dos autores brasileiros nesta temática, refere-se à possibilidade de se atuar em um terreno de forças políticas hegemônicas, muito bem estruturadas histórica e socialmente, que tornam as instituições de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes.<sup>43</sup>

A necessidade de administrar e resolver conflitos produziu inúmeras formas e tendências de equalização de poder. Uma delas seria um modelo de organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional. São projetadas com base em equipe, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão. Os setores descentralizados são modulares, autônomos e independentes, mas com interdependência garantida por um mínimo de valores

absolutamente compartilhados e por um sistema de comunicação intensiva. Uma equipe possui como principais características, segundo Motta (2004):<sup>44</sup>

- Sistema social comum – as pessoas não são vistas prioritariamente como indivíduos isolados, mas como membros cooperadores de uma atividade comum;
- Polivalência funcional – as pessoas desempenham vários papéis e funções;
- Autonomia relativa de auto-organização – possibilidade de estabelecimento de padrões internos de gestão nos limites de diretrizes gerais comuns;
- Espaço de criatividade – possibilidade de desenvolvimento de modos próprios e variados de execução de tarefas;
- Sentido de afiliação - as pessoas desenvolvem o sentimento de participar de um grupo com identidade própria e compromissos comuns.

A combinação esperada entre cultura, comunicação e consenso melhora a eficiência e ajuda a alcançar um nível mais elevado de comportamento de decisão racional.<sup>45</sup>

De acordo com Merhy (1997): “Os processos de trabalho se constituem em analisadores institucionais privilegiados e a análise desses processos pode revelar os diferentes projetos em disputa no interior dos equipamentos de saúde. Trata-se de um processo produtor de interseções, e da análise dessas interseções, no interior dos processos de trabalho, articuladas à micropolítica instituída ou instituinte desses processos, se constitui em uma estratégia que pode revelar “ruídos” e “linhas de fuga” para o trabalho vivo operador de mudanças”.<sup>46</sup>

O trabalho em saúde envolve tecnologias diversas, que podem ser classificadas, segundo Merhy, como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma ferramenta de governar processos de trabalho). Leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalista, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).<sup>46</sup>

A abordagem da gestão dos processos avalia aspectos chave do gerenciamento de uma organização. Isso inclui o projeto e a prestação dos serviços relacionados aos pacientes,

os processos de apoio administrativo, financeiros e aqueles relacionados com os fornecedores. O gerenciamento de processos envolve todos os aspectos operacionais da organização: como os processos-chaves são projetados, implementados, efetivamente gerenciados, avaliados e melhorados continuamente para conseguir alto desempenho. No setor saúde, o principal processo está relacionado com a missão e a atividade – fim: o atendimento aos pacientes, destacando-se as atividades clínicas, cirúrgica e de enfermagem.<sup>47</sup>

A tecnologia informacional (tecnologia leve-dura) pode ser entendida como uma tecnologia de processo, uma vez que compreende as técnicas e o uso de técnicas que interferem no processo de trabalho, de maneira a modificá-lo, organizá-lo, racionalizá-lo, sejam tais técnicas de origem física, sejam de origem gerencial. Tendo em vista que o que define uma tecnologia não é apenas seu conteúdo ou natureza, mas, e às vezes principalmente, seu emprego, seu uso, sua inserção em um dado processo. A introdução de novas tecnologias de base microeletrônica representa uma inovação em tecnologia física no processo de produção.<sup>48</sup>

É possível constatar que a informação é mais um recurso para a gerência e que é de todos os atores envolvidos no processo de trabalho a responsabilidade pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização. Desta forma, um sistema de informação que sirva ao processo de trabalho deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços e unidades da instituição, resguardadas suas características e especificidades, podendo ser únicos para a organização ou específicos para cada serviço.

A compreensão do significado de necessidades e fontes de informação reafirma que a maior dificuldade para criação de um sistema de informação está na definição das necessidades e demandas por parte dos usuários.<sup>45</sup>

A adequada gestão das informações é importante para a gestão da organização, porém são processos que devem ocorrer paralelamente, de forma coordenada. Isso depende de uma grande mobilização de toda a organização, começando por sua direção, mas que deve atingir todos os seus membros, principalmente aqueles diretamente envolvidos com sua atividade fim.<sup>49</sup>

Uma organização de saúde, para poder demonstrar sua eficácia, além de estruturar melhor seus processos, estabelecer claramente seus objetivos e metas, quantificar seus custos de produção, bem como resultados alcançados, ainda necessita de dados que permitam analisar sua população e compará-la com a população geral, pois os resultados não dependem apenas da estrutura e processo, mas também de fatores associados às pessoas sobre as quais estão atuando.<sup>49</sup>

Pires discute em sua tese de doutorado a reestruturação produtiva em certas organizações de saúde, a partir do impacto que a presença de equipamentos de ponta provoca na conformação tecnológica dos trabalhos em saúde, indicando alterações nos processos de qualificações profissionais, de redefinição do trabalho intelectual e manual, de mudanças nos processos burocráticos e hierárquicos, entre outros.<sup>50</sup>

Segundo Guimarães (2004)<sup>45</sup>: “O ponto de partida é o repensar da prática gerencial, ou seja, as mudanças geradas no processo de trabalho pela incorporação tecnológica, que vão requerer também mudanças na forma como se faz o trabalho. O desenvolvimento de sistemas de informação prevê a abordagem das normas relativas aos aspectos estruturais da organização e da especificidade técnica de cada serviço. No que se refere à terminologia, deve-se adotar um sistema de classificação que permita a organização, o acesso e a recuperação das informações para utilização no processo de trabalho. Alguns aspectos devem ser observados: definir regras para as classificações, de forma a assegurar a uniformidade no seu emprego; incorporar expressões pertinentes à determinada categoria; assegurar que as categorias dos termos sejam excludentes; garantir a estabilidade do sistema para possibilitar uma análise comparativa ao longo do tempo”.

No caso deste estudo, pretende-se inverter a lógica proposta por Pires e Guimarães o máximo possível, pois propõe-se adequar a TI ao processo de trabalho realizado em um setor da instituição analisada, com vistas ao alcance de uma maior adesão dos profissionais à alimentação dos bancos de dados e à utilização gerencial das informações produzidas. Por outro lado, como será descrito mais à frente, nota-se que é a inversão total é inviável, ou seja, não é possível manter o processo de trabalho intacto, sendo em alguns momentos necessário que este se adeque a TI, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

## **2.5. O HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO (HGB)**

### **2.5.1. Histórico**

Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, o Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), na época subordinado ao IAPETEC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas), foi inaugurado em janeiro de 1948 pelo então Presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra.

Na década de 60, com a fusão dos institutos de previdência, o HGB passou a fazer parte do então criado INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), responsável pelo seguro social dos trabalhadores brasileiros, que incluía benefícios como afastamento por doenças, gravidez, aposentadoria por invalidez e tempo de serviço.

Em 1975 foi inaugurado o Serviço de Emergência, inicialmente para atendimento de casos clínicos. Os casos cirúrgicos eram transferidos para o Hospital do Andaraí. No ano seguinte foi inaugurado o Serviço de Terapia Intensiva (CTI), com 16 leitos.

Do final da década de 70 até 1989, a unidade passou a ser gerida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Na década de 90, o hospital passou a pertencer ao SUS (Sistema Único de Saúde).

O Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) é hoje uma unidade hospitalar do Ministério da Saúde, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, com autonomia orçamentária. O Hospital conta com um Conselho de Gestão, criado por decisão conjunta do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em janeiro de 2000, para facilitar sua integração à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro.

Foi escolhido como campo deste trabalho por ser um centro hospitalar regional terciário (que presta assistência na maioria das especialidades, além das básicas), de referência para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e por possuir um Sistema de Informação próprio desenvolvido há cinco anos.

## 2.5.2 Localização:

O Hospital Geral de Bonsucesso fica situado no bairro de Bonsucesso, zona Norte, na Área Programática 3.1 (AP 3.1) do Município do Rio de Janeiro.

Está localizado na Avenida Brasil próximo à confluência desta com as Linhas Amarela e Vermelha, que são as principais vias de acesso à cidade. Duas dessas vias comunicam a cidade diretamente com a Baixada Fluminense, fazendo com que o Hospital exerça atração para a população dessa região.

A AP 3.1 é uma área que combina os maiores riscos sanitários e sociais da cidade do Rio de Janeiro. Com uma população de cerca de 617.991 habitantes (11,1 % do total do Município), é a área de maior concentração de favelas do Município. A área possui um total de 85 favelas, com 274.408 habitantes, que representa 33,52% da população total da AP 3.1. Geograficamente, essas favelas encontram-se por toda AP, não se restringindo a uma área específica, mas concentrando no Subsistema de saúde Leopoldina Sul (quase 70% de população em favelas), onde está localizado o Hospital Geral de Bonsucesso.<sup>51</sup>

Trata-se de um complexo hospitalar de caráter terciário do Ministério da Saúde, voltado para as áreas cirúrgica, clínica e materno-infantil, que possui Pronto Socorro aberto 24 horas por dia, 07 dias na semana. A demanda pelo Setor de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso é crescente, gerando grande pressão no conjunto do Hospital.<sup>48</sup>

Por conta de sua localização e dos serviços que oferece o HGB está de portas abertas para a enorme população das regiões Norte e Oeste da cidade do Rio de Janeiro e para diversos municípios da Baixada, seja através da Emergência ou do Ambulatório, que têm como médias de atendimento mensal 12.000 e 11.000 consultas, respectivamente.<sup>52</sup>

### **2.5.3 Competências Institucionais:**

Desde 2000, o Planejamento Estratégico do HGB vem sendo implementado de forma aberta e democrática, com ampla participação dos trabalhadores da Unidade, tendo como principais elementos os resumos a seguir:

#### ***Missão***

*Promover atenção integral à saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos e assegurando o acesso exclusivamente público aos seus serviços.*

#### ***Perfil***

*Hospital Geral, com serviços terciários de referência para a região metropolitana do Rio de Janeiro e todo o Estado, emergência e maternidade de nível III, e modalidades extra-hospitalares de assistência.*

#### ***Visão de Futuro***

*O HGB será reconhecido nacional e internacionalmente pela excelência assistencial e organizacional, pela humanização do cuidado ao paciente, pela elevada capacidade técnica e valorização de seus profissionais, por ser um centro de ensino e pesquisa e pela garantia do acesso público e democrático aos seus serviços.*

#### 2.5.4 Infra-Estrutura da Unidade

O Hospital conta com mais de 42 mil m<sup>2</sup> de área construída, em terreno de 25.625 m<sup>2</sup>, distribuídos em 6 prédios de 4 a 7 pavimentos, além de outras 5 construções menores (Depósito, Garagem, Igreja, Posto Bancário, Projeto Acolhida). A figura 6 quantifica a infra-estrutura do HGB para propiciar um maior conhecimento da unidade:

Figura 6: Infra-estrutura do HGB.

<b>Leitos Totais</b>	<b>459</b>
<b>Leitos Normais</b>	<b>398</b>
<b>Leitos Especiais</b>	<b>61</b>
CTI Adulto	17
CTI Pediátrico	4
CTI Neonatal	12
CTI Emergência	7
Unidade Transplante Renal	13
Unidade Cardiologia Intensiva	8
<b>Centros Cirúrgicos (salas)</b>	<b>20</b>
<b>Centro Obstétrico (salas)</b>	<b>3</b>
<b>Ambulatório (consultórios)</b>	<b>92</b>

Fonte: SIGH – Sistema de Informação Gerencial Hospitalar do HGB

### **2.5.5 Sistema de Informação do HGB**

O HGB conta com um Sistema de Informação Gerencial Hospitalar (SIGH) desenvolvido pela sua Divisão de Tecnologia da Informação, especialmente para o hospital, em Power Builder, utilizando um gerenciador de bancos de dados relacional (Sybase), do mesmo fabricante da linguagem de desenvolvimento. Foi idealizado a partir de reuniões realizadas de abril a julho de 2001 com representantes de todas as áreas do hospital.

As principais potencialidades do SIGH podem ser resumidas em funcionais e tecnológicas. Dentre elas podemos citar: a) foi projetado para funcionar com banco de dados relacional; b) trata-se de um sistema aberto, o que permite que se venha a desenvolver internamente novos módulos de informação que atendam necessidades específicas, ou objetivos de gestão do Hospital; c) possui identificação única para cada paciente; d) permite a associação de todos os eventos (assistenciais e administrativos) aos pacientes; e) permite a geração de código de barras para a identificação do paciente, setores e serviços, bem como material permanente e bens de consumo; f) propõe-se a atender o conjunto das necessidades de informação do Hospital, no formato de módulos.

