



CRISTIANE RODRIGUES DA SILVA

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE EM UMA
PEQUENA UNIDADE AMBULATORIAL: PROCESSO SISTÊMICO
E INDICADORES HOSPITALARES**

CAMPO LIMPO PAULISTA

2019

CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPO LIMPO PAULISTA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO DAS MICRO E PEQUENAS
EMPRESAS

CRISTIANE RODRIGUES DA SILVA

**Prontuário Eletrônico do Paciente em uma pequena Unidade
Ambulatorial: Processo Sistêmico e Indicadores Hospitalares**

Orientador – Prof. Dr. Djair Picchiai

**Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em
Administração das Micro e Pequenas Empresas do Centro Universitário Campo
Limpo Paulista para obtenção do título de Mestre em Administração.**

CAMPO LIMPO PAULISTA

(2019)

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

SILVA, Cristiane Rodrigues da.

Prontuário Eletrônico do Paciente em uma pequena Unidade Ambulatorial: Processo Sistêmico e Indicadores Hospitalares / Cristiane Rodrigues da Silva; Campo Limpo Paulista: UNIFACCAMP, 2019 (Dissertação para obtenção do título de Mestre em Administração).

Orientador: Professor Doutor Djair Picchiai.

Dissertação (mestrado) – Centro Universitário Campo Limpo Paulista – UNIFACCAMP

1. Prontuário Eletrônico do Paciente
2. Gestão Hospitalar
3. Pequena Unidade Ambulatorial
4. Indicador de Desempenho Hospitalar
5. Processo Sistêmico Hospitalar

Picchiai, Djair.

Centro Universitário Campo Limpo Paulista.

Doutor.

CRISTIANE RODRIGUES DA SILVA

Prontuário Eletrônico do Paciente em uma pequena Unidade Ambulatorial:

Processo Sistêmico e Indicadores Hospitalares

Dissertação de mestrado aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Djair Picchiali

Centro Universitário Campo Limpo Paulista

Prof. Dr. Takeshy Tachizawa

Centro Universitário Campo Limpo Paulista

Prof. Dr. Paulo Sérgio Gonçalves de Oliveira

Universidade Anhembi Morumbi

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha família, ao meu pai Aurino Rodrigues da Silva (*in memoriam*) pelo exemplo de ser humano que com todo esforço sempre buscou garantir a melhor de todas as heranças da vida aos seus herdeiros, uma sucessão de aprendizado de força, fé, amor, esperança e a educação acima de tudo. Dedico, também, a minha mãe, Ana Maria Rodrigues da Silva, que sempre me acompanhou nesta trajetória me incentivando nessa empreitada doando seu tempo, amparo, apoio e paciência e pela compreensão pelas minhas longas horas de estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, o Mestre dos mestres. Minha base. Meu fundamento. Meu catedrático e que sempre está comigo nas horas boas e ruins. E quem nunca teve problemas? Mas, Deus foi o diferencial e sempre esteve ao meu lado ensinando a ter paciência e, principalmente, resiliência, e aguardar o momento certo para cada acontecimento da minha vida. A palavra que resume todo amor e confiança que sinto pela oportunidade que tenho em cada dia ser um pouco melhor é gratidão.

Ao Prof. Dr. Djair Picchiali, meu orientador, detentor de vasto conhecimento, não somente acadêmico, mas também de mercado, adquirido nos seus longos anos como executivo e consultor atuando em diversos empreendimentos e projetos no Brasil e exterior. Quando solicitado esteve sempre presente, me orientou de forma clara, rápida e objetiva, seus conhecimentos e ensinamentos para a realização e conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Takeshi Tashizawa, que soube com sua competência, habilidade e atitude, me proporcionar um aprimoramento intelectual, profissional e pessoal com a sua experiência e sugestões para o andamento e conclusão deste estudo.

Ao Prof. Dr. Paulo Sérgio Gonçalves de Oliveira, que com sua experiência e simplicidade contribuiu com sugestões para este estudo.

Aos Professores do Programa de Mestrado Profissional em Administração da UNIFACCAMP, pelos ensinamentos prestados ao decorrer do curso, não somente durante as aulas, mas também em nossas agradáveis conversas informais. Conhecimento que serviu não apenas como alicerce para esta dissertação, mas que com certeza levarei para a vida toda.

Ao Tássio Mascarenhas de Carvalho pela amizade e companheirismo que conquistei durante os créditos no programa de Mestrado e que sempre me incentivou em todos os momentos.

Finalizando, agradeço a todos os meus amigos mestrados, e a todas as pessoas que, de alguma forma, direta ou indiretamente, ajudaram na elaboração e conclusão deste trabalho.

A todos vocês meu Agradecimento e o meu muito Obrigada!

EPÍGRAFE

“DO Senhor é a terra e a sua plenitude, o mundo e aqueles que nele habitam.

Porque ele a fundou sobre os mares, e a firmou sobre os rios.

Quem subirá ao monte do Senhor, ou quem estará no seu lugar santo?

Aquele que é limpo de mãos e puro de coração, que não entrega a sua alma à vaidade, nem jura enganosamente.

Este receberá a bênção do Senhor e a justiça do Deus da sua salvação.

Esta é a geração daqueles que buscam, daqueles que buscam a tua face, ó Deus de Jacó (Selá).

Levantai, ó portas, as vossas cabeças; levantai-vos, ó entradas eternas, e entrará o Rei da Glória.

Quem é este Rei da Glória? O Senhor forte e poderoso, o Senhor poderoso na guerra.

Levantai, ó portas, as vossas cabeças, levantai-vos, ó entradas eternas, e entrará o Rei da Glória.

Quem é este Rei da Glória? O Senhor dos Exércitos, ele é o Rei da Glória (Selá)” (Salmos 24:1-10).

RESUMO ESTRUTURADO

Contextualização: O cenário atual encontra-se em um momento no qual as informações e os conhecimentos estão sendo usadas de forma intensiva e rápida, sendo necessário possuir um significativo volume de informações e conhecimentos num tempo menor. As pequenas organizações fazem parte deste contexto e estão em expansão. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é utilizado como fonte de informação em outros contextos assistenciais e gerenciais. O caso da pequena unidade organizacional objeto do estudo, onde foram diagnosticados fluxos de informações e processos decisórios, como possibilidade de adesão do PEP.

Objetivo: O objetivo central deste estudo consiste em verificar quais são os entraves encontrados pelos clientes internos (colaboradores) de uma pequena unidade ambulatorial na utilização do PEP, bem como as estratégias utilizadas para otimizar seus processos sistêmicos.

Abordagem Metodológica: Utilizou-se a técnica de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, por meio de investigação do tipo *estudo de caso*. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa técnicas de *sensemaking* que incluíram narrativa, *display* (figuras, tabelas e quadros) e mapa visual, além das técnicas análise documental em profundidade realizada por meio da análise de conteúdo, observações em campo, revisão bibliográfica, bem como um roteiro de entrevistas semiestruturadas em profundidade que foram aplicadas no levantamento de dados primários. Isso, para analisar como os clientes internos (colaboradores) percebem a utilização do PEP, como processo relacionado às práticas da gestão da informação e no processo decisório.