O SIGH possui nove módulos em funcionamento (apesar de não ser utilizado na íntegra), sendo o acesso a estes módulos restrito aos funcionários que trabalham nos respectivos setores. Esta restrição se aplica também aos módulos de gestão e informação, que são disponibilizados apenas às chefias de serviços assistenciais e aos setores que realizam funções gerenciais no Hospital, como Assessoria de Planejamento, Divisão Médico-Assistencial, etc. Para um funcionário obter acesso ao módulo relacionado ao setor que trabalha é necessário uma solicitação formal de sua chefia, via memorando, à Divisão de Tecnologia de Informação e um posterior treinamento realizado pelos técnicos desta mesma divisão. Os módulos serão apresentados a seguir, acompanhados das principais funcionalidades atualmente utilizadas pelos profissionais do hospital:

- Ambulatório – funcionalidade: marcação de consultas ambulatoriais de primeira vez e subseqüentes por especialidade e médico, apóia o check-in de pacientes, registro do atendimento médico (por algumas clínicas), comparação da produção pactuada X realizada, escala de médicos e residentes.
- Centro Cirúrgico – funcionalidade: agendamento de cirurgias de emergência ou eletivas por médico, sala e especialidade, registro do ato cirúrgico, registro da avaliação pré anestésica e recuperação pós anestésica.
- Emergência – funcionalidade: abertura do Boletim Médico.
- Gestão – funcionalidade: análise de indicadores oriundos dos registros nos outros módulos.
- Informação - funcionalidade: análise de cada paciente, podendo resgatar todo seu histórico de utilização dos serviços do hospital.
- Internação – funcionalidade: emissão de guia de internação, apoio à realização de censo dos pacientes, sumário de alta.
- Material – funcionalidade: controle de suprimentos, compra, armazenagem e dispensação de todos os materiais de consumo administrativo e médico.
- Matrícula – funcionalidades: resgate de matrícula do paciente através de seu nome ou vice versa.
- Recursos humanos – funcionalidade: administração de pessoal (cadastro, férias, benefícios, licenças), administração de turnos, administração de pessoal terceirizado, alocação de recursos humanos

Os serviços de anatomia patológica e de exames laboratoriais do HGB utilizam um outro sistema, terceirizado pelo hospital e não integrado ao SIGH. Trata-se de um sistema que permeia todo o processo do setor, identificando os profissionais responsáveis por cada etapa. Os demais serviços de apoio diagnóstico não possuem sistema de informação que contabilize sua produção. Desta forma, alguns deles possuem informações registradas em outras mídias, enquanto outros não possuem nenhuma informação registrada.

## **2.5.6 Divisão de Emergência do HGB**

A Divisão de Emergência do HGB é composta por 3 (três) setores distintos que serão descritos mais à frente, são eles: O Setor de Acolhimento, o Projeto Acolhida e o Setor Emergência subdividido em adulta, pediátrica e obstétrica. Na tentativa de evitar o confundimento entre a Divisão de Emergência e o Setor de Emergência, devido à semelhança de nomenclatura, este último será sempre citado por “Setor de Emergência propriamente dito”.

O atendimento de emergência existe no HGB há cerca de 30 anos, foi modificado em 1992, transformando-se em Divisão, sofreu reforma de suas instalações em 1998, ocupando atualmente a metade do pavimento térreo do bloco 1. Nessa área são realizados atendimentos de emergência de adultos e crianças. A emergência obstétrica é realizado no prédio 2.

O Colegiado da Divisão de Emergência foi instituído pela Portaria n.º 261, de 19 de novembro de 2003, sem objetivos formalmente explicitados, mas motivado basicamente pela necessidade de revisão dos processos de trabalho e de maior integração do setor com o resto do hospital.

Trata-se atualmente, de um fórum de encaminhamento das questões gerenciais e de organização do cuidado que ganhou muita relevância ao longo do ano de 2004. O grupo tem tratado os seguintes temas de modo prioritário: fluxos; os protocolos assistenciais, em particular os critérios de alta e de permanência; as atribuições dos diversos segmentos de profissionais que atuam no setor; além da avaliação de risco.

É composto por representantes das diversas categorias profissionais de nível superior que atuam na Emergência ou que possuem estreita relação com o setor, tais como as Chefias do Ambulatório, da Zeladoria e das Clínicas Cirúrgicas. Na prática, outros setores e categorias profissionais não médicas ou de enfermagem são chamados à participação eventualmente, quando o grupo fixo considera necessário (por exemplo, o caso da discussão das atribuições dos maqueiros).

As reuniões semanais possuem pauta pré-definida de uma reunião para a outra, sendo as atas distribuídas aos participantes. A sequência dos assuntos tratados decorre do levantamento e priorização de problemas realizado nas primeiras reuniões. O colegiado tem como “chefe” o Chefe da Divisão, mas as decisões têm sido tomadas, de modo geral, por consenso.

O Projeto Acolhida é parte de um esforço de reorganização da porta de entrada do HGB, iniciado em 1998. Está em funcionamento parcial, junto à entrada principal do Hospital, fazendo frente com a Av. Londres. Conta com 3 consultórios, uma sala de procedimentos, 1 sala de atendimento de Serviço Social, 1 guichê para abertura de boletins de atendimento e marcação de exames e consultas de especialidades, além de banheiros para o público e equipe.

Trata-se de um projeto multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e pessoal administrativo. Tem como objetivos principais: oferecer um atendimento resolutivo e humanizado à demanda espontânea do Hospital, além de realizar a triagem dos pacientes no sentido de reduzir o fluxo de pacientes para o Setor de Emergência propriamente dito.

Atualmente funciona de 07:00 às 15:00 horas, contando apenas com profissionais de enfermagem e serviço social. Como funciona apenas nos dias de semana e em 2 turnos até às 15 horas, não vem contribuindo plenamente para reduzir o fluxo de pacientes para o Setor de Emergência propriamente dito.

Existe um módulo do SIGH específico para a Divisão de Emergência do hospital, mas na prática este é subutilizado, seja por fatores relacionados ao processo de trabalho, como a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, seja pelas limitações do próprio sistema, como a impossibilidade de resgatar as informações do Setor de Acolhimento, já que o mesmo foi adicionado recentemente à Divisão de Emergência do HGB.

Pelos motivos supra citados, o SIGH não disponibiliza informações de morbidade (apesar de possuir condições de realizar tal função), isto é, por meio dele não é possível

traçar um diagnóstico mais apurado sobre o perfil da clientela que procura este serviço no HGB. Suas principais funcionalidades são: confecção de boletim de atendimento médico (BAM), cadastro de exames, agendamento de internações e definição de escala médica e demais profissionais. Possui algumas tabelas, como CID, bairros, grade de medicamentos do hospital, dentre outras, que facilitam o registro das informações.

Atualmente, o sistema oferece apenas informações sobre produção do serviço e dados de identificação da clientela assistida, pois estes últimos são imprescindíveis para a abertura de BAM no hospital. Assim, as informações disponíveis sobre a rotina do setor são muito incipientes e demonstram a necessidade de suporte efetivo do sistema de informação ao processo de trabalho do serviço, como tentativa de reverter esta situação.

### **2.5.7 Informações resgatadas do Módulo da Divisão de Emergência do SIGH**

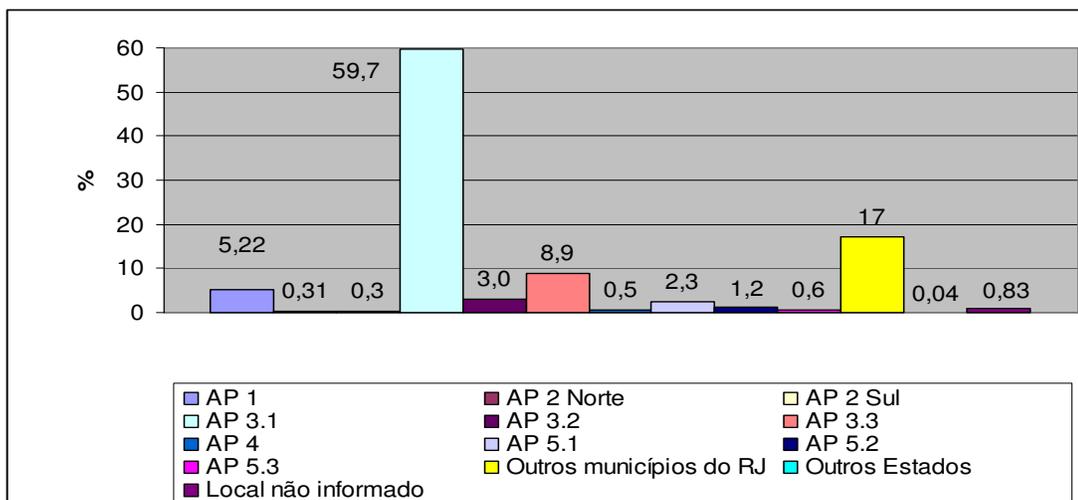
Este item permite conhecermos as informações geradas atualmente pelo SIGH e, principalmente, entendermos melhor as críticas e sugestões apontadas nas entrevistas realizadas com os profissionais que trabalham na Divisão de Emergência. As informações disponíveis serão apresentadas a seguir<sup>52</sup>.

No ano de 2004, a Divisão de Emergência atendeu 144.904 ocorrências (Projeto Acolhida e Setor de Emergência), sendo que 41% (59.463) ocorreu entre 7 e 11 horas da manhã. Do total de ocorrências, apenas 4.087 (2,8%) geraram internação.

As informações acima, nos permitem analisar a deficiência da rede de serviços do SUS no que concerne à atenção básica. Apesar da precariedade da informação que possuímos, já é possível perceber que estes casos poderiam ter sido absorvidos pelos postos e unidades básicas de saúde, já que os casos demonstraram não ser emergências propriamente ditas (apenas 2,8% do total gerou internação) e pelo fato de 41% destes terem ocorrido nos horários de funcionamento destas unidades.

De acordo com a figura abaixo, é possível verificar que aproximadamente 60% da população assistida é oriunda da AP 3.1, em segundo lugar estão os municípios da baixada fluminense, representando 17% desta demanda. Estes números contrariam um problema constantemente relatado pelos diversos profissionais de saúde do HGB, que afirmam ser “invadidos” pelos usuários da baixada fluminense. Este trabalho não pretende analisar mais profundamente esta problemática, principalmente no que concerne ao atendimento ambulatorial e de internação, mas seria interessante reafirmar que apesar de ser um percentual significativo (17%), não condiz com o cenário previamente citado e amplamente divulgado para a mídia.

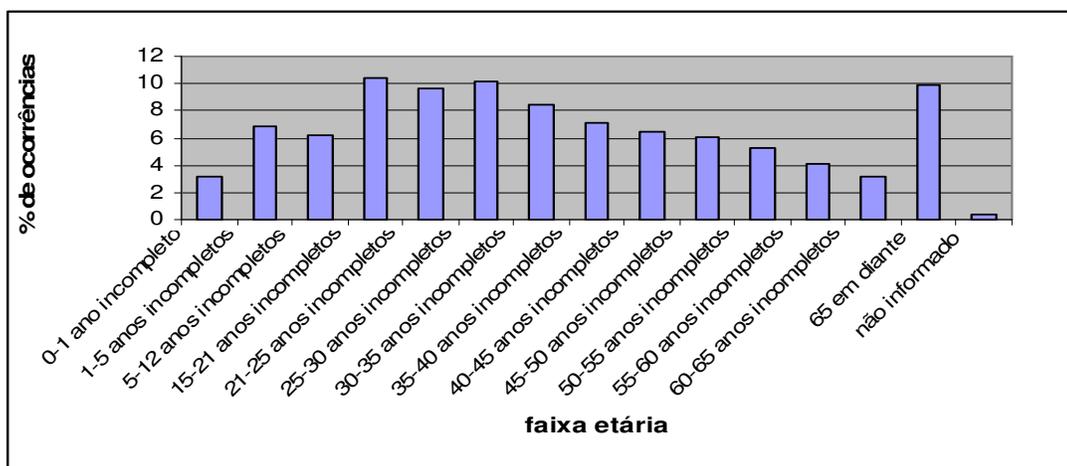
Figura 7: Procedência dos pacientes atendidos pela Divisão de Emergência do HGB, 2004:



Fonte: Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH/HGB.

Da mesma forma, a figura abaixo demonstra a distribuição das ocorrências por faixa etária, contrariando novamente afirmações de que a Divisão de Emergência interna em sua maioria pacientes idosos, e que estes seriam responsáveis pela superlotação do setor já que possuem tempo médio de permanência elevado dificultando a rotação dos leitos.

Figura 8: Distribuição das ocorrências no Serviço de Emergência do HGB por faixa etária, no ano de 2004.



Fonte: Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH/HGB.

É possível observar na figura a seguir que todas as especialidades apresentaram aumento no número de atendimentos de emergência em 2004 – cerca de 25% em

relação a 2003. A demanda pelo Setor de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso é crescente, gerando grande pressão no conjunto do Hospital. Em relação à distribuição por especialidades prováveis, esta figura possui informações pouco confiáveis haja visto o que foi relatado anteriormente. Como são os recepcionistas que registram esta informação e não possuem qualificação técnica para realizá-la, torna-se enviesada.

Figura 9: atendimentos Realizados pela Divisão de Emergência por Especialidades Prováveis, 2000 a 2004.

<b>Clínica/ Serviço</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Cirurgia Geral	9.130	9.832	9.464	7.366	9.662
Clínica Médica / Cardiologia	43.052	43.766	46.362	31.867	39.494
Ginecologia/obstetrícia	903	13.352	22.317	20.240	21.849
Neurocirurgia	440	314	372	230	366
Odontologia	3.448	2.020	1.566	1.106	1.976
Oftalmologia	3.514	1.616	1.126	1.512	4.241
Ortopedia	14.520	14.038	10.885	7.468	14.155
Otorrinolaringologia	150	150	155	79	83
Pediatria	31.159	33.842	24.665	15.615	20.210
Projeto Acolhida	14.938	29.160	11.545	30.819	32.868
<b>Total</b>	<b>121.254</b>	<b>148.090</b>	<b>128.457</b>	<b>116.303</b>	<b>144.904</b>

Fonte: Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH/HGB.

### **3. CAPÍTULO III - MATERIAIS E MÉTODOS:**

A metodologia utilizada para a realização deste estudo, realizado na Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, foi detalhada em 5 momentos visando organizar e facilitar o entendimento, passo a passo, do caminho percorrido para se chegar ao objetivo geral deste trabalho. Convém lembrar, que estes momentos não possuem uma ordem estática e pré-definida, se entrecruzando ao longo do tempo. São eles:

1. Levantamento bibliográfico sobre o tema.

A revisão bibliográfica visa abordar aspectos conceituais sobre a Tecnologia de Informação e suas peculiaridades na área da saúde, o papel do gerente e o processo de tomada de decisão em saúde, o processo de trabalho no hospital e sua interface com a Tecnologia de Informação, além de uma breve descrição do Hospital Geral de Bonsucesso. Este momento propiciou um maior conhecimento e nivelamento de informações sobre os principais assuntos abordados neste estudo. Foi apresentado no capítulo II.