Resultados Alcançados: Os resultados alcançados são do interesse de todas as categorias envolvidas com a utilização do PEP, envolvidos nos problemas de área física ocupada, volume dos prontuários, falta de legibilidade, redundância de informações e excesso de documentos que dificultam o acesso e o uso da informação assistencial e gerencial. Os resultados da

presente pesquisa apontam que apesar de a PUA utilizar o PEP, os clientes internos (colaboradores) ainda encontram muitas dificuldades nesta transição pelo fato de ainda terem que trabalhar com o prontuário físico e o digital concomitantemente, ou seja, o PEP só é utilizado apenas para inclusão de dados dos seus beneficiários, porque ainda não possui a certificação digital.

Implicações Práticas: As implicações práticas incluem a eliminação de documentos que atualmente são armazenados em convencional processo de prontuário de pacientes, da pequena unidade ambulatorial. A substituição pelo PEP, preservando as exigências legais vigentes e sem prejuízo das atividades de assistência, de pesquisa, de ensino e administrativas nas práticas da gestão para a melhoria dos processos decisórios, proporcionando agilidade no atendimento, segurança dos dados do paciente, integração de informações, organização e otimização das atividades, controle epidemiológico e a redução de custos.

Contribuições Teóricas: Obteve-se, ainda, uma contribuição teórico-reflexiva, evidenciada pelo entendimento de que apesar de o prontuário ser utilizado a maior parte do tempo pela equipe multiprofissional e, principalmente, pelo médico, ele diz respeito ao paciente, portanto, esta é uma contribuição positiva na proposta da utilização de indicadores para a melhoria de processos, produtos e serviços da pequena unidade ambulatorial, podendo integrar o PEP com as demais estruturas organizacionais e que sensibilize profissionais e gestores resistentes à sua incorporação em serviços de saúde, com o intuito de promover a melhoria da qualidade de assistência ao paciente, pesquisa e gestão.

Palavras-Chave: prontuário eletrônico do paciente; pequena unidade ambulatorial; indicador de desempenho de unidade ambulatorial, processo sistêmico hospitalar.

STRUCTURED ABSTRACT

Contextualization: The current scenario lies in an era in which information and knowledge is being used intensively and rapidly, being making it necessary to have a significant amount of information and knowledge in a shorter time. Small organizations are part of this context and are expanding. The Electronic Patient Record (*EPR*) it is used as a source of information in other contexts assistance and management. The case of the small organization unit object of the study, where information flows and decision processes were diagnosed, as possibility of *EPR* adherence.

Objective: The main objective of this study is to verify the barriers encountered by internal clients (employees) of a small ambulatory unit in a Public Hospital in the State of São Paulo in the use of PEP, as well as the strategies used to optimize their systemic processes.

Methodological Approach: The technique of qualitative research of an exploratory nature, through investigation of the type of case study. Sense making which included narrative, display (figures, tables and pictures) and visual map, in addition to the techniques of in-depth documentary analysis performed through content analysis, field observations, bibliographic review techniques, field observations, bibliographic review, records, in-depth documentary analysis performed through content analysis, as well as a script of in-depth semi-structured interviews were used as primary research tools. This is to analyze how internal customers (employees) perceive the use of PEP as a process related to information management practices and decision making.

Expected Results: The expected results are in the interest of all categories involved in the use of *EPR*, which solve the problems of the physical area occupied, the volume of medical records, lack of legibility, redundancy of information and excess of documents that hinder access and use assistance and management information. The results of the present study indicate that although PUA uses the *EPR*, internal clients (employees) still find many difficulties in this transition due to the fact that they still have to work with the physical and digital files at the

same time, that is, the *EPR* is only used only to include data of its beneficiaries, because it does not yet have the digital certification.

Implications Practical Expectations: The practical implications include the elimination of documents that are currently stored in the conventional small ambulatory unit conventional patient record process. The replacement of the *EPR*, without affecting compliance with current legal requirements and without prejudice of the assistance, research, teaching and administrative activities in the management practices to improve decision-making processes. providing agility in care, patient data security, information integration, organization and optimization of activities, epidemiological control and cost reduction.

Theoretical Contributions: A theoretical-reflective contribution was also obtained, evidenced by the understanding that despite the medical record is used most of the time by the multiprofessional team and, mainly, by the doctor, it concerns the patient, therefore, this is a positive contribution in the proposal of using indicators to improve processes, products and services small ambulatory unit, and may integrate the PEP with the other organizational structures and that sensitize professionals and managers resistant to their incorporation into health services, in order to promote the improvement of the quality of patient care, research and management.

Keywords: electronic patient record; hospital management; small ambulatory unit; care medicine; ambulatory unit performance indicator; hospital systemic process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Processos Sistêmicos	60
Figura 2: PEP no HPE.....	65
Figura 3: A Região da Zona Sul De São Paulo	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de Atendimentos no HPE.....	34
Tabela 2: Equipe de Clientes Internos (colaboradores) da PUA.....	86
Tabela 3: Indicadores de PEP na PUA.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Publicações sobre PEP no Brasil	30
Quadro 2: Mapa da Literatura	33
Quadro 3: Indicador de PEP.....	93
Quadro 4: Utilização do PEP pelos Gestores e Clientes Internos (colaboradores) da PUA	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.C.	Antes de Cristo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRMDF	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
DOU	Diário Oficial da União
<i>EPR</i>	<i>Electronic Patient Record</i>
HPE	Hospital Público Estadual
<i>IMIA</i>	<i>International Medical Informatics Association</i>
MPE	Micro e Pequena Empresa
MPEs	Micro e Pequenas Empresas
OSM	Organização, Sistemas e Métodos
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PEPs	Prontuário Eletrônico dos Pacientes
PMO	Projeto de Mudança Organizacional
PUA	Pequena Unidade Ambulatorial
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SP	São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Situação-Problema de Pesquisa	24
1.2 Objetivos do Estudo.....	25
1.2.1 Objetivo Principal	25
1.2.2 Objetivo Específicos.....	25
1.3 Pressupostos da Pesquisa.....	26
1.4 Definições Operacionais da Pesquisa	26
1.5 Justificativa	28
1.6 Mapa da Literatura (ou Bibliométrico).....	32
1.7 Caracterização do Hospital	33
1.7.1 Equipe da pequena Unidade Ambulatorial (PUA) do HPE	35
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	36
2.1 Definição do PEP - Conceito	36
2.1.1 Prontuário – Centro das Informações em Saúde	37
2.2 Tecnologias da Informação no Contexto Hospitalar	40
2.2.1 O que é Informática em Saúde?	46
2.2.2 Automação de Processos em Tecnologias Cognitivas.....	47
2.3 Indicadores	48
2.3.1 Indicador de Gestão	50
2.3.2 Indicador de Desempenho	51
2.3.3 Referencial de Excelência <i>Benchmarking</i>	52
2.4 Conceito de Processo Sistêmico	55
2.4.1 Processo como evolução das Funções Organizacionais.....	60
2.4.2 Automação de Processos em Prontuário Hospitalar	62
3. CAMINHO METODOLÓGICO	67
3.1 Caracterização e delineamento da pesquisa.....	68