2. Identificação e descrição do fluxo percorrido pela informação na Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso;
3. Mapeamento do processo de trabalho da divisão e identificação dos nós críticos que influenciam diretamente na qualidade da informação disponibilizada no Sistema de Informação Hospitalar;
4. Identificação das principais necessidades de informação na divisão.

Optou-se por realizar o estudo na Divisão de Emergência do HGB devido a sua complexidade, importância e, principalmente, pela interlocução que realiza com a maioria dos setores do hospital, permitindo uma visão bastante ampla da organização como um todo. Também, a Divisão de Emergência vêm enfrentando inúmeras dificuldades gerenciais (analisadas no capítulo IV – Resultados) que demandam intervenções capazes de atenuar ou reverter esta situação.

Com o objetivo de identificar e descrever o fluxo percorrido pela informação na Divisão de Emergência (momento 2), estabeleceu-se que o fluxo da informação seria analisado em função do caminho percorrido pelo paciente que demanda serviços de emergência na instituição, apesar de se ter em mente que em alguns momentos não seria suficiente e poderia prejudicar a descrição. Não seria suficiente uma vez que muitas vezes as informações se limitam aos profissionais responsáveis pelo atendimento. Por exemplo: Ao se coletar o sangue de um paciente para análise, este participa do processo apenas na fase de coleta e posteriormente na fase de recebimento do resultado. Por outro lado, o material coletado percorrerá um caminho e será processado/manipulado por diferentes profissionais até a entrega do resultado conclusivo ao paciente. Desta forma, notou-se que seria necessário ampliar o foco e atentar para o processo de trabalho da divisão e sua relação com os demais setores do hospital.

Os momentos 2, 3 e 4 foram realizados a partir da observação da rotina de trabalho da Divisão de Emergência do HGB, entrevistas junto à equipe e discussões no Colegiado da Emergência sobre o tema em questão.

As entrevistas, realizadas pela própria autora da dissertação, abrangeram no mínimo 1 (um) funcionário de cada setor da divisão, totalizando 10 (dez) funcionários. Utilizou-se um questionário (anexo 1) com perguntas abertas e fechadas estruturado em 3 blocos. O primeiro bloco coletou dados de identificação do perfil profissional do entrevistado, o segundo do processo de geração da informação ao longo de seu processo de trabalho e o terceiro do uso da informação em seu serviço. As perguntas fechadas não foram reveladas aos entrevistados, na tentativa de evitar a indução à determinadas respostas. Utilizou-se esta alternativa, objetivando, apenas, padronizar o máximo possível as respostas e conseqüentemente facilitar a análise dos questionários.

O diagnóstico realizado, os principais nós críticos encontrados e algumas propostas de melhoria, foram levadas para discussão no Colegiado da Emergência, tendo como produto final um plano de trabalho.

5. Análise do Sistema de Informação da Divisão de Emergência, identificando suas vantagens, desvantagens e limitações.

A análise do Sistema de Informação contou com duas abordagens: gerencial e técnica-operacional. A primeira foi realizada com base no ponto de vista dos profissionais da divisão que possuem atividades gerenciais. A segunda com base no ponto de vista dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema. Este momento foi facilitado pela utilização do questionário supracitado.

Os itens supracitados demonstram que o método utilizado para fazer a pesquisa trata-se de um estudo de caso. Segundo Yin<sup>53</sup>: “Os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

Este método permite a compreensão de fenômenos sociais complexos, contribuindo para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. Utiliza duas fontes de evidências: observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas neles envolvidas, lidando com uma ampla variedade de evidências como documentos, artefatos, entrevistas e observações.<sup>53</sup>

Vale a pena ressaltar, que um dos preconceitos tradicionais em relação à estratégia de estudo de caso é o fato de fornecerem pouca base para fazer uma generalização científica. Pra Yin<sup>53</sup>: “O estudo de caso com experimento, não representa uma “amostragem”. Seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).”

### 3.1- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução 196 de 1996, todos os projetos de pesquisa que sejam relativos a seres humanos, direta ou indiretamente, deverão ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Desta forma, este estudo realizado em uma instituição pública, mais especificamente o Hospital Geral de Bonsucesso e que contou com a participação dos profissionais diretamente envolvidos no processo de trabalho da Divisão de Emergência do mesmo, além de outros profissionais cujo serviço estão diretamente relacionado a este, percorreu o mesmo caminho.

A pesquisa foi realizada por meio de questionário e grupos de discussão com aproximadamente 10 participantes, que compõem a equipe multidisciplinar do colegiado da emergência, espaço gerencial de discussão. Eventualmente, outros atores foram convocados às reuniões do colegiado por sua relação com o serviço, mas estes não foram entrevistados.

O primeiro passo dado, foi a anuência do representante legal da instituição, após explicação completa e detalhada sobre objetivos, metodologia e benefícios previsto pelo estudo, descrita em um termo de consentimento. A seguir, foi exigido de todos os participantes do estudo, o consentimento livre e esclarecido, tendo os mesmos liberdade para recusarem a participar ou retirarem seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Pretendeu-se desta forma, incorporar os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.<sup>54</sup>

## **4. CAPÍTULO IV – RESULTADOS:**

### **4.1 Observação: Setor de Acolhimento, Projeto Acolhida e Setor de Emergência**

O levantamento e coleta de dados, realizada pela autora, visou identificar a organização atual da Divisão de Emergência, abrangendo seus três setores, e o fluxo percorrido pela informação na Divisão de Emergência do HGB. Durante este trabalho, vários nós críticos foram identificados como dificultadores da informação disponível na Divisão. Assim, algumas propostas de solução aos problemas foram sugeridas e posteriormente levadas ao Colegiado da Emergência para validação, como será visto mais à frente. Vale lembrar que o item 4.1 se equivale aos momentos 2, 3 e 4 descritos no capítulo III – Materiais e Métodos.

#### ***4.1.1 Setor de Acolhimento:***

Primeiro contato do paciente que chega deambulando ao hospital. Possui um ou dois recepcionistas (dependendo do turno) responsáveis pelo direcionamento e/ou orientação deste paciente para dentro ou para fora do hospital. Mensalmente estes recepcionistas entram em contato com as unidades de saúde da AP 3.1 para quantificar as consultas disponibilizadas pelas mesmas. O pessoal do setor foi treinado pelo SIC (Serviço de Informação e Comunicação do Ambulatório) para realizar esta orientação, mas nem todos os profissionais confirmam ter recebido treinamento.

O paciente pode chegar com ou sem encaminhamento solicitando atendimento de emergência, podendo então ter 06 destinos após avaliação de seu caso pelos recepcionistas:

***Unidade de Saúde da AP 3.1 mais próxima de sua residência:*** O paciente é orientado a procurar outra unidade de saúde da AP 3.1, caso o HGB não possua a especialidade procurada. O funcionário construiu por conta própria uma listagem dos serviços existentes no HGB e na AP 3.1, através de busca telefônica e na web, para melhorar a orientação fornecida aos pacientes.

***Projeto Acolhida:*** Todos os pacientes com queixas, com ou sem encaminhamento, serão direcionados a este setor através de impresso que será entregue à recepcionista do Projeto Acolhida para abertura de Boletim de Atendimento Médico (BAM). O impresso possui as seguintes informações: nome do paciente, queixas principais, destino (acolhida ou emergência).

***Marcação de Consulta Ambulatorial:*** Caso o paciente venha com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial, sem queixa naquele momento, e exista a especialidade procurada no HGB.

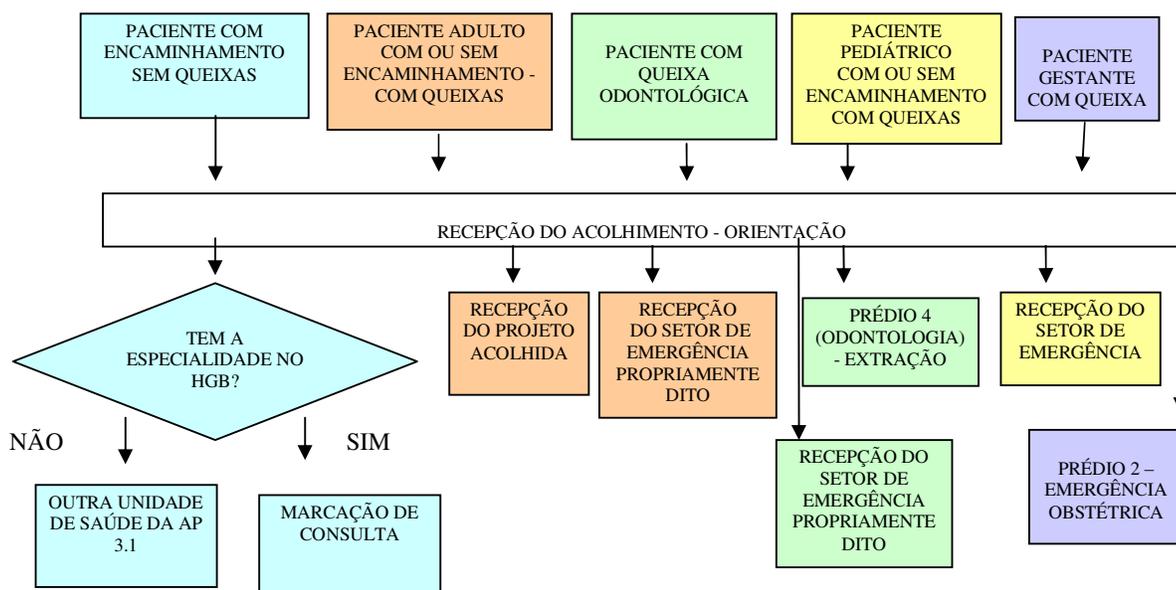
***Setor de Emergência adulto/pediátrico:*** Caso o recepcionista ache que o paciente se enquadra nos critérios de “Risco Iminente de Vida” (Tais critérios foram previamente estabelecidos pelo Colegiado de Emergência) ou caso seja paciente pediátrico (este não precisa passar pelo Projeto Acolhida, se encaminhando direto do Setor de Acolhimento para a recepção do Setor de Emergência).

***Setor de Emergência Obstétrica*** (Prédio 02 - 5º andar): Gestantes com queixas serão encaminhadas diretamente para este setor, seja o motivo da vinda ao hospital relacionado ou não à gravidez.

**Serviço de Odontologia** (Prédio 04 – 6º andar): São distribuídos números limitados para extração de dente de acordo com a solicitação deste procedimento pelo paciente. Este receberá um número e será encaminhado diretamente para o serviço, onde o dentista responsável avaliará o caso. Ainda, nos casos de emergência odontológica o paciente deverá se encaminhar à recepção do setor de emergência para abertura de BAM, para posterior atendimento no prédio 4.

Os 6 destinos acima descritos podem ser melhor visualizados na figura abaixo.

Figura 10: Representação gráfica do fluxo do Setor de Acolhimento do HGB.



*Principais Problemas Identificados:*

1. Falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis na AP 3.1.
2. Não existe registro algum desta demanda que não é absorvida (por não ter a especialidade procurada no HGB), dificultando uma análise mais apurada da necessidade de saúde da população usuária do SUS.
3. Aviso tardio do término de vagas ambulatoriais de clínica geral destinada ao Projeto Acolhida. Muitas vezes o recepcionista do setor de acolhimento é avisado do

término quando os pacientes já estão na fila do Projeto Acolhida. Isto é um problema, pois os pacientes devem ser avisados que neste caso o atendimento será realizado apenas pela enfermeira e serviço social, optando então se enfrentarão ou não a fila.

*Propostas:*

1. Solicitar à CAP 3.1 a grade de oferta de consultas ambulatoriais das unidades de saúde da área, enviar a grade do HGB à CAP 3.1 e disponibilizá-la ao Setor de Acolhimento.
2. Criação de módulo no SIGH para registro da demanda reprimida, permitindo gerenciamento e negociação na rede.
3. Orientar todos os pacientes que serão encaminhados para o Projeto Acolhida que estes serão atendidos por uma enfermeira e uma assistente social, independente de ter ou não vaga na clínica geral.

**4.1.2 Projeto Acolhida:**

*4.1.2.1 Recepção:*

Composta por duas recepcionistas, sendo uma diarista e outra plantonista. Recebem o impresso do paciente, acima citado, e abrem seu BAM (anexo 2) no SIGH. No BAM, são preenchidos apenas os dados de identificação do paciente e seu direcionamento previamente descrito pelo funcionário do acolhimento, cujas únicas opções são: acolhida e emergência. O BAM é impresso e dado ao paciente, que aguardará a consulta numa fila por ordem de chegada, independente do grau de gravidade do caso. Ainda, é responsável pela marcação de consultas ou cirurgias ambulatoriais destinadas ao Projeto Acolhida e pela marcação na clínica geral do prédio 06, que oferece vagas diariamente ao Projeto (se autorizada pela enfermeira através de impresso próprio).

#### 4.1.2.2 *Triagem do Projeto Acolhida:*

Possui 05 consultórios (destes somente 02 são utilizados, pois não há profissional suficiente para atender nos outros consultórios) e atende cerca de 300 pacientes/dia. Composta por uma Enfermeira e uma Assistente Social que realizam uma espécie de triagem, em todos os pacientes que procuram este serviço. Neste caso, os pacientes triados podem ter 03 destinos:

***Unidade de Saúde da AP 3.1 mais próxima de sua residência:*** Caso o HGB não possua a especialidade procurada ou caso não seja considerado “Risco Iminente de Vida”.