3.2 População e Amostra da Pesquisa.....	71
3.3 Procedimentos para a Coleta de Dados	73
3.4 Análise e Tratamento dos Dados.....	78
3.5 Delimitações do Estudo	81
3.5.1 A Região da Zona Sul de São Paulo.....	81
3.5.2 Limitações do Método de Estudo.....	84
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
4.1 Diagnóstico da pequena unidade ambulatorial	85
4.1.1 Indicadores de Gestão de PEP	94
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
5.1 Sugestões para Futuras Pesquisas.....	99
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES	111
Apêndice A: Questionário para a equipe responsável pelo registro eletrônico das informações sobre o prontuário em papel/PEP	112
Apêndice B: Questionário para a equipe responsável pela coordenação da PUA.....	114
Apêndice C: Comissão de prontuários do paciente do HPE - Normatização	116
ANEXOS	118
Anexo A: Portaria Ministério da Saúde nº 1.044/2004.....	119
Anexo B: Resolução CFM nº 1.638/2002.....	126
Anexo C: Resolução CFM nº 1.639/2002.....	129
Anexo D: Resolução CFM nº 1.821/2007	132

1. INTRODUÇÃO

Antes mesmo de abordar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é imprescindível informar que é relevante compreender um pouco da história do PEP, traçando uma linha do tempo até os dias atuais.

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRMDF, 2006) relata que o primeiro relatório conhecido se situa no período entre 3000 e 2500 A.C., feito pelo médico egípcio Inhotep, que registrou quarenta e oito casos cirúrgicos em um papiro, exposto na Academia de Medicina de Nova Iorque. Anotações sobre doenças e doentes foram feitas por Hipócrates por volta de 460 A.C. Nos séculos posteriores, pouco se registrou sobre moléstias. Em 1137, já havia anotações relativas aos pacientes no Hospital São Bartolomeu em Londres, a primeira instituição hospitalar de que se tem notícia.

Ainda de acordo com o CRMDF (2006) em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis aperfeiçoou a assistência aos doentes hospitalizados com mais organização nas prescrições médicas, nos relatórios de enfermagem e nas prescrições do regime alimentar. Em 1897, nos Estados Unidos, o Hospital Geral de *Massachussets* foi o primeiro a organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Em 1913, o Colégio Americano de Cirurgiões, para credenciar hospitais, exigia registro completo dos casos e arquivamento dos prontuários.

Até o início do século XIX, os médicos baseavam suas observações e conseqüentemente suas anotações, no que ouviam, sentiam e viam e as observações eram registradas em ordem cronológica, estabelecendo assim o chamado prontuário orientado pelo tempo em utilização desde então. Santos e Freixo (2011) destacam que esses registros eram feitos em ordem cronológica, orientado ao tempo. Com a perspicácia médica daquela época, os registros continham descrições de eventos que precediam as doenças no lugar de reais classificações causais.

Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, quando tratava feridos na Guerra da Crimeia (1853-1856) já relatava que a documentação das informações relativas aos doentes é de fundamental relevância para a continuidade dos cuidados ao paciente, no que se refere à assistência de enfermagem. É clássica a frase de Nightingale, quando observa a relevância dos registros de saúde: “Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado em

todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Esses registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o que de bom foi realmente feito dele [...]” (MASSAD, MARIN e AZEVEDO, 2003).

Neste momento nasceu a discussão na prática médica. Já em 1785, o Hotel *Dieu*, em Paris, obrigava os médicos a confrontarem os seus registros ao menos uma vez ao mês. O processo evoluiu tanto que, desde 1918, praticamente todas as pessoas norte-americanas que tinham sido atendidas em hospitais possuíam um prontuário (IOM, 1991).

Massad, Marin e Azevedo (2003) relatam que William Mayo fundou em 1880, junto com um grupo de amigos, a Clínica *Mayo* em Minnesota nos Estados Unidos, onde foi observado com o passar dos anos, que a maioria dos médicos mantinha o registro de anotações das consultas de todos os pacientes em forma cronológica em um documento único; fato este que dificultava o acesso às informações de um determinado paciente. Detectada esta dificuldade, a Clínica *Mayo* adotou em 1907 um registro individual das informações de cada paciente. As informações passaram a ser arquivadas separadamente e isto possibilitou uma melhor organização e arquivamento dos prontuários. Em 1920 a Clínica Mayo deu consideráveis passos no sentido de padronizar o conteúdo dos prontuários por meio do estabelecimento de um conjunto mínimo de dados a serem registrados.

O prontuário em papel vem sendo utilizado há muitos anos. Para os autores Santos e Freixo (2011) o conteúdo do registro médico foi muito discutido até 1940, quando foram exigidos médicos bem organizados como requisito para se obter crédito hospitalar por parte do governo americano.

No Brasil, o primeiro hospital a implantar o SAME foi o Hospital da Universidade de São Paulo (HUSP), em 1943. O exemplo foi seguido pela Santa Casa de Santos, em 1945, e depois pelo Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ).

Em 1944, a utilização do prontuário foi introduzida no Brasil pela Prof.^a Dr.^a Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), depois de estudos especializados nos Estados Unidos da América, (EUA) onde fora estudar sistemas de arquivo e classificação de observações médicas. Esse sistema

foi adotado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), o que contribuiu para sua consolidação no âmbito nacional (CRMDF, 2006).

Em 1952, com a Lei Alípio Correia Netto, passou a ser exigido dos hospitais públicos e filantrópicos que arquivassem as histórias clínicas de forma adequada, para que não deixassem de receber os subsídios do governo.

As primeiras iniciativas para criação de um PEP datam do final da década de 60 em algumas universidades americanas como a *Duke University Medical Center* e a *Harvard Medical School*. A *Duke* criou o TME (*The Medical Record*) e a *Harvard* criou o COSTAR (*Computer Stored Ambulatory Register*). Os primeiros PEP surgiram na década de 70, oriundos dos esforços em se estabelecer estruturas mínimas para os registros médicos ambulatoriais (LOVIS *et al.*, 2011).

Patrício *et al.* (2011) destacam que em 1972, o *National Center for Health Services Research and Development* e o *National Center for Health Statistics* dos Estados Unidos patrocinaram um congresso com o objetivo de estabelecer uma estrutura mínima para esses registros médicos ambulatoriais. Em 1979, durante a primeira conferência da *International Medical Informatics Association* (IMIA), os primeiros trabalhos estabeleceram cinco aspectos fundamentais a serem considerados para os sistemas clínicos: (1) ser centrado no paciente; (2) apoiar a utilização clínica; (3) promover a educação em tempo real; (4) considerar o fator humano na utilização dos computadores e (5) medir o desempenho da utilização clínica. Além disso, segundo este autor, vinte anos depois, o mesmo instituto norte-americano salientou que para melhorar a qualidade na saúde, os profissionais da saúde deveriam interagir efetivamente e eficientemente com os SIS.