***Ambulatório:*** Existe um número de vagas disponibilizadas diariamente pela clínica geral do Ambulatório para o Projeto Acolhida. Dependendo da avaliação feita pela enfermeira e pela assistente social levando em conta a gravidade do caso, estas disponibilizam um impresso de vaga na clínica geral. O paciente leva este impresso para a recepcionista do Projeto Acolhida que marcará sua consulta no ambulatório naquele mesmo dia. Caso a necessidade do paciente não seja clínica geral, o Projeto Acolhida pode ainda realizar marcação de consulta ambulatorial especializada ou cirurgia ambulatorial agendada dentro da cota de vagas destinada ao projeto, se estiver enquadrado nos critérios de atendimento.

***Setor de Emergência adulto:*** Todos os pacientes que após a triagem forem considerados graves. Nestes casos, o paciente já tem seu BAM aberto pela recepção do Projeto Acolhida e está indo com encaminhamento da Enfermeira e da Assistente Social para atendimento médico no Setor de Emergência. Ocorre raramente, pois casos muitos graves costumam entrar no hospital em veículos.

No caso de mulheres com problemas ginecológicos, estas devem ser encaminhadas pela triagem para atendimento médico no Setor de Emergência adulto, pois só dessa forma poderão ser encaminhadas para a Ginecologia de emergência no Prédio 02.

Os fluxos descritos acima podem ser melhor visualizados na duas figura a seguir.

Figura 11: Representação gráfica do fluxo do Projeto Acolhida do HGB.

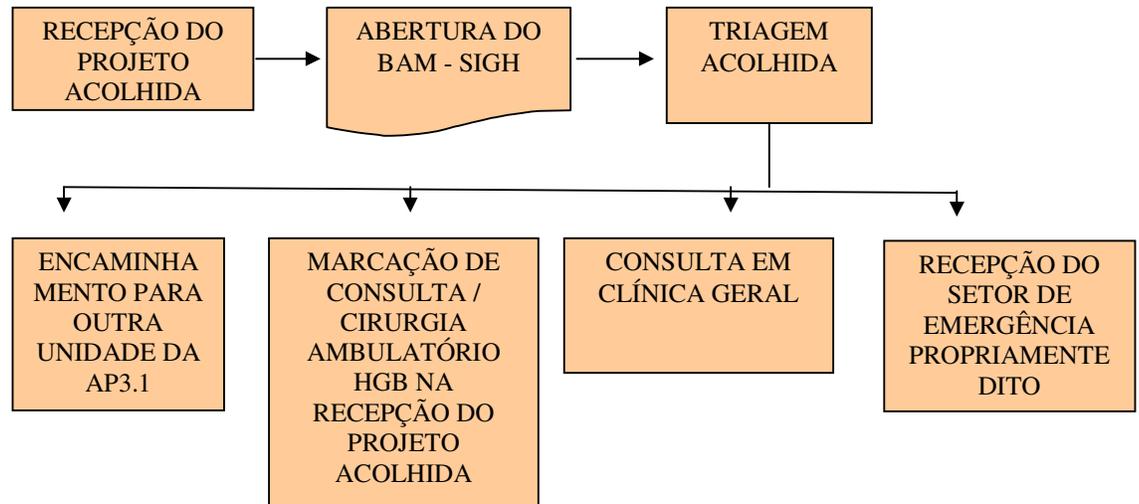
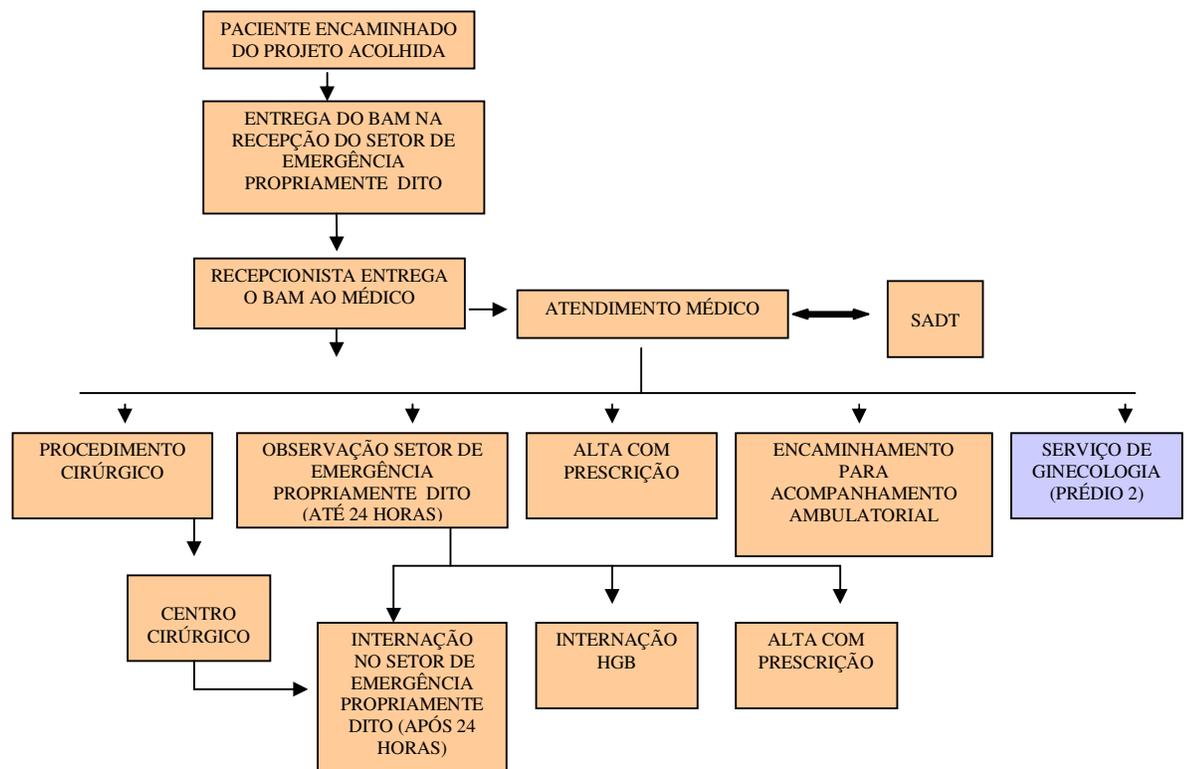


Figura 12: Representação gráfica do fluxo do paciente atendido pelo Projeto Acolhida e encaminhado ao Setor de Emergência propriamente dito do HGB.



Na figura acima podemos perceber que o paciente que necessita de internação pode permanecer no setor de emergência ou ser internado em outras clínicas do HGB. Entretanto, o segundo caso é o menos comum de acontecer uma vez que os demais setores do hospital não possuem mecanismos de gerenciamento de leitos e historicamente “isolam” a Divisão de Emergência do restante do hospital, não fornecendo retaguarda a este setor. Isto repercute em taxas de ocupação superiores à 100% e inviabilizam um atendimento digno e humanizado devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais deste setor.

*Principais Problemas Identificados:*

1. O BAM fica em posse do paciente, enquanto este espera na fila para ser atendido pelo Projeto Acolhida. Muitas vezes, o paciente leva o BAM para casa, esquecendo de deixá-lo na instituição.
2. O BAM fica em posse do paciente quando este se desloca para os outros prédios do HGB para ser atendido. Muitas vezes, o paciente leva o BAM para casa, esquecendo de deixá-lo na instituição.
3. Nenhuma informação do atendimento é registrada no SIGH, inclusive sobre o encaminhamento do paciente.
4. Consultas pouco resolutivas, pois não existe equipe médica neste setor.
5. Abertura de BAM em ficha manuscrita, com número de ocorrência já programado, quando o hospital está sem rede de informática. Esta informação não é digitada no SIGH posteriormente.

*Propostas:*

1. Os BAM's de pacientes que irão ser atendidos pela triagem da acolhida deveriam ir direto para as mãos destes profissionais. Seria interessante ter uma comunicação interna entre as salas e a recepção.

2. Como o atendimento no Ambulatório é mais reduzido, o BAM poderia ser visualizado pelo médico através do SIGH, inclusive facilitando o registro do atendimento direto no sistema. Para isso, seria interessante criar um impresso para o paciente se direcionar ao serviço. O que reduziria a perda de informações por extravio do BAM.

3. Registro no SIGH pelos profissionais da triagem. Atendimento on line.

4. Implantação de um projeto de consultas resolutivas, composto por uma equipe de médicos de suporte. Estabelecimento de protocolos.

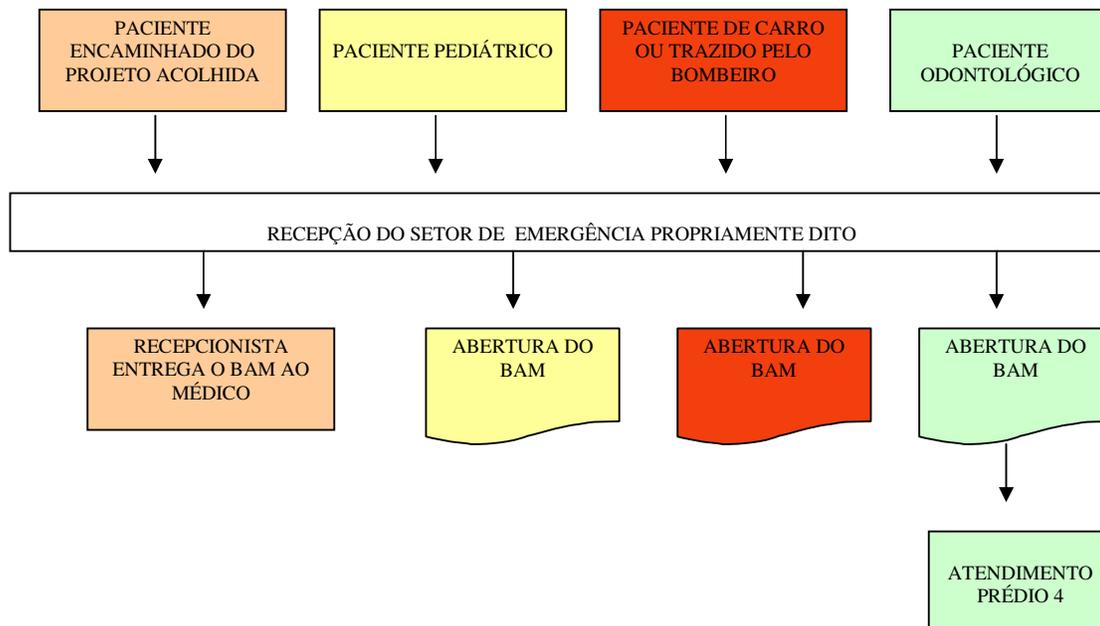
5. Registro das fichas manuscritas no SIGH para evitar a perda de informação.

#### ***4.1.3 Setor de Emergência Propriamente Dito (Prédio 1):***

##### *4.1.3.1 Recepção do Setor de Emergência Propriamente Dito (Prédio 1):*

Composta por 2 recepcionistas. O paciente chega com o BAM aberto se a enfermeira da triagem julgar que é um caso de emergência, ou pode chegar ainda sem BAM em casos de risco iminente de vida, em caso de pediatria ou em casos que os pacientes conhecem bem a instituição e burlam a passagem pelo Setor de Acolhimento e Projeto Acolhida, indo diretamente ao setor de emergência. Os recepcionistas são responsáveis pela entrega do BAM ao médico no primeiro caso, e nos demais casos são responsáveis pela abertura do BAM, podendo direcionar o paciente à pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, odontologia ou ortopedia, de acordo com a queixa do paciente. A figura a seguir representa melhor esta situação:

Figura 13: Representação gráfica do fluxo do Setor de Emergência Propriamente Dito.



*Principais Problemas Identificados:*

1. Abertura desnecessária de BAM e conflitos com os médicos do setor. Pelo fato dos recepcionistas não serem capacitados para avaliar se os casos que chegam diretamente a recepção são emergências propriamente ditas, abrem BAMs sem nenhum critério (pois se julgam responsáveis pelo que possa vir a ocorrer com o paciente caso neguem o atendimento) e acabam gerando conflitos com os médicos do setor.
2. Os recepcionistas preenchem o BAM, em seu campo de especialidade provável, de acordo com a queixa do paciente. Como não possuem capacidade técnica e nem ao menos foram treinados para realizar tal função, esta informação torna-se pouco confiável.
3. Ausência de protocolos.

4. Acúmulo de funções/sobrecarga de trabalho dos recepcionistas: abertura de BAM, localização de paciente e entrega de resultado de exames.
5. Quando o sistema está fora do ar, os BAMs são abertos em fichas de papel com número de matrícula já programado. Não são digitados no SIGH posteriormente.

*Propostas:*

1. Treinamento e/ou atualização dos recepcionistas a respeito de classificação de risco, critérios de admissão na emergência e fluxos. Revisão da planta física do hospital devido à existência de inúmeras portas de entrada.
2. Este campo deveria ser preenchido após avaliação médica, como isto ainda é inviável seria interessante realizar um treinamento para os recepcionistas visando minimizar os erros.
4. Criação e implantação de protocolos.
5. Definição de atribuições e funções.
6. Repassar todas informações de identificação do paciente para o SIGH.

*4.1.3.2 Setor De Emergência Adulta e Pediátrica:*

Dividido em emergência adulto e pediátrico. Conta com 16 leitos no repouso masculino, 11 no repouso feminino, 11 no repouso pediátricos, 07 de UTI e 1 “*shock room*”. Sua equipe é composta por: 1 Chefe médico do setor, 1 chefia médica do plantão e 1 chefia de enfermagem, 1 secretária, 1 funcionário administrativo, 1 assistente social, 17 Médicos, 5 Enfermeiras plantonistas, 4 enfermeiras diaristas e 19 auxiliares de enfermagem. Devido à demanda de 500 à 1000 pacientes/dia, necessita-se diariamente da abertura de leitos extras (macas).

Nenhuma informação sobre a assistência prestada ao paciente é registrada no SIGH. A secretária do setor afirma que seria necessário ter funcionários administrativos exclusivos para digitar os dados do BAM no sistema. Segundo a mesma, antigamente

isto era possível já que o setor possuía três funcionários administrativos responsáveis apenas por esta atividade.

Tanto a secretária, quanto a enfermagem realizam diariamente o censo apesar destes possuírem algumas diferenças entre si. O censo da enfermagem apenas localiza o leito utilizado pelo paciente, o da secretária também conta com informações como data de entrada, idade do paciente e diagnóstico médico.

Exames laboratoriais são coletados dentro do setor, mas a análise é feita no prédio 05 e desta forma torna-se necessário que um profissional transporte o material até lá e depois retorne para pegar o resultado. Este fato retarda muitas vezes a liberação do paciente, o que poderia ser facilitado pela disponibilização de terminais que possibilitassem o acesso de resultados destes exames.

Os pacientes internados, cirúrgicos, ou que vão ao óbito são os únicos pacientes do Setor de Emergência Propriamente Dito que podem ser parcialmente rastreados, pois o Setor de Internação e Alta, o Centro Cirúrgico e Necrotério, respectivamente, informam via SIGH a origem, o destino e algumas informações sobre o atendimento do paciente. Nas demais situações, como pacientes que ficam em observação por menos de 24 horas ou pacientes que são consultados e/ou medicados e recebem alta, a informação disponível é apenas a do BAM (que não vai para o sistema de informação) e desta forma torna-se inviável sua utilização gerencial.

#### *Problemas Identificados:*

1. Nenhuma informação assistencial alimenta o SIGH.
2. Re-trabalho na realização do censo da emergência.
3. O censo não é disponibilizado on line.
4. A tuberculose é a única doença de notificação compulsória investigada pois a farmácia só libera o medicamento com a ficha preenchida.

5. Os resultados de exames laboratoriais e de imagem demoram a ser entregues. O sistema deste setor não é o SIGH e os dois não se integram.
6. O setor possui diversos impressos padronizados exclusivamente para o setor, que não entram no SIGH.
7. Inexistência de censo hospitalar on line para visualização de vagas nas enfermarias do HGB que possibilitasse a transferência de pacientes. .
8. Membros da equipe não acessam o SIGH.

*Propostas:*

1. Identificação das informações que realmente necessitam ir pro SIGH, através de reunião com o Colegiado da Emergência. Implantação de um projeto para “alimentação” de informações do BAM e prontuário do paciente no SIGH. Tempo ideal: 24 horas no máximo.
- 2/3/4. Realização de único censo on line. Facilitaria inclusive o trabalho da Vigilância Epidemiológica, que atualmente realiza busca ativa (através de ronda) diariamente no setor.
5. Instalação de terminais para a verificação de resultados de exames em tempo real.
6. Padronizar impressos.
7. Censo on line de todo Hospital.
8. Ampliar o número de computadores e sensibilizar a equipe quanto a importância das informações para tomada de decisão.

*4.1.3.3 Recepção do Setor de Emergência Obstétrica (Prédio 2):*

O setor possui dois funcionários (recepcionistas) que abrem os BAM's das pacientes gestantes que chegam encaminhadas do setor de acolhimento, e direcionam/orientam as demais pacientes que chegam para consulta ou internação.

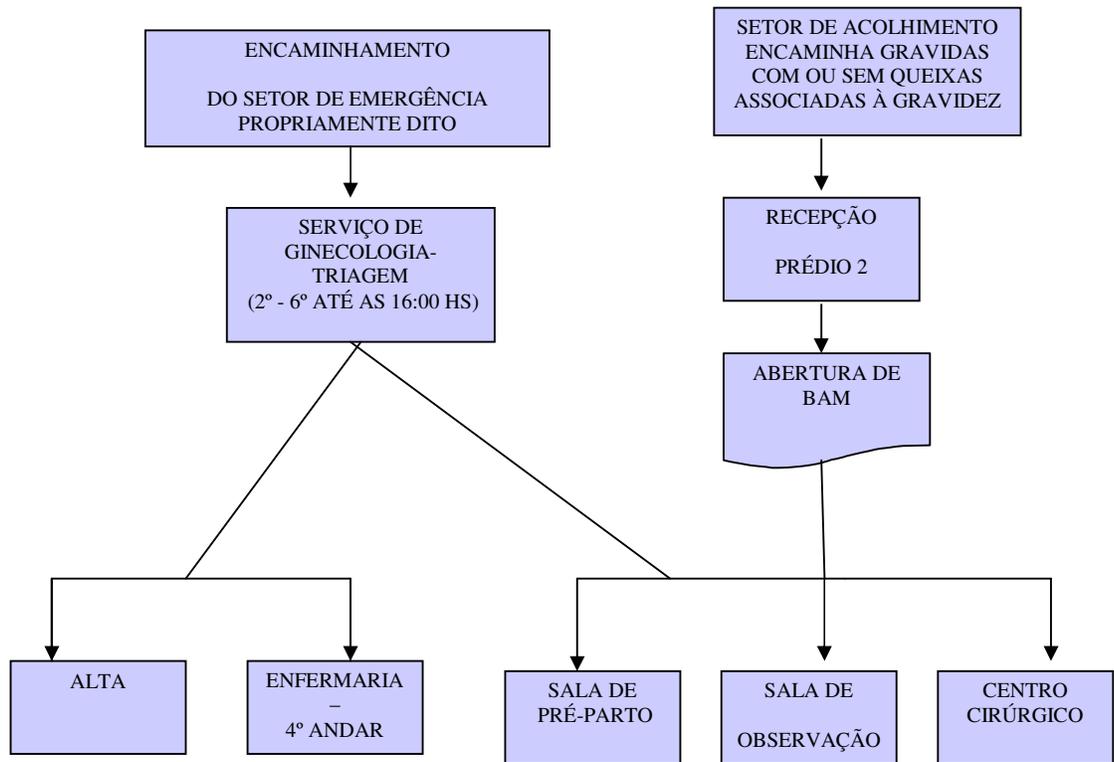
#### *4.1.3.4 Setor de Emergência Obstétrica (Prédio 2):*

O serviço funciona no 5º andar do prédio 2. Possui uma sala de pré-parto com 5 leitos, mas geralmente disponibiliza leitos extras para conseguir absorver a demanda. Ainda, possui uma sala de observação que conta com 5 leitos.

No mesmo prédio existe um serviço de ginecologia (funciona de 2º a 6º até às 16:00 horas) que absorve casos ginecológicos emergenciais encaminhados pelos médicos da emergência (prédio central). Este serviço faz uma espécie de triagem, absorvendo os pacientes que não necessitam de emergência obstétrica. Após às 16:00 horas e nos fins de semana, por não haver funcionamento do setor, acaba ocorrendo uma sobrecarga de serviço na emergência deste prédio.

Os problemas identificados se assemelham aos do Serviço de Emergência Adulta e Pediátrica, portanto não serão discutidos novamente. O fluxo deste serviço se apresenta logo abaixo:

Figura 14: Representação gráfica do fluxo da Emergência ginecológica e obstétrica do HGB.



## 4.2 Análise dos Questionários

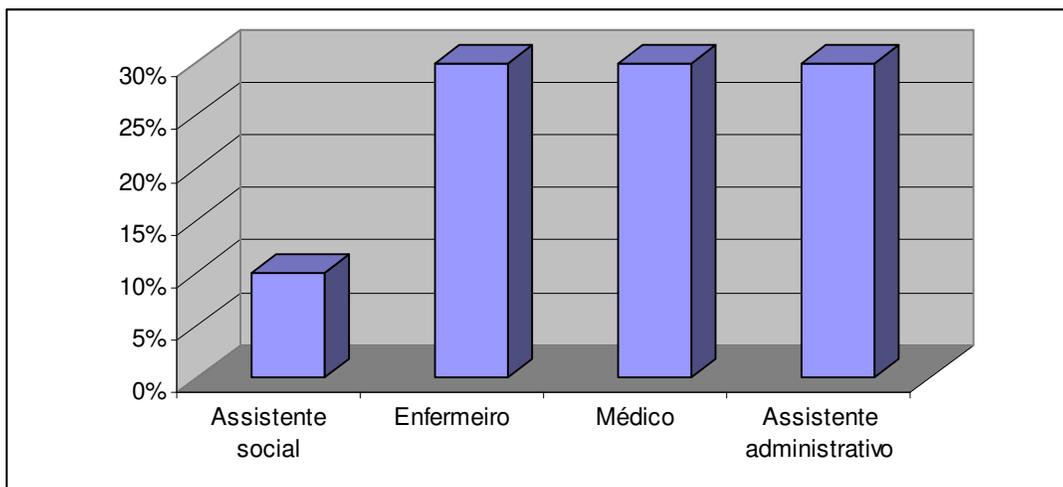
Foram entrevistados 10 profissionais que atuam nos 3 subsetores que compõem a divisão de Emergência do HGB, durante o mês de outubro de 2005. Optou-se por entrevistar profissionais ligados diretamente a gestão do setor e/ou aqueles que utilizam o sistema de informação do serviço de emergência hospital no seu processo de trabalho. O resultado da análise dos questionários auxilia os momentos 2, 3, 4 e 5 descritos no capítulo 3 – Material e Métodos e, será dividido de acordo com os blocos de perguntas, a seguir:

### *Bloco I: Dados de identificação*

O Primeiro bloco teve por objetivo traçar o perfil do profissional entrevistado, identificando suas características físicas e profissionais.

A distribuição dos entrevistados por categoria profissional se deu da seguinte forma:

Figura 15: Distribuição dos profissionais entrevistados na Divisão de Emergência do HGB, por categoria profissional:



*Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.*

Quanto à função exercida no setor, pode-se perceber que a maioria dos profissionais acumulam funções, demonstrando o déficit de recursos humanos da instituição e a sobrecarga de trabalho:

- 6 (60%) profissionais realizam atividades assistenciais e gerenciais;
- 2 (20%) realiza atividades gerenciais e administrativas;
- 2 (20%) realizam atividades apenas administrativas.

Também foi identificado o tempo que estes profissionais vêm exercendo suas respectivas atividades nestes subsetores. Encontramos 90% dos entrevistados trabalhando há mais de 2 anos na mesma função. Apenas uma funcionária trabalhava há apenas 6 meses. Esse tempo de permanência na função é de grande importância para o desempenho positivo do trabalho.

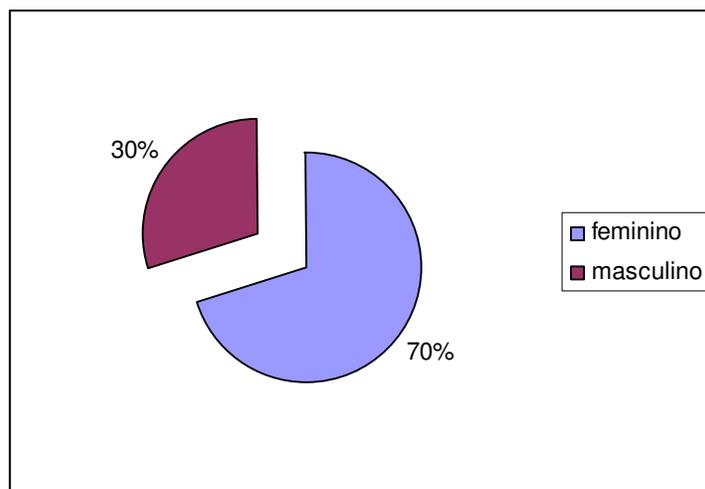
Figura 16: Distribuição dos profissionais entrevistados por tempo de trabalho na função atualmente exercida.

Tempo de função	N	%
De 6 meses a 1 ano	1	10
de 2 a 3 anos	2	20
de 3 a 4 anos	2	20
de 4 a 5 anos	2	20
de 5 a 6 anos	2	20
+ de 6 anos	1	10
Total	10	100

*Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.*

Em relação ao sexo, 70% dos entrevistados são do sexo feminino e 30% do sexo masculino, situação bastante comum nos serviços de saúde pública, como demonstra a tabela abaixo:

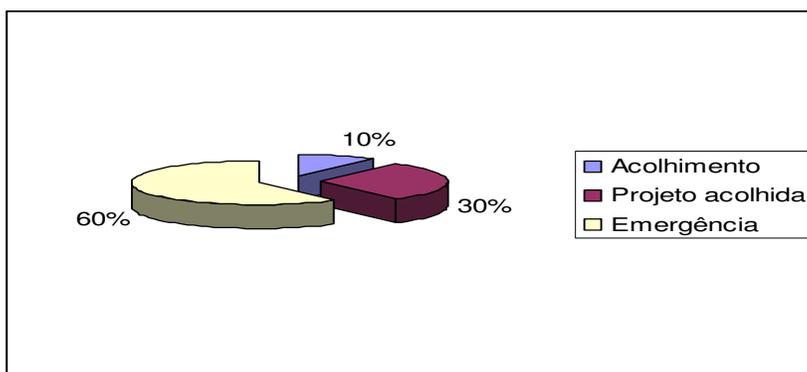
Figura 17: Distribuição dos entrevistados por sexo.



Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.

A seleção dos profissionais entrevistados foi realizada de forma representativa, tentando-se coletar informações de profissionais que utilizam o sistema de informação no seu processo de trabalho, ou profissionais que utilizam ou deveriam utilizar o SIGH para a prática gerencial, se apresentando da seguinte forma:

Figura 18: Distribuição dos entrevistados pelo subsetor de trabalho na Divisão de Emergências.



Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.

## ***Bloco II - Processo de Geração da Informação***

O segundo bloco do questionário procurou identificar as principais atividades que estes profissionais realizam ao longo de seu processo de trabalho e principalmente o local onde as informações oriundas destas atividades são registradas. No total foram citadas 7 atividades, mas como em média são realizadas 3 atividades por entrevistado, tivemos um total de 32 atividade, sendo elas registradas em diferentes mídias: livros, planilhas eletrônicas, sistema de informação, etc.