A despeito dos inúmeros avanços pelos quais o PEP passou nos últimos anos e, apesar de todos os investimentos realizados, ainda hoje, muitos profissionais de saúde não utilizam sistemas eletrônicos, porque na maioria dos casos os sistemas não agregam o valor esperado. Estudos concluíram que, apesar de passados trinta anos, “os cinco aspectos fundamentais definidos em 1979 no congresso da *IMIA* continuam muito atuais e deveriam ser perseguidos pela tecnologia da informação em saúde no desenvolvimento e implantação dos sistemas” (LOVIS *et al.*, 2011).

No início dos anos 90, o governo dos Estados Unidos, por meio do *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos propôs um estudo com o propósito de definir o que era PEP e também estabelecer melhorias em função das evoluções tecnológicas. Como resultado desse estudo constatou-se que, embora o registro da informação fosse eletrônico, a pobreza do registro comprometia a prestação dos serviços de saúde, pois não oferecia suporte às necessidades dos diversos perfis de consumidores da informação: profissionais de saúde, pacientes, administradores e pesquisadores. (PATRÍCIO *et al.*, 2011).

Em 1991, o *Institute of Medicine da National Academy of Sciences* publicou um estudo intitulado *The Computer-Based Patient Records: na essential technology for health care*. Em revisão datada de 1997, o estudo recomendava a adoção do PEP como padrão para os registros médicos e outros relacionados à assistência ao paciente (PATRÍCIO *et al.*, 2011).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) reunia profissionais interessados no tema, promovendo encontros anuais entre estes e o *Medical Records Institute*. As universidades brasileiras que desenvolviam estudos neste setor eram a Escola Paulista de Medicina (EPM), a Universidade de Campinas (UNICAMP) e a Universidade de São Paulo (USP). Os institutos ligados ao Hospital das Clínicas (HC), Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (INCOR FMUSP) e Instituto da Criança também desenvolviam projetos pioneiros nesta área. Alguns hospitais, principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, discutiram e criaram projetos piloto de implantação dos PEPs. Assim, junto com o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde, dos sistemas hospitalares e dos sistemas administrativos e financeiros, a ideia de um PEP se fortaleceu (PATRÍCIO *et al.*, 2011).

Em 2002 este assunto vem à tona, mostrando que as instituições médicas precisam melhorar a qualidade de suas informações, para aperfeiçoar recursos e eliminar gastos; só assim sobreviveriam em um mundo que antes era exclusivo para as indústrias do nosso país. Nesta época no Brasil, os avanços relativos ao PEP estavam restritos às Instituições dos grandes centros e às universidades. Foi em 2002 que o Ministério da Saúde propôs, um conjunto mínimo de informações sobre o paciente que deveriam constar em um prontuário do paciente e deliberou sobre o PEP, tornando-se um marco regulatório a ser seguido. Por

meio de suas resoluções, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu o PEP como forma legítima de arquivamento das informações do paciente.

Em julho de 2007, o CFM aprovou as normas técnicas para digitalização e utilização dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes. A visão de prontuário permanece, contudo, o seu conceito passa a incluir não somente o documento tradicional físico, mas também o registro em suporte eletrônico.

São inúmeras as resoluções que direcionam os caminhos a serem realizados nas questões relacionadas a utilização dos prontuários tanto físicos quanto eletrônicos (apêndices, A, B, C e D). A Resolução 1.821/2007 do CFM (anexo D) mantém o prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários em suporte de papel.

A falta de agilidade do sistema pode comprometer o bom atendimento ao paciente, levando à insatisfação do profissional e de quem está sendo atendido por ele. Mesmo que atenda a todas as regras conhecidas de desenvolvimento de sistemas, tenha como foco o usuário e suas necessidades, nenhum sistema de informação computadorizado é perfeito, mesmo aqueles que são desenvolvidos pela própria instituição. Isso se deve ao fato de que os sistemas estão continuamente mudando, necessitando de adaptações e manutenção (GODOI *et al.*, 2012).

O prontuário é um relevante registro para a pesquisa em diversas áreas do conhecimento além de servir como elemento de comunicação entre os vários setores das unidades de saúde (Santos e Damian, 2017); registro legal das ações médicas, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para a tomada de decisões e meio de comunicação compartilhada entre todos os profissionais, além de apoio à pesquisa por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados à população (Massad, Marin e Azevedo, 2003), além de ser ferramenta legal na avaliação da qualidade da assistência prestada ao cliente, pois se trata de um conjunto de documentos padronizados e organizados, destinados ao registro dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado e o seu preenchimento incorreto das ações realizadas e registradas no prontuário leva a desassistência por parte da equipe que atua diretamente na prestação do cuidado aos pacientes (CAMARGO E PEREIRA, 2017).

Nos últimos anos, surgiram novas gerações de sistemas de informação hospitalares que priorizam a integração de dados clínicos e administrativos, com o objetivo de otimizar e qualificar o atendimento, reduzir custos e obter informações relevantes que compõem um perfil da saúde em uma determinada região (PATRÍCIO *et al.*, 2011).

Para Alves, Kuroishi e Mandrá (2016) em serviços com equipe multiprofissional deve-se assegurar que o sistema eletrônico implantado para o PEP atenda às demandas de registro pertinentes a cada especialidade em relação à diversidade de informações geradas e que precisam de registro formal em prontuário.

Entre os tipos de prontuário, encontra-se o eletrônico que, segundo o *Institute of Medicine* (1997), é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico (GODOI *et al.*, 2012).

Além dos médicos muitos outros profissionais produzem atualmente registros sobre a atenção que desenvolveram com o paciente, os prontuários tornam-se cada vez mais volumosos, há uma preocupação crescente com a documentação de todos os procedimentos em face de possíveis questionamentos jurídicos, há necessidade de preservação do sigilo das informações registradas, essas têm sido questões rotineiras a serem equacionadas nos serviços de saúde (NOVAES, 2003).

O suporte impresso foi por muito tempo o único dispositivo utilizado para armazenar as informações desse tipo de documento e nas últimas décadas, com o surgimento e proliferação de novas tecnologias contribuíram para que isso fosse mudado e os prontuários não fossem somente um repositório de informações (Godoi *et al.*, 2012). O PEP surgiu não só para substituir o suporte físico, mas também para elevar a qualidade da assistência à saúde por meio de novos recursos e aplicações.

Goldstein (2010) considera que os registros do paciente são essenciais e devem conter todo o histórico de saúde, desde o nascimento até a morte; servem de suporte à pesquisa, ao ensino e ao gerenciamento dos serviços de saúde e são também um documento legal dos atos médicos. Além disso, o prontuário é o documento básico em hospitais ou grandes clínicas e

permeia toda a sua atividade assistencial, de pesquisa e ensino, além de permitir a integração entre os vários setores e com seus respectivos profissionais de saúde.

O cenário atual encontra-se em um momento no qual as informações estão sendo utilizadas de forma muito rápida, tornando necessário possuir o maior número de informações num tempo sempre mais curto. De posse das informações geradas, vislumbra-se que os atores escolhidos como representantes do segmento da saúde possam definir uma proposta de reestruturação do conteúdo e da forma de armazenamento dos PEPs.