Figura 19: Distribuição das atividades realizadas pelos entrevistados e as mídias correspondente ao registro destas atividades.

ATIVIDADES	REGISTRO DAS ATIVIDADES	N	%
Orientação ao paciente	Não há registro	7	21,8
Consulta/Assistência	Prontuário, BAM	5	15,6
Consulta/Assistência	Não há registro	1	3,1
Gestão	Livro de Ocorrência	5	15,6
Gestão	Não há registro	1	3,1
Gestão	SIGH – apenas para pedido de material, farmácia	2	6,25
Gestão	Planilha eletrônica para gestão de pessoal	2	6,25
Gestão	Atas de reunião de colegiado, grupo técnico de Emergência do CREMERJ, grupo de Emergência com o Ministério público	1	3,1
Realização do censo	Livro de enfermagem	1	3,1
Realização do censo	Planilha eletrônica	2	6,25
Agendamento de consultas e cirurgias	SIGH	3	9,4
Abertura de BAM	SIGH ou livro de ocorrência se estiver sem rede	1	3,1
Solicitação de leitos em outras unidades	Não há registro	1	3,1
Total		32	100

Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.

Observa-se na tabela acima, que nenhuma orientação fornecida ao paciente é registrada. A maioria destas orientações se refere ao desconhecimento dos pacientes sobre os

serviços e exames existentes dentro do HGB ou na rede de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro. Este não registro se traduz em uma situação que inviabiliza a reversão deste quadro, uma vez que continuaremos sem saber quais os principais serviços demandados e dentre estes, quais são os menos ofertados pela rede. O não registro da solicitação de vagas em outras unidades colabora para o agravamento desta situação.

Em relação às consultas médicas ou atendimentos de enfermagem e serviço social, dos 6 profissionais envolvidos, 1 (16,7% do total) relata não anotar as informações sobre a situação de saúde do paciente em prontuário ou BAM. Este dado causa um certo espanto, devido à importância do registro, anteriormente discutida.

Em relação à gestão do setor, nota-se que o instrumento mais usado ainda é o livro de ocorrências. O SIGH se traduz ainda como um instrumento incipiente, neste setor, para o gerenciamento de seu processo de trabalho. E, apesar do colegiado já estar funcionando há aproximadamente 2 anos, apenas 1 entrevistado confirmou sua importância como instrumento gerencial.

Quanto à realização do censo, notamos a existência de duas metodologias para sua realização e conseqüente falta de integração entre as categorias profissionais.

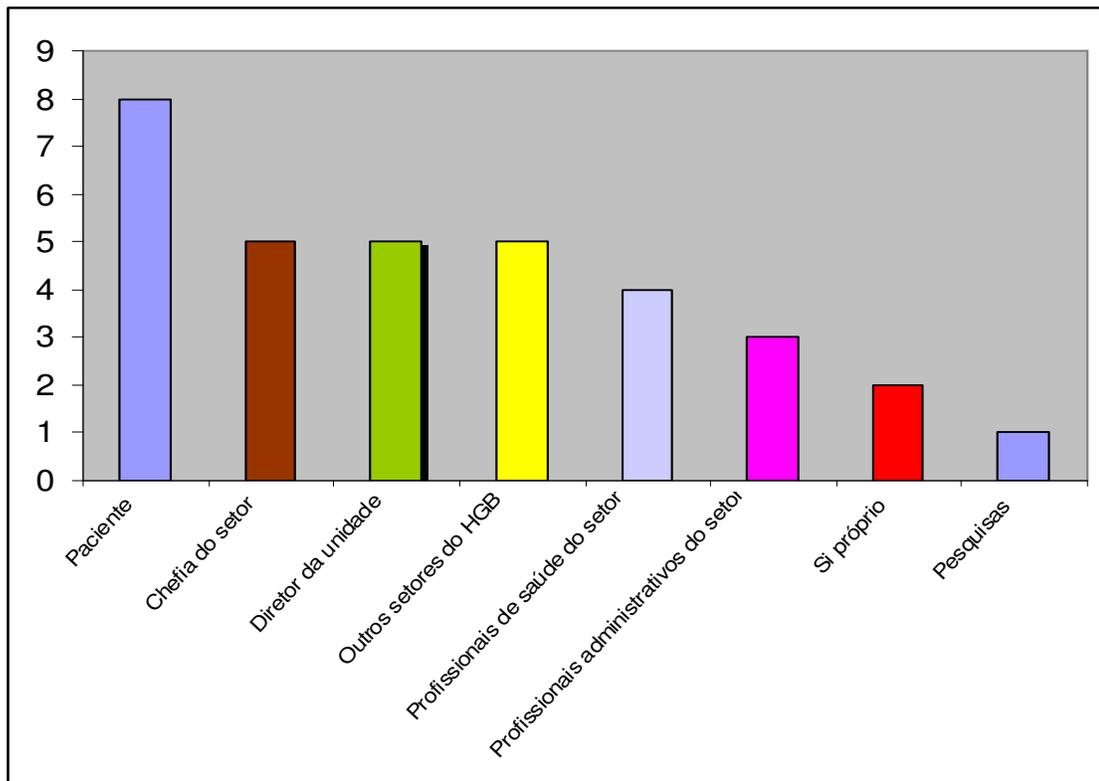
Ainda, a tabela apresenta que o SIGH é eficiente para o agendamento de consultas e cirurgias e abertura de BAMs, sendo o único instrumento usado nesta atividade. Eventualmente, quando o computador apresenta problemas operacionais (falta de rede), os BAMs são abertos em livro de registro, mas não são posteriormente registrados no sistema, o que gera um subregistro do número de pacientes atendidos no setor.

### ***Bloco III - Uso Da Informação***

O terceiro bloco do questionário procurou identificar alguns aspectos importantes quanto ao uso da informação para o processo de trabalho do setor.

De acordo com a figura abaixo podemos verificar que 80% dos entrevistados consideram as informações produzidas ao longo de suas atividades importantes para os pacientes. Em seguida, 50% consideram importante para a chefia do setor, para o diretor geral do HGB e para os outros setores do hospital; 40% consideram importante para os profissionais de saúde voltados para a assistência e 30% julgam importante para o trabalho administrativo do setor. Por último, 20% consideram importante para realizar suas próprias atividades e apenas 10% acreditam que estas informações podem originar pesquisas e trabalhos científicos.

Figura 20: Distribuição das respostas dos entrevistados quando questionados quanto aos principais interessados nas informações produzidas em seu setor.



Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.

Os entrevistados que responderam produzir informações importantes para outros setores do HGB, citaram o ambulatório e o Serviço de Informática. Causou estranheza a citação deste último setor já que as funções exercidas pelo mesmo na instituição são unicamente operacionais e especializadas em sua área de atuação.

Os dez entrevistados relataram depender de informações ou indicadores, produzidas por outros atores, para a realização de suas atividades. Citaram principalmente necessitar de informações sobre: **critérios de atendimento e agenda dos médicos do ambulatório**, conseguidos através de solicitação à chefia do ambulatório e do próprio SIGH, respectivamente; **diagnóstico e motivo de permanência do paciente** resgatados no censo ou por contato direto pessoa-pessoa; **disponibilidade de leitos para transferência em outras unidades da rede** conseguida através de ligação para as diversas unidades; **disponibilidade de leitos nas diversas clínicas do hospital** conseguidas por meio de ligação ou por envio de um funcionário administrativo do setor às enfermarias para verificar a ocupação dos leitos; **serviços existentes nas APs** através de busca na Internet ou materiais instrutivos; **procedência dos pacientes** através do SIGH; **infecção hospitalar e ouvidoria**, através de relatórios gerenciais produzidos por estes setores e **medicação, diluição e validade de medicamentos** pela farmácia através de ligação para o setor.

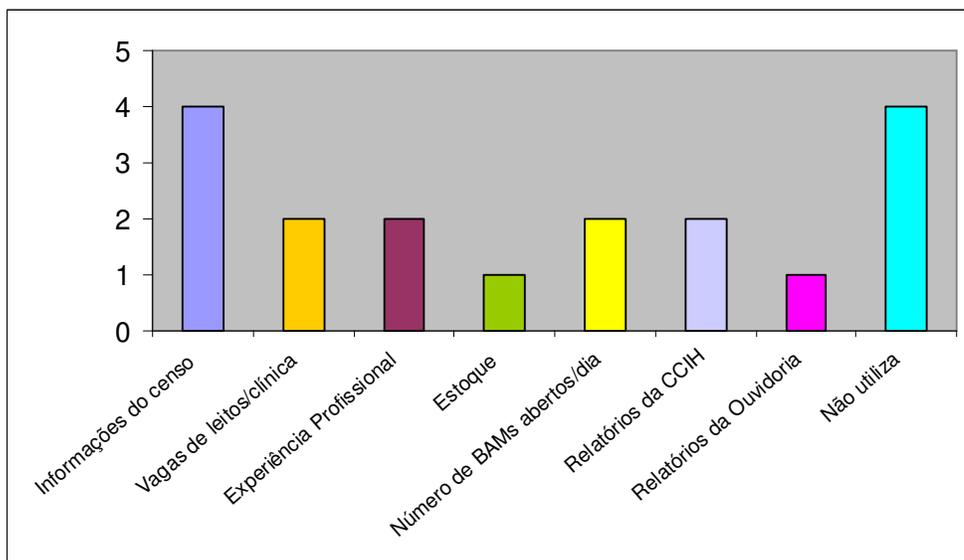
Este fato demonstra que não existe um mecanismo de acesso às informações, sendo a grande parte delas fragmentadas e restritas ao setor responsável. A exceção disto, se encontram a CCIH e a ouvidoria que produzem relatório e os divulga aos setores envolvidos.

Esta situação confirma a insatisfação de 70% dos entrevistados quando questionados quanto ao tempo de disponibilização das informações e 80% quanto ao formato das mesmas. As principais reclamações se dão em relação ao registro de médicos e de enfermagem nos prontuários e BAMs, à má qualidade dos dados disponibilizados no censo por ser este realizado por profissional não técnico, à baixa confiança que possuem nas informações dadas por telefone, e pela desatualização de informações conseguidas em Internet ou outros materiais instrutivos.

A figura a seguir demonstra quais indicadores/informações os entrevistados utilizam para gerenciar o setor. No questionário, apenas 2 profissionais haviam relatado

diretamente, não utilizá-los, mas durante sua análise foi possível identificar mais dois profissionais que não fazem uso destes para gestão. Daqueles que utilizam, 4 o fazem diariamente e 2 de forma irregular ou diante de problemas pontuais.

Figura 21: Informações/indicadores utilizados pelos entrevistados para gerenciar o setor.



Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.

Quando questionados sobre quais informações gostariam de monitorar para gerenciar o setor, apenas 2 questionários não possuíam resposta, nos demais foi encontrado: taxa de morbidade, taxa de mortalidade, número de pacientes/dia internados na emergência, número de transferências internas e externas por clínica, número de vagas disponíveis intra e extra hospitalar, escala de pessoal e censo confiável. A maioria das respostas demonstra que, atualmente, isto ainda não é possível pela alta dependência de disponibilização destas informações por outros setores internos ou externos ao hospital e pela inexistência de alimentação adequada do SIGH.

Seis entrevistados relatam utilizar o SIGH como instrumento gerencial, principalmente para controle de material e recursos humanos, identificação de número de leitos disponíveis por clínica, levantamento do número de consultas ambulatoriais disponíveis para a acolhida e levantamento do quantitativo de consultas realizadas pela acolhida e emergência. Entretanto, 2 (33,3%) destes, ao longo da resposta relataram não ser um instrumento confiável.

Dentre os 4 entrevistados que não o utilizam, 2 (50%) por não fazer parte de suas atividades e os outros 2 (50%) por falta de tempo e de computador.

### **4.3 Colegiado da Emergência**

Após a coleta de dados e análise da rotina do processo de trabalho da Divisão de Emergência e da análise dos questionários realizados com uma amostra de profissionais dos 3 setores da divisão, foi montada uma planilha com todos os problemas identificados e algumas propostas de ação. Esta planilha foi levada ao Colegiado da Emergência para discussão e definição dos profissionais responsáveis pela realização das ações e os prazos para a realização das mesmas.

Durante quatro reuniões foram discutidos os problemas encontrados e as propostas de ações para revertê-los. Como ao longo das discussões foram identificados novos problemas e sugeridas novas propostas pela equipe colegiada, estes foram incorporados ao trabalho.

Em outras duas reuniões foram definidos profissionais responsáveis por cada ação e o prazo para a realização das mesmas. Apesar dos profissionais terem sido identificados por nomes, para aumentar a responsabilização pela execução das ações, estes não serão identificados neste trabalho uma vez que o termo de compromisso firmado para a participação na pesquisa, anulava a identificação dos mesmos. Assim sendo, na figura abaixo, ao invés do nome destes profissionais será possível visualizar o setor responsável, apenas para facilitar a compreensão sobre o plano. De tal forma que a planilha se apresentou da seguinte forma:

Figura 22: Plano estratégico para melhoria da informação da Divisão de Emergência do HGB.