Apesar de ser reconhecido pelo CFM por meio das Resoluções 1.638 e 1.639 (anexos B e C) desde 2002, o PEP ainda não atingiu a maior parte das instituições de saúde do país. E, em várias unidades em que é utilizada, a completa substituição do prontuário físico ainda demora a ocorrer completamente. Embora a informatização de rotinas administrativas já seja uma realidade nacional, a implantação do PEP ainda tem enfrentado resistência.

A abrangência de um sistema de PEP, o torna um interessante objeto de investigação. O sistema de PEP pode ser considerado tanto um sistema de informações para grupos de trabalho quanto um sistema de informações organizadas.

Para Perez e Zwicker (2010) num mundo cada vez mais calcado em serviços, são crescentes a demanda e a dependência de sistemas informatizados. Do ponto de vista organizacional, podemos ter sistemas de informações operacionais e sistemas de operações gerenciais. Mas também se pode considerar os sistemas de informações sob a perspectiva do número de pessoas ou empresas que fazem utilização deles. O sistema de PEP, objeto do presente estudo, pode ser considerado um sistema de informações para grupos de trabalho quanto um sistema de informações organizacionais e a utilização de sistemas de informações, acarreta, por parte de seus usuários, percepções que podem ter relevantes reflexos nas tarefas e no trabalho da organização.

A competição no ambiente organizacional, que provoca um clima de insegurança para o processo de tomada de decisões, estimula os profissionais das diversas áreas a buscarem entender de modo mais amplo as contribuições que as tecnologias podem oferecer à gestão estratégica da informação.

Ante o exposto, foi questionado o que tem sido pesquisado sobre a participação dos profissionais de saúde na utilização do PEP, para conhecer os resultados dos estudos que

enfocam o referido tema. Nesse sentido, este estudo propõe verificar os desafios encontrados por esses profissionais de saúde, bem como as estratégias utilizadas para enfrentar esses desafios.

Em suma, “o prontuário apresenta o histórico dos atendimentos aos usuários nos serviços de saúde, e necessita ser o principal registro dessas informações, compondo assim, a base de um sistema de informação de saúde” (MENDES e SANTOS, 2018, p. 714).

A pequena Unidade Ambulatorial em um HPE no Estado de São Paulo (SP) a ser examinada foi escolhida para este estudo pelo fato deste ainda utilizar o prontuário em papel nos dias atuais simultaneamente com o PEP.

1.1 Situação-Problema de Pesquisa

Nesta linha de discussão, estabeleceu-se a seguinte questão da pesquisa:

Como os clientes internos (colaboradores) da PUA utilizam o prontuário físico na transição para o PEP na gestão de atendimento aos seus beneficiários, e conseqüentemente, na utilização de indicadores hospitalares?

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos que compõem o problema da presente pesquisa: quais os fatores envolvidos no processo de transição do prontuário em papel para o PEP na pequena unidade ambulatorial? Os clientes internos (colaboradores) do HPE, com todas as suas especificidades, possuem um perfil propenso às mudanças tecnológicas, considerando os fatores envolvidos neste processo de transição?

O *estudo de caso* que foi analisado visou o entendimento sobre o alinhamento entre a estratégia na utilização do PEP e o seu fluxo de informações. Para tal, foi definido o objetivo e questões de pesquisa, bem como a linha lógica que foi seguida.

O problema que se apresentou foi à busca de melhor compreensão da complexa temática do PEP e Informação entre os diversos serviços na área da saúde, que visou o melhor compartilhamento e utilização destes pelos diferentes agentes/gestores na Instituição.

O presente estudo procurou responder o problema (questão) de pesquisa formulado a partir das seguintes questões:

Q1) Houve possibilidade de preservar os aspectos legais inerentes ao PEP na pequena unidade ambulatorial?

Q2) Foi possível mensurar a utilização clínica por meio de indicadores de desempenho na pequena unidade ambulatorial?

1.2 Objetivos do Estudo

Para a análise do problema proposto, foram considerados os objetivos: principal (geral) e específicos descritos a seguir.

1.2.1 Objetivo Principal

Com a intenção de responder ao problema de pesquisa formulado a partir de uma pergunta foi definido como objetivo principal (geral) analisar o PEP como suporte ao seu processo de evolução, discutiu-se suas vantagens e desvantagens, a relevância da sua utilização nos serviços médico-hospitalares, os aspectos éticos envolvidos e os desafios encontrados pelos clientes internos (colaboradores) da PUA de um HPE no Estado de SP na utilização do prontuário nos dias atuais, bem como as estratégias utilizadas para enfrentar esses desafios/problemas, de modo a subsidiar a tomada de decisão na prática médica.

Para atingir esse objetivo foi utilizado o enfoque do *estudo de caso* sobre o PEP em uma PUA em um HPE no Estado de SP, por meio do levantamento de dados junto aos clientes internos (colaboradores).

1.2.2 Objetivo Específicos

Como suporte e forma de se chegar ao objetivo principal (geral) da pesquisa, este foi decomposto e procurou-se atingir os seguintes objetivos específicos:

(OE1) delineamento do modelo de PEP utilizado na PUA do HPE no Estado de SP, enfocando a inserção/registro das informações e níveis de acesso;

(OE2) identificação dos usuários do PEP;

(OE3) caracterização dos tipos de utilização das informações registradas no processo de prontuário;

(OE4) identificação e caracterização de possíveis mudanças no processo de busca pela informação a partir da utilização do PEP;

(OE5) identificação da existência de dificuldades e resistências por parte dos profissionais de saúde frente à implantação do PEP como instrumento sistêmico para a utilização de novas tecnologias da informação, no contato com o paciente;

(OE6) análise do impacto dentro da equipe multiprofissional na transição do prontuário em papel para o PEP;

(OE7) avaliar um conjunto de indicadores hospitalares, passíveis de serem utilizados na PUA.

1.3 Pressupostos da Pesquisa

Os pressupostos assumidos foram os explicitados a seguir:

1) Sabendo-se que sendo possível eliminar documentos que atualmente são armazenados no PEP da PUA de um HPE no Estado de SP e substituir outros por PEP, sem afetar o atendimento às exigências legais vigentes e sem prejuízo das atividades de assistência, de pesquisa, de ensino e administrativas, o prontuário modificado atendeu plenamente às necessidades dos usuários das áreas de assistência ao paciente, ao ensino, à pesquisa, à administração e assessoria jurídica do Instituto;

2) E, sabendo-se que essas modificações facilitaram o acesso às informações, melhoraram a sua qualidade, essas mudanças foram bem recebidas pela equipe multiprofissional? E quanto aos recursos tecnológicos na implantação do PEP como forma de solução tecnológica? E como ficou a integração da informação na utilização do PEP para as outras áreas, como na Gestão da Agenda, na Gestão do Controle Financeiro e na Gestão dos Recursos Humanos?

1.4 Definições Operacionais da Pesquisa

Na primeira fase da condução de *estudos de caso* deve-se atentar para o desenvolvimento do protocolo, documento formal que contém os procedimentos, os instrumentos e as regras gerais a serem adotados no estudo e onde estão listados: uma visão geral da pesquisa, com tema da mesma, questões de estudo e leituras norteadoras, procedimentos a serem adotados para coleta dos dados (observação em campo, entrevistas, análise documental, etc.), plano de análise dos dados coletados, com discriminação da natureza das informações colhidas (informações descritivas, informações explanatórias) (YIN, 2015).

Na segunda fase do estudo foram colhidas as evidências que compõem o material sobre o caso; trata-se da análise de documentos, do desenvolvimento de entrevistas junto às pessoas relacionadas ao caso, de observações (direta ou participativa, quando o observador faz parte da realidade sob estudo) ou mesmo da utilização de artefatos. Na última fase do estudo buscam-se a categorização e a classificação dos dados, tendo-se em vista as proposições iniciais do estudo.

Para a discussão do tema proposto, a dissertação foi estruturada em cinco seções:

a) introdução: foi realizada a apresentação da introdução que abordou o tema prontuário (físico) e PEP. Neste capítulo também são apresentados (as) a situação-problema de pesquisa (questões da pesquisa), os objetivos do estudo (principal e específicos), os pressupostos da pesquisa, bem como a caracterização do hospital que foi estudado;

b) fundamentação teórica: foi demonstrado os pontos mais relevantes que subsidiaram a pesquisa, abordando a definição do PEP, as tecnologias da informação no contexto hospitalar, os indicadores hospitalares e o *benchmarking*, o conceito de processo sistêmico e os aspectos legais do prontuário (físico) e o PEP;

c) caminho metodológico: foram descritos quais foram os procedimentos metodológicos que o trabalho está estruturado e a fundamentação das razões pelas quais o presente método de pesquisa foi escolhido, ou seja, o caminho da metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, as técnicas de pesquisa, bem como a estratégia de investigação utilizada por meio do método de pesquisa escolhido, os procedimentos para a coleta de dados (informações) e evidências, análise e tratamento dos dados a partir da análise

de conteúdo (Bardin, 2011), as delimitações do estudo, resultados e as questões éticas da pesquisa;

d) análise e discussão dos resultados: foi apresentada a análise e discussão dos resultados da pesquisa, o diagnóstico da PUA, os indicadores de gestão do PEP e o *benchmarking*;

e) conclusões: foram apresentadas as considerações finais por meio das conclusões específicas, destacando suas implicações teóricas e práticas, bem como as limitações desta pesquisa e as sugestões para futuras pesquisas.

Ao final da pesquisa, apresenta-se a bibliografia consultada para o desenvolvimento do referencial teórico deste estudo, bem como também os apêndices, contendo o roteiro semiestruturado para as entrevistas dos clientes internos (colaboradores) da PUA e os anexos A sobre a portaria do Ministério da Saúde, os anexos B e C sobre as resoluções do CFM e o anexo D sobre a resolução do CREMESP.

Com base no exposto acima, nesse trabalho, a localidade é considerada como objeto de interesse do gestor e a macro localidade é a generalização da instância superior a ser comparada com a localidade de interesse do observador/gestor.

1.5 Justificativa

Por meio da análise da literatura pertinente e aos artigos especializados foi verificada a relevância de estudos voltados à área hospitalar por meio da TIC, um fato na atuação profissional de diversas áreas. Foi observado que a inovação do prontuário está intimamente ligada ao envolvimento dos usuários em seu planejamento para o seu sucesso ou fracasso.

A organização inovadora busca na adoção de novas tecnologias e processos a obtenção de diferenciais que permitam obter retornos melhores que seus concorrentes. “A contínua busca pela melhoria de processos e oferta de novos produtos e serviços no mercado levou diversos setores a investir cifras cada vez maiores em SI e, de forma mais abrangente, em tecnologia da informação” (PEREZ e ZWICKER, 2010, p. 176).

Ainda de acordo com Perez e Zwicker (2010, p. 176-177), “a inovação em sistemas de informações em geral interpõe dificuldades de outra natureza que podem redundar na sua

rejeição pelos usuários”. Tipicamente, a utilização de um SI intervém em processos de trabalho e não constitui a atividade-fim de um profissional de saúde.

A partir do exposto, justificou-se o tema, uma vez que foram fundamentais o conhecimento e a conscientização a respeito das dificuldades encontradas na utilização deste serviço.

A pesquisa exploratória adequa-se bem para quando a demanda é por entender mais sobre um assunto ainda pouco conhecido. Isto pode ocorrer por um tópico tipicamente novo, ou algo já existente, porém observado por outro ângulo. Uma pesquisa exploratória é uma tentativa de estabelecer as bases que levarão a estudos futuros ou determinar se o que está sendo observado pode ser explicado por uma das teorias existentes. Na maioria das vezes, a pesquisa exploratória estabelece as bases para futuras pesquisas, sendo o passo seguinte à pesquisa descritiva (DE SORDI, 2017).

Essa definição foi o objetivo central deste estudo, que poderá ter continuidade em pesquisas futuras com a finalidade de implementar as soluções propostas.

Publicações ao longo dos anos sobre prontuário e PEP foram apresentadas em artigos científicos no Brasil, conforme se observa no Quadro 1.

Quadro 1: Publicações sobre PEP no Brasil (continua)

Obra	Resultados	Recomendações/Conclusões
Namorato <i>et al.</i> (2013)	A maior parte dos entrevistados (70%) utiliza ou já utilizou o PEP, sendo que 47% fizeram em hospitais particulares.	O presente estudo aponta para a necessidade de uma maior discussão e disseminação de informações a respeito do PEP junto aos profissionais de saúde, auxiliando assim na implantação de tal sistema nas instituições de saúde
Jenal e Évora (2012a)	O planejamento realizado para a implantação não deu tão certo como inicialmente se havia imaginado, tendo como consequência certo choque, uma vez que o sistema antigo foi abruptamente interrompido e o novo instalado	Neste relato de experiência ficou evidente a integração dos sistemas de todos os serviços e unidades hospitalares, podendo servir como indicador de caminho para outros hospitais que queiram implantar o PEP
Perez e Zwicker (2010)	O PEP é um sistema complexo que envolve grande funcionalidade, e, portanto, sua utilização não é fácil	Ficou evidenciado que a utilização de sistemas de informações acarreta, por parte de seus usuários, percepções que podem ter reflexos nas tarefas e no trabalho da organização
Ruiz, Laurino e Roma (2012)	O planejamento foi realizado com a equipe multidisciplinar e com o objetivo de uniformizar o processo educacional por meio da construção de uma ferramenta que direcionasse ações e as armazenasse de forma organizada	A implantação do plano educacional no PEP foi bem sucedida, uma vez que os objetivos foram atingidos como estimular o registro sistematizado das ações de educação
Patrício <i>et al.</i> (2011)	O PEP pode otimizar o trabalho médico, pois permite o acesso mais veloz às informações do paciente e a documentação dos atendimentos prestados ao longo da vida; também proporciona legibilidade dos dados e integração com outros sistemas de informação	Apesar das dificuldades relatadas, acredita-se que a criação de sistemas de informações que incluam o PEP no âmbito do sistema de saúde brasileiro, a fim de identificar os usuários, facilitar a gestão dos serviços, a comunicação, o compartilhamento das informações e, melhorar a qualidade da assistência prestada à população
Gonçalves <i>et al.</i> (2013)	O resultado do estudo aplicado demonstrou que não há implantado no município o sistema de prontuário único que poderia ser acessado nos diferentes pontos da RAS e em seus sistemas de apoios. Nesse sentido, a modalidade eletrônica de prontuário é uma ferramenta de grande utilidade para garantir essa integração entre os pontos de atenção	O PEP apresenta empecilhos para sua utilização, dentre elas: o custo de implantação e a necessidade de capacitação dos profissionais. Contudo, verifica-se que os benefícios gerados superam as dificuldades