<b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS</b>	<b>PROPOSTAS</b>	<b>SETOR RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
<b>Setor de Acolhimento</b>			
Falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis na rede.	Solicitar à CAP 3.1 a grade de oferta de consultas ambulatoriais das unidades de saúde da área, enviar a grade do HGB à CAP 3.1 e disponibilizá-la ao Setor de Acolhimento.	Residente de Saúde Pública	1 semana
Inexistência de registro da demanda reprimida	Criação de módulo no SIGH.	Divisão de Tecnologia de Informação	2 meses para implantação
Aviso tardio do término de vagas ambulatoriais de clínica geral destinada ao Projeto Acolhida	Orientar todos os pacientes que serão encaminhados para o Projeto Acolhida que estes serão atendidos por uma enfermeira e uma assistente social, independente de ter ou não vaga na clínica geral. (treinamento de recepcionistas)	Serviço de Hotelaria	1 semana para iniciar o treinamento, mas este deverá ser permanente

## Projeto Acolhida

Perda de informação do BAM de posse do paciente	Acesso interno entre as salas de atendimento e a recepção. Nesse caso, a própria recepcionista entregaria o BAM a enfermeira e a assistente social, evitando que o BAM fique de posse do paciente.	Serviço de Engenharia	1 semana
Nenhuma informação do atendimento é registrada no SIGH.	Projeto para implantação de um processo de trabalho que viabilize a alimentação do BAM no SIGH. (levantamento de recursos)	Serviço de Hotelaria, Divisão de Tecnologia de Informação e Chefia da Divisão de Emergência	1 mês para levantamento de recursos
Consultas pouco resolutivas	Implantação de um projeto de consultas resolutivas, composto por uma equipe de médicos de suporte.	Direção Adjunta, Divisão Médica, Divisão de Recursos Humanos e chefia de Clínicas cirúrgicas da Divisão de Emergência	2 meses
	Estabelecimento de protocolos.	Chefia de clínica cirúrgica e de clínica médica da Divisão de Emergência	2 semanas para definição de prioridades
	Alocação de residentes de clínica médica no Projeto Acolhida	Direção Adjunta, Divisão Médica	2 semanas

<p>Baixa autonomia da equipe do Projeto Acolhida em relação aos casos ginecológicos – é necessário encaminhamento do Setor de Emergência</p>	<p>Pactuação entre Projeto Acolhida, Setor de Emergência e Serviço de Ginecologia</p>	<p>Chefia de clínica cirúrgica da Divisão de Emergência e Chefia do Serviço de Ginecologia</p>	<p>1 semana</p>
<p>Abertura de ficha em papel (BAM) com número de ocorrência já programada, quando o hospital está sem rede. Esta informação não vai para o SIGH.</p>	<p>Repasse de todas as informações para o SIGH e definição de atribuições dos recepcionistas</p>	<p>Serviço de Hotelaria e Colegiado da emergência</p>	<p>1 semana</p>

<b>Setor de Emergência</b>			
Problemas de identificação dos pacientes que mudam de local na emergência.	Pulseiras de identificação para todos os pacientes internados e em observação. Identificação em todas as macas.	Chefia de clínica médica e de enfermagem da Divisão de Emergência	1 semana
	Caixa de madeira para prontuário, com ganchos de fixação na maca.	Serviço de engenharia	1 mês
Acumulo de funções/sobrecarga de trabalho dos recepcionistas: abertura de BAM, localização de paciente e entrega de resultado de exames.	Definição de atribuições.	Colegiado da emergência	Pauta da próxima reunião de colegiado  (1 semana)
Falta de treinamento para avaliação dos casos, o que acarreta em abertura desnecessária de BAM.	Treinamento e/ou atualização dos recepcionistas, maqueiro, vigilante, técnico de laboratório a respeito de classificação de risco, critérios de admissão na emergência e fluxos.	Chefia de clínicas cirúrgicas da Divisão de Emergência, Enfermeira do setor de emergência	2 semana (para esboço do curso)
	Redefinição de portas de entrada para o Setor de Emergência	Serviço de Segurança e síndico do prédio	1 semana

Nenhuma informação assistencial alimenta o SIGH.	Implantação de um projeto para registro de informações do BAM e prontuário do paciente no SIGH. (levantamento de recursos) Tempo ideal: 24 horas no máximo	Serviço de Hotelaria, Divisão de Tecnologia de Informação e Chefia da Divisão de Emergência	1 mês para realizar o levantamento de recursos
	Discussão sobre as informações que devem ser contempladas no sistema	Colegiado da emergência	Pauta de reunião – 1 mês
Re-trabalho na realização do censo do setor de emergência. O censo não é disponibilizado on line.	Realização de um único censo on line.	Divisão de Tecnologia de Informação e Chefia de clínicas cirúrgicas da Divisão da Emergência	2 meses
Os laudos de exames laboratoriais e de imagem demoram a ser entregues. O sistema deste setor não é o SIGH e os dois não se integram.	Instalação de terminais para a verificação de laudos em tempo real.	Divisão de Tecnologia de Informação Calmon e Chefia da Divisão de Infra-estrutura	1 mês
	Pactuação entre emergência e laboratório – priorização do setor para a realização de exames.	Chefia da Divisão de Emergência e Chefia do laboratório	1 semana

Pouca interação entre ambulatório e emergência – paciente ambulatorial entra pela emergência para conseguir internação ou exames.	Pactuação entre os setores. Redefinição do fluxo.	Chefia da Divisão de Emergência, Chefia do Ambulatório, Assessoria de Planejamento, Divisão Médica	15 dias
Encaminhamento para o serviço de ginecologia (funcionamento de 2º a 6º até às 16:00). Após às 16:00 horas e nos finais de semana ocorre sobrecarga no Setor de Emergência Obstétrica.	Implantação da especialidade de ginecologia na Emergência.	Direção Adjunta e Divisão Médica	1 mês
	Pactuação com chefia da emergência, ginecologia e obstetrícia e acolhida.	Chefia do Serviço de Emergência, Assistente Social do Projeto Acolhida e Chefia do Prédio da Maternidade	1 mês

Fonte: Entrevista realizada com profissionais da Divisão de Emergência do HGB, 2005.

Após a elaboração desta planilha, foi acordado que haveria uma reunião mensal do Colegiado da Emergência para prestação de contas. Assim, poderiam ser discutidas as dificuldades para a realização de algumas ações, estratégias para facilitá-las, novos prazos e, principalmente, comprovada a realização das ações, nivelando o conhecimento do colegiado sobre o plano.

## 5. CAPÍTULO V - DISCUSSÕES

As diversas literaturas consultadas apontam para uma utilização ainda insuficiente, por parte dos gestores de instituições públicas de saúde, de informações consistentes e estruturadas para a tomada de decisão, em contraposição com o avanço tecnológico e sua incorporação na gestão de outras áreas. Entretanto, o Sistema Único de Saúde atravessa uma crise financeira que demanda a utilização de mecanismos gerenciais capazes de priorizar ações e otimizar recursos, sendo a TI um dos principais instrumentos capazes de contribuir para a reversão desta situação, seja propiciando discussões sobre o processo de trabalho, seja subsidiando o processo decisório.

Se temos tantos sistemas de informação disponíveis atualmente, sejam eles de código aberto ou proprietários, porque será que esta situação ainda não foi revertida? Este trabalho corrobora com a afirmação acima e parte da premissa que um sistema de informação só será capaz de fornecer informações fidedignas sobre uma instituição se o mesmo subsidiar e der suporte efetivo ao processo de trabalho da mesma.

No caso da Divisão de Emergência do HGB, notamos que as informações existentes são insuficientes e incapazes de subsidiar a gestão do serviço. A adequação ao processo de trabalho torna-se ainda mais difícil neste local, pelo fato de ser um serviço que lida diariamente com uma demanda excessiva de pacientes, ocasionada dentre outros fatores pela deficiência e precariedade da rede de serviços de atenção básica. Ainda, os recursos humanos apresentam alta rotatividade e não são facilmente contratados, pois a sobrecarga de trabalho ocasiona transtornos físicos e psíquicos a estes profissionais.

Por outro lado, por se tratar de um serviço crítico e complexo, cujas dificuldades acima relatadas repercutem na qualidade do atendimento prestado ao paciente e na sua própria condição de saúde, não pode ser deixado de lado. Ou seja, forma-se um círculo vicioso (demanda excessiva – sobrecarga de trabalho – baixa qualidade do atendimento prestado – baixa qualidade e quantidade de informação) que será minimizado se tivermos informações reais, em tempo hábil, que possibilitem tomadas de decisão.

Apesar do objetivo deste trabalho ser a elaboração de um plano estratégico de suporte efetivo do SIGH ao processo de trabalho da Divisão de Emergência, visando obter a adesão dos profissionais ao registro dos dados e viabilizar o uso da informação como ferramenta gerencial, não foi possível tornar a inversa nula, ou seja, foram sugeridas propostas de mudança de alguns processos. Este fato foi inevitável por lidarmos com vidas. Diante disto, tornou-se uma questão técnica sugerir ações que propiciassem a melhoria da qualidade do atendimento prestado na divisão.

O Colegiado da Emergência, como instância decisória, demonstrou-se um forte aliado disposto a melhorar e a utilizar a informação do serviço. Esse fato se traduziu ao longo da montagem do plano estratégico e, principalmente, da matriz de responsabilização. O apoio da direção neste processo também foi decisivo, reconhecendo a informação como um eixo fundamental para sua gestão.

Em relação à gestão da Divisão de Emergência, nota-se que o instrumento mais usado ainda é o livro de ocorrências. O SIGH se traduz ainda como um instrumento incipiente, para o gerenciamento de seu processo de trabalho. A análise do SIGH demonstrou que este possui inúmeras potencialidades que são subutilizadas e algumas deficiências que precisam ser superadas. Mas, o principal problema encontrado foi a dificuldade de “alimentar” o sistema diante de um processo de trabalho tão conturbado. O fato das informações de morbidade e mortalidade serem registradas manualmente sem qualquer padronização (tabelas) dificulta seu uso contínuo para o processo gerencial.

O Setor de Acolhimento representa uma importante iniciativa uma vez que orienta e acolhe os pacientes que demandam os serviços do HGB. O fato das informações produzidas neste setor não serem registradas, mantém o quadro encontrado, uma vez que continuaremos sem saber quais os principais serviços demandados e dentre estes, quais são os menos ofertados pela rede, inviabilizando pactuações entre as instituições de saúde e a organização da rede de serviços públicos.

O Projeto Acolhida funciona como um “filtro” dos casos a serem atendidos pelo setor de emergência propriamente dito, mas possui suas funções limitadas pela falta de uma equipe médica que seja capaz de resolver, de fato, os problemas dos pacientes que são atendidos neste setor. A implantação de um projeto de consultas resolutivas, composto por uma equipe de médicos de suporte, o estabelecimento de protocolos e a alocação de

residentes de clínica médica no Projeto Acolhida foram algumas propostas capazes de solucionar esta situação. Vale lembrar que a dificuldade em fixar os médicos neste setor deve-se aos mesmos motivos citados anteriormente em relação à Divisão de Emergência.

O setor de emergência propriamente dito é o mais prejudicado. Sua alta dependência em relação aos outros setores do HGB dificulta, e muito, sua melhoria. Um exemplo disto é o fato das clínicas cirúrgicas do hospital não priorizarem ou disponibilizarem leitos para os pacientes da emergência. Apesar de não ser alvo deste estudo o gerenciamento de leitos da instituição com a disponibilização de cotas para a Divisão de Emergência será levado para discussão e provavelmente contratualizado com os diversos setores, através da garantia de benefícios.

Nota-se que no HGB as informações encontram-se fragmentadas por setor e que não existem mecanismos efetivos de comunicação que possibilitem um nivelamento das informações e um conhecimento global da instituição por parte de seus funcionários e dirigentes. O fato da Divisão de Emergência ser um serviço historicamente repellido pelo resto da instituição, potencializa esta problemática.

A Divisão de Emergência ainda é vista como o “patinho feio” da instituição e infelizmente os profissionais do HGB, interessados no seu crescimento e melhoria, possuem baixa governabilidade para mudar este quadro. Este é o primeiro passo de muitos que deverão ser dados, mas não menos importante.

## 5.1 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

O Hospital Geral de Bonsucesso encontra-se no centro de disputas políticas. Trata-se de uma instituição que conviveu com longas fases de instabilidade gerencial, mas que recentemente, de 2000 a 2004, teve uma direção sólida que alavancou sua imagem à nível nacional. Os principais avanços podem ser analisados a seguir <sup>49</sup>:

- Em maio de 2002 foi estabelecida parceria entre Ministério da Saúde e a Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá, que determina que o HGB seja o centro de ensino dos alunos do Curso de Medicina, durante toda a sua formação profissional.
- Alcançou o 3º lugar no ranking nacional da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos em termos de número de transplantes renais no primeiro semestre de 2004.
- Se destacou como única unidade no Estado do Rio de Janeiro que realiza transplantes hepáticos e renais pediátricos
- O Centro de Atenção Cardiovascular do HGB completou, em setembro de 2004, cinco anos de funcionamento do Programa de Cirurgia Cardíaca nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde
- Desde 2004 o hospital vem participando do processo de Certificação como Hospital de Ensino, conduzido pelos Ministérios da Saúde e da Educação.
- O HGB passou a divulgar todas suas compras e contratações no Banco de Preços/Gestor, na página [www.nerj.rj.saude.gov.br](http://www.nerj.rj.saude.gov.br), onde qualquer pessoa pode averiguar se o preço pago por uma seringa ou por um equipamento biomédico é compatível com os preços de mercado. O novo relacionamento estabelecido com os fornecedores levou à redução substancial de preços e, hoje, os preços praticados no HGB são referência para o mercado.

No ano de 2005, ano em que este trabalho foi iniciado, a direção geral do hospital forneceu forte apoio e foi fator fundamental para a realização do mesmo. No final do primeiro semestre deste mesmo ano, nova mudança de direção ocorreu e assim, mais uma ocorreu até o final deste ano.

Em um ambiente de tamanha instabilidade, não podemos deixar de levar em conta a motivação dos profissionais diretamente envolvidos em projetos institucionais, que se tornam impotentes diante de tantas mudanças. Mudanças estas que podem ir ainda mais além e repercutir em alterações de foco dos projetos, de ideologia, de equipe de trabalho, de cargos de chefia, de interesses, etc.