Quadro 1: Publicações sobre PEP no Brasil (conclusão)

Canêo; Rondina (2014)	As instituições analisadas mencionam como benefícios na implantação do PEP: o compartilhamento das informações por diversos profissionais da saúde, a organização sistemática, objetiva e clara dos dados, o auxílio no processo de tomada de decisão e na efetividade do cuidado, e a utilização das informações disponíveis nos prontuários para realização de pesquisas clínicas e sociodemográficas, estudos epidemiológicos e avaliação da qualidade do cuidado	O sucesso ou fracasso na implantação de um sistema de PEP está condicionado, diretamente, ao treinamento intenso e adequado da equipe e à sua participação nas diversas etapas que precedem a implantação do sistema e à familiaridade dos usuários com o sistema implantado
Jenal e Évora (2012b)	O desafio para a criação do PEP ainda é grande, devido à complexidade envolvida	Observa-se que chama a atenção também a preocupação que a utilização da informática não deve eliminar o contato com o paciente
Capucho <i>et al.</i> (2013)	Os médicos parecem preferir a notificação manuscrita à informatizada, já que notificaram mais vezes pela notificação impressa. A notificação pelo sistema informatizado elimina qualquer possibilidade de problemas de legibilidade e rasuras, o que demonstra ser uma grande vantagem assim como para a prescrição eletrônica	Para o desenvolvimento de uma cultura de notificação voluntária de incidentes em saúde nas organizações que desejam trabalhar com a segurança do paciente, é desejável que haja a informatização das notificações, favorecendo o relato, reduzindo o tempo do profissional ao relatar, fomentando o desenvolvimento de ações mais efetivas e rápidas para redução de incidentes, de riscos e danos aos pacientes, trazendo segurança aos usuários do sistema de saúde
Braga <i>et al.</i> (2013)	Ficou evidente a necessidade de capacitação permanente com relação ao registro da informação, pois o preenchimento do prontuário deve ser realizado com qualidade da informação, seja em prontuário digital ou em papel. Caso contrário, a informação será deficiente	Foi revelada a participação coletiva em busca de uma melhor qualidade para o produto desenvolvido, assim como a necessidade de capacitação permanente dos envolvidos para melhor qualidade do registro da informação

Fonte: Elaborado pela Autora (2019).

1.6 Mapa da Literatura (ou Bibliométrico)

“Mapa da Literatura (ou Bibliométrico) é o indicador de saturação, pois indica quais temas ainda demandam de pesquisa e quais já são suficientes”. (DE SORDI, 2013)

Publicações ao longo dos anos no Mapa de Literatura (ou Bibliométrico) sobre Prontuário e PEP foram apresentadas em artigos científicos no Brasil, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2: Mapa da Literatura

Obra	Aspectos Legais do PEP	Capacitação dos clientes internos (colaboradores)	Indicadores Hospitalares	Integração do PEP (compartilhamento das informações)	Utilização do PEP
Braga <i>et al.</i> (2013)	X				X
Canêo e Rondina (2014)	X	X	X	X	X
Capucho <i>et al.</i> (2013)	X				X
Gonçalves <i>et al.</i> (2013)	X				X
Jenal e Évora (2012a)	X	X			X
Jenal e Évora (2012b)	X	X			X
Namorato <i>et al.</i> (2013)	X	X			X
Patrício <i>et al.</i> (2011)	X	X		X	X
Perez e Zwicker (2010)	X	X			X
Ruiz, Laurino e Roma (2012)	X	X			X

Fonte: Elaborado pela Autora (2019).

1.7 Caracterização do Hospital

O hospital que nos serve como modelo – criado no início dos anos 60 – é um órgão do Governo do Estado de SP, vinculado à Secretaria de Planejamento e Gestão. Presta assistência médica e hospitalar a seus contribuintes e beneficiários, incentivando o ensino, a pesquisa e o aperfeiçoamento no campo da medicina, para manter elevado seu padrão assistencial.

O hospital, chamado de instituto, atua em três frentes: assistência, ensino e pesquisa. A integração desses três pilares resulta no oferecimento de serviços de saúde, prestando serviços ambulatoriais e de internação. O Hospital conta com 51 especialidades médicas, presta atendimento a pacientes de origem local e regional em 175 municípios do Estado de SP.

O hospital atua em diversas áreas médicas com diversos serviços médicos e em diversas subespecialidades. O ensino é vinculado ao Instituto, abrangendo um Centro de Formação, Pós-Graduação “*Latu Sensu*” para quem já terminou a Residência Médica, Pós-Graduação “*Stricto Sensu*” em nível de Mestrado e Doutorado na área de Ciências da Saúde e

Residência Médica com subespecialização em 20 (vinte) serviços médicos distribuídos em 36 (trinta e seis) subespecialidades.

A construção hospitalar, constituída de um prédio, eleva-se em uma estrutura vertical, abrangendo uma área física de 34.000 m² (trinta e quatro mil metros quadrados). A pequena unidade ambulatorial – objeto de estudo - conta 15 (quinze) leitos operantes que para a utilização do Centro Cirúrgico, o Setor de Internação da PUA disponibiliza esses leitos no prazo de uma semana antes dos procedimentos.

A característica do porte da pequena unidade ambulatorial está de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n. 1.044/2004, (anexo A), que instituiu política especial para organização e apoio financeiro para Hospitais de Pequeno Porte, na qual considerou apenas os hospitais de pequeno porte aqueles que possuam capacidade normal ou de operação de 5 (cinco) até 30 (trinta) leitos.

Na sua estrutura organizacional, as equipes: médicas, enfermagem, fisioterapeutas, oficiais administrativos, técnicos e auxiliares de enfermagem são todos concursados via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Alguns serviços já foram terceirizados, tais como as equipes de: limpeza, segurança, almoxarifado, rouparia; os clientes internos (colaboradores) concursados que atuavam nestes serviços estão sendo remanejados para outras atividades.

O HPE possui uma comissão de prontuários que regulamenta e normatiza que tem por objetivo avaliar a situação do prontuário do paciente, propor mudanças de consenso com o corpo clínico e supervisionar a qualidade das informações contidas (apêndice C).