Este trabalho foi limitado por estas mudanças, pois durante a realização do trabalho o colegiado foi desfeito, as chefias foram trocadas e a direção assumiu novas diretrizes. Entretanto, apesar de todos os empecilhos, pretende-se deixar relatada esta experiência e acredita-se que o aprendizado será ainda maior. Espera-se que muito do que foi discutido neste trabalho poderá ser adaptado por outras instituições e que nada do que foi vivido foi em vão.

Por último, devemos ainda considerar a metodologia utilizada. O fato do estudo de caso não conceber a generalização de resultados, faz com que as questões aqui tratadas representem somente a realidade do universo estudado.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Junqueira, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Sept. 1990, vol.6, no.3, p.247-259. ISSN 0102-311X.
2. Cordovil, C. Gerenciar melhor recursos escassos: o desafio do governo. Radis – Comunicação em saúde 2003, 16:13.
3. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde. Características e exigências. RAP - Revista de Administração Pública 1992; 26 Suppl. 2: 8-19.
4. Cohen, D. Você sabe tomar decisão? Exame 2001; 8, agosto.
5. a. Drucker, P. Gerindo para o futuro. Lisboa: Difusão Cultural: 1993.
5. b. \_\_\_\_\_ Sociedade Pós Capitalista. Lisboa: Difusão Cultural: 1993.
6. Braga, A. A Gestão da informação [Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Departamento de gestão e economia, Universidade da Beira Interior, 2005.
7. Loch, S. O painel de controle como subsídio à gestão da performance do sistema de saúde: estudo de caso da assistência oncológica em Mato Grosso [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Pós Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
8. Turban, E.; Mc Lean E; wetherbe J. Tecnologia da Informação para Gestão. Bookman, 2004. 3d
9. Mattos M.P. Sistema de Apoio à Decisão para Planejamento em Saúde [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Informática Aplicada, Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2003.
10. Vasconcellos, M.M. Ambiente informacional para apoio á decisão em Saúde Pública. Anais do 7º Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, SBIS: 2000.

11. Miranda, R. C. da R. O uso da informação na formulação de ações estratégicas pelas empresas. *Ciência da Informação* 1999; 28 Suppl. 3: p.284-290.
12. Moraes, I.H.S. Política, tecnologia e informação em saúde: A utopia da emancipação. Salvador: Editora, 2002.
13. Canongia C., Lamb C., Carvalho C.S.P, Silva V.S. Convergência da Inteligência Competitiva com Construção de Visão de Futuro: Proposta Metodológica de Sistema de Informação Estratégica (SIE). *DataGramZero - Revista de Ciência da Informação* 2001; 2 Suppl 3.
14. Dou, Henri. Sistemas de Inteligência Competitiva – IC 2 In.: Curso de Especialização em Inteligência Competitiva. UFRL/ECO – MCT/INT – IBICT/DEP: Brasília, 2000.
15. Moraes, I. H. S. “Informações Em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania”. Editora HUCITEC – ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1994.
16. Stair, R. M. Principles of information systems. A managerial approach. Lugar: Thomson, 1996.
- 17- Vasconcellos, M.M; Moraes, I.H.; Cavalcante, M.T.L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde em Debate* 2002; 26 Suppl. 61: 219-235.
- 18- Weber, J; Elgin, B; Burrowa, P; Arndt, Michael. Mal entendidos sobre a Internet e suas aplicações. *Bussines Week*, 2001.
18. Motta, P.R. Transformação Organizacional. A teoria e a prática de inovar. Rio de janeiro: Editora Qualitymark, 1997.
20. Laurindo, F.J.B; Shimizu, T; Carvalho, m.M. & Jr,R.R. O Papel da Tecnologia da Informação (TI) na estratégia das organizações. *Gestão e produção*2001; 8 Suppl.2: 160-179.

21. Rockart, J.F; Earl, M.J. & Ross, J.W. “Eight Imperatives for the new IT Organization”. Sloan management Review 1996; 38 Suppl 1: 43-55 p.
22. Valle B. M. Tecnologia da informação no Contexto organizacional. Ciência da Informação 1996; 25 Suppl 1.
23. Gonçalves, E.L. Estrutura organizacional do hospital moderno. ERA - Revista de Administração de Empresas 1998; 38 Suppl.1, 80-90.
24. Porter, M.E.; e Millar, V.E. How information gives you competitive advantage? Harvard Business review 1985: p. 149-160.
- 25- Souza, C.A; Zwicker, R. Sistemas ERP: estudo de casos múltiplos em empresas brasileiras. São Paulo: Editora Atlas, 2003.
26. Shapiro, C; Varian, H. A Economia da Informação. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1999.
27. Basic, N.M. O software livre como alternativa ao aprisionamento tecnológico imposto pelo software proprietário. Campinas: Unicamp.2003.
28. Zorrinho, C. Gestão da informação. Condição pra vencer. Lugar: Iapemei; 1995.
29. Fundação Getúlio Vargas. Relatório de Pesquisa Nº 38, 2004.
30. Rodrigues, B. A hora da gestão do conhecimento. Informal Informática.. Publicado em 13 de maio de 2002. Disponível em:  
<[http://www.informal.com.br/artigos/a13052002\\_001.htm](http://www.informal.com.br/artigos/a13052002_001.htm)>. Acesso em:  
01/05/2003.
31. Furlan, J.D. Modelagem de Negócio: Uma Abordagem Integrada de Modelagem Estratégica, Funcional, de Dados e a Orientação a Objeto. São Paulo: Makron Books, 1997.

32. Ashkenas, R. The boundaryless organization: breaking the chains of organizational structure. San Francisco: Jossey-Bass: 1995.
33. Taveira M. In: Curso de Pós Graduação em Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ: Brasil, 2004.
34. Munk, S; Gomes, D. S.; Dias, D.L.; Fonseca, C.V. Textos de apoio em registros de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em saúde. Disponível em: <http://www.sioops.datasus.gov.br> . Acesso em 20/09/2004.
36. Bio, S. R. Sistema de informação, um enfoque gerencial. São Paulo: Editora Atlas, 1985.
37. Mintzberg, H.; Quinn, J.B. O Processo da Estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001.
38. Longenecker, J. G. Introdução à administração. Uma abordagem comportamental. São Paulo: Atlas, 1981.
39. Cohen, D. Você sabe tomar decisão? Exame 2001; 8, agosto.
40. Mintzberg, H. The nature of managerial work. New York: Harper Row, 1973.
41. Motta, F.C.P.O que é burocracia. São Paulo: Brasiliense, 1985. Coleção primeiros passos. V.53
42. Cecílio, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais público. In: Agir em saúde. Um desafio para o público. Emerso Elias Merhy; Rosona Onoko. São Paulo, Hucitec, 2002. 2d
43. Merhy E.E. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção do cuidado. In: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo. Hucitec, 2002.

44. Motta P. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro. Record, 2004. 15d.
45. Guimarães E. M. P.; Évora Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Brasília, 2004; 33 Suppl 1, p.72-80.
46. Merhy E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 71-112.
47. Silveira J.A; Aidar, M.M. Gestão de processos clínicos. In *Gestão de clínicas médicas*. Scarpi M. J. São Paulo. Futura, 2004.
48. Faria, J. H. *Tecnologia e processo de trabalho*. Editora da UFPR, Curitiba, 1997.
49. Ferreira D. P. Gestão da informação. In: *Gestão de clínicas médicas* Scarpi M. J. São Paulo. Futura, 2004.
50. Merhy E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva no setor. In: *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Merhy E.E. São Paulo. Hucitec, 2002.
51. Ministério da Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. *Relatório de Gestão 2004*.
52. Ministério da Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. SIGH – Sistema de Informação Gerencial Hospitalar.
53. Yin. R.K. *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. Bookamn Editora. S.A., 2ª edição. Porto Alegre, 2001.
54. Brasil. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4(2).

## 7. LISTA DE FIGURAS

Figura1: Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em saúde.

<http://siops.datasus.gov.br/> . Acesso em 20/09/2004.

Figura 2: Stair, R. M. Principles of information systems. A managerial approach. Lugar: Thomson, 1996.

Figura 3: Canongia C., Lamb C., Carvalho C.S.P, Silva V.S. Convergência da Inteligência Competitiva com Construção de Visão de Futuro: Proposta Metodológica de Sistema de Informação Estratégica (SIE). DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação 2001; 2 Suppl 3.

Figura 4: Meneghetti, A.R. Validação externa da metodologia Análise focada na decisão: O caso do Hospital Santo Ângelo. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade do Rio Grande do Sul, 2000. 161 p.

Figura 5: Turban, E.; Mc Lean E; wetherbe J.Tecnologia da Informação para Gestão. Bookman, 2004. 3d.

Figura 6: Ministério da Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. SIGH – Sistema de Informação Gerencial Hospitalar.

Figura 7: Procedência dos pacientes atendidos pela Divisão de Emergência do HGB, 2004.

Figura 8: Distribuição das ocorrências no Serviço de Emergência do HGB por faixa etária, no ano de 2004.

Figura 9: HGB - Atendimentos Realizados pelo Serviço de Emergência por Especialidades, 2000 a 2004.

Figura 10: Representação gráfica do fluxo do Setor de Acolhimento do HGB.

Figura 11: Representação gráfica do fluxo do Projeto Acolhida do HGB.

Figura 12: Representação gráfica do fluxo do paciente atendido pelo Projeto Acolhida e encaminhado para o Setor de Emergência do HGB.

Figura 13: Representação gráfica do fluxo do Setor de Emergência do HGB.

Figura 14: Representação gráfica do fluxo da Emergência ginecológica e obstétrica do HGB.

Figura 15: Distribuição dos profissionais entrevistados da Divisão de Emergência do HGB, por categoria profissional.

Figura 16: Distribuição dos profissionais entrevistados por tempo de trabalho na função atualmente exercida.

Figura 17: Distribuição dos entrevistados por sexo.

Figura 18: Distribuição dos entrevistados pelo subsetor de trabalho na Divisão de Emergências.

Figura 19: Distribuição das atividades realizadas pelos entrevistados e as médias correspondentes ao registro destas atividades.

Figura 20: Distribuição das respostas dos entrevistados quando questionados quanto aos principais interessados nas informações produzidas em seu setor.

Figura 21: Informações/indicadores utilizados pelos entrevistados para gerenciar o setor.

Figura 22: Plano de trabalho para melhoria da informação da Divisão de Emergência do HGB.

## 8. ANEXOS

### 8.1 Anexo1:

#### **Questionário: Mapeamento do Processo de Trabalho e da Informação do Serviço de Emergência do HGB**

Responsável pela realização do questionário: Roberta Rodrigues Teixeira de Castro

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

#### **Bloco I: Dados de Identificação**

- 1) Categoria profissional: \_\_\_\_\_
- 2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3) Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 4) Setor: ( ) Acolhimento ( ) Acolhida ( ) Emergência
- 5) Função desempenhada no setor: \_\_\_\_\_
- 6) Tempo na função: \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

## Bloco II – Processo de geração da Informação

7) Você é responsável por:

Processo de trabalho:

1 – [ ] Fornecer orientação ao paciente

2 – [ ] Assistência

3 – [ ] Triagem

4 – [ ] Gestão do setor

5 – [ ] Abertura de BAM

6 – [ ] Realização do censo

7 – [ ] Agendamento de consulta/cirurgia

8 – [ ] Estatística do setor

9 – [ ] Outros

Registro do trabalho:

1 – [ ] BAM – dados identificação do paciente

2 – [ ] BAM – dados da assistência

3 – [ ] Prontuário

4 – [ ] SIGH

5 – [ ] Livro preto

6 – [ ] Ficha/documento do setor

7 – [ ] Não há registro

8 – [ ] Outro

Se respondeu outros, explique:

---

---

8) Se no item acima, citou o SIGH, responda: Existe defasagem de tempo entre a geração dos dados (papel) e seu registro no SIGH? 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não

9) Se respondeu sim, de quanto tempo é este intervalo? \_\_\_\_\_

10) Qual seria o intervalo de tempo ideal? \_\_\_\_\_

11) Existe alguma padronização (tabelas: CID, medicamentos, CEP, etc) para o registro da informação: ( ) sim ( ) não

12) Se respondeu sim, qual:

---

### Bloco III – Uso da Informação

13) As informações colhidas no momento de realização de sua atividade são importantes para quem?

você     paciente     profissionais de saúde do setor     profissionais administrativos do setor     chefia do setor     Diretor da unidade     Outros serviço do HGB     pesquisas     não sei     outros

Se assinalou outros, descreva:

---

---

---

14) Precisa de informações/indicadores que antecedem sua atividade?

sim     não

15) Se respondeu sim, liste estas informações/indicadores:

---

---

---

16) Onde encontra estas informações/indicadores?

---

---

---

---

---

17) Estas informações/indicadores satisfazem suas necessidades em relação ao tempo?

sim     não

18) Estas informações/indicadores satisfazem suas necessidades em relação ao formato disponibilizado?

( ) sim ( ) não

19) Se respondeu não, porque?

---

---

---

---

20) Que dados/informações/indicadores você utiliza para gerenciar seu processo de trabalho?

---

---

---

---

21) Com que frequência?

---

---

---

22) Como é tratada? ( ) planilha ( ) relatório do SIGH ( ) manualmente ( ) pacote estatístico ( ) livro ( ) outros

---

---

23) Que indicadores/informações você gostaria de monitorar no setor?

---

---

---

---

24) Você utiliza o Sistema de Informação do HGB (SIGH) como instrumento gerencial? ( ) sim ( ) não

25) Se respondeu sim, como?

---

---

---

---

26) Se respondeu não, porque? ( ) não faz parte de minhas atividades  
( ) não satisfaz minhas necessidades ( ) outros

Se respondeu outros, explique:

---

---

---

---

---