Em relação aos atendimentos do HPE, foi constatado um volume muito grande de atendimentos, ultrapassando um milhão de atendimentos mensais conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1: Número de Atendimentos no HPE

Número De Atendimento Do HPE (Mensal)	
Cirurgias	3.000
Consultas	260.000
Exames Clínicos e de Imagens	922.000
Internações	6.800
Total	1191.800

Fonte: Elaborado pela Autora (2019)

1.7.1 Equipe da pequena Unidade Ambulatorial (PUA) do HPE

A equipe da PUA do HPE é subdividida por mais 4 (quatro) setores, conforme descrição abaixo:

1) Centro Cirúrgico: Este setor é constituído pelos seguintes clientes internos (colaboradores): (a) enfermeira encarregada; (b) enfermeiro assistencial; (c) técnico de enfermagem; (d) auxiliar de enfermagem; (e) auxiliar de saúde; (f) oficial administrativo; (g) auxiliar de serviços gerais (Tabela 2);

2) Hemodinâmica: Este setor é constituído pelos seguintes clientes internos (colaboradores): (a) enfermeira encarregada; (b) enfermeiro assistencial; (c) técnico de enfermagem; (d) auxiliar de enfermagem; (e) oficial administrativo (Tabela 2);

3) Hospital-Dia: Este setor é constituído pelos seguintes clientes internos (colaboradores): (a) enfermeira encarregada; (b) enfermeiro assistencial; (c) técnico de enfermagem; (d) auxiliar de enfermagem; (e) oficial administrativo (Tabela 2);

4) Central de Respiradores: Este setor é constituído pelos seguintes clientes internos (colaboradores): (a) técnico de enfermagem; (b) auxiliar de enfermagem (Tabela 2).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na constituição brasileira, a saúde é entendida como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante acesso universal e igualitário a ações e serviços. Cuidar da saúde é competência da União, dos Estados, do Distrito Federal (DF) e dos Municípios, com necessidade de divisão de responsabilidade e de trabalho cooperativo e integrado entre as diferentes esferas governamentais, para constituir o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988).

Os resultados que foram pretendidos são do interesse de todas as categorias envolvidas com a utilização do PEP, para a resolução dos problemas de área física ocupada, o volume dos prontuários, a falta de legibilidade, a redundância de informações, o excesso de documentos, e outros, que dificultam enormemente o acesso e a utilização da informação.

De posse das informações geradas, vislumbrou-se que os atores escolhidos como representantes do segmento da saúde pudessem definir uma proposta de reestruturação do conteúdo e da forma de armazenamento dos prontuários e verificou-se à disposição dos seus usuários na adoção dessas ferramentas contemporâneas.

2.1 Definição do PEP - Conceito

A necessidade da existência de um documento no qual as informações relativas ao histórico de saúde do indivíduo fossem registradas não é recente. A palavra prontuário origina-se do latim *promptuarium* e significa “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” ou “manual de informações úteis” ou ainda “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa” (HOUAISS, 2009).

Como o principal objetivo do prontuário, dentro da Medicina, é facilitar o momento de atendimento ao paciente, é natural ele ser chamado de “prontuário do paciente”, considerando que as informações ali contidas são referentes ao paciente. Este nome também faz sentido ao verificarmos que outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento daquele indivíduo, também participam da equipe multidisciplinar que possui acesso ao documento.

Massad, Marin e Azevedo (2003) entendem que o sistema de PEP foi criado para que médicos e enfermeiros recordassem de forma sistemática dos fatos e eventos clínicos ocorridos em um indivíduo, de forma que os demais profissionais da saúde envolvidos no processo de atenção pudessem ter acesso a estas informações. Assim, ele é o mais relevante veículo de comunicação entre os membros de uma equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Além de ser uma ferramenta de trabalho, o PEP fortalece o atendimento integral e ajuda a estabelecer as necessidades do paciente como sujeito singular; além disso, o PEP é considerado não apenas uma ferramenta de registro, mas um facilitador da comunicação e integração dos vários saberes, que auxilia a superar inúmeras dicotomias fundamentadas no modelo biopsicossocial e no fazer interdisciplinar (MOERSCHBERGER, CRUZ e LANGARO, 2017).

2.1.1 Prontuário – Centro das Informações em Saúde

Para Massad, Marin e Azevedo (2003) o PEP tem a finalidade de dar suporte aos processos de atenção à saúde provendo informações médicas e administrativas; registrar legalmente as ações médicas; servir como material para pesquisas (tanto no âmbito de estudos clínicos como no âmbito de ensino).

De acordo com Carvalho (2016) o prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade; ele serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação.

Ainda de acordo com Carvalho (2016), o prontuário completo possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao enfermo, sendo que a avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerá da exatidão das informações incluídas no prontuário. Assim, é fundamental que nesse documento estejam todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados, porque o prontuário deve ser o

registro histórico, fidedigno, da evolução do quadro de saúde do paciente, de sua própria experiência e atitudes pessoais e familiares frente à doença, das condutas médicas e demais equipes que tenham participado e contribuído com a atenção dispensada a cada um desses fatores (CARVALHO, 2016).

Para o CRMDF (2006) a relevância dos registros completos é fundamental em caso de intercorrências que exijam intervenção de médicos plantonistas, visto que estes ficarão cientes da evolução da doença pelo exame do prontuário. Além disso, é a forma de ligação e de comunicação entre os variados setores assistenciais: (a) para o médico é defesa legal como provas documentais em processos com tramitação nos conselhos de classe e tribunais de Justiça, facilita o trabalho na elaboração da diagnose e instituição do tratamento; (b) para a Instituição Assistencial e os Poderes Públicos, constitui defesa legal, demonstra o padrão de atendimento oferecido, pela análise dos resultados, dispõe dados comprobatórios para reivindicações e, nas sindicâncias, para apurações de fatos desencadeantes de processos; (c) para o Ensino e a Pesquisa, possibilita análise de grande quantidade de casos, mesmo atendidos em ocasiões distintas e facilita o estudo dos diagnósticos e a avaliação da terapêutica adotada e a análise de casos em reuniões científicas. Ainda, oferece os dados que permitem formar indicadores sobre mortalidade, morbidade, prevalência e incidência de morbidades, elaboração de fichários estatísticos sobre pacientes, doenças e tratamentos, itens essenciais para investigações epidemiológicas e (d) para a Equipe Assistencial, permite mais interação entre os profissionais que acompanham o paciente por ser instrumento de comunicação; o prontuário é, também, o documento de maior valor jurídico para defesa ou acusação referente ao atendimento prestado.

Patrício *et al.* (2011) corroborando com as afirmativas supracitadas, destaca que muitas informações essenciais para a assistência ao paciente após a sua alta, podem ser relevantes para a administração, para a pesquisa e o ensino, ou por questões legais. Além disso, as informações poderiam ser monitoradas ao longo do tempo e utilizadas para identificar o surgimento de doenças, pela comparação com os resultados anteriores; para monitorar o perfil epidemiológico da população; e até mesmo para estudos sobre procedimentos realizados e custos dos serviços.

Massad, Marin e Azevedo (2003) relatam que em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação. Estas informações agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde.

Os prontuários em papel são as formas mais tradicionais, todavia, esse tipo de documento é exposto aos riscos de quebra de privacidade e de extravio. Existe, ainda, a dificuldade para recuperação de informações relevantes para tomada de decisão e/ou que devem ser compartilhadas entre os profissionais de saúde e com os pacientes (Paes, 2011), além da dificuldade que apresenta na visualização integrada das informações, o que resulta em uma visão fragmentada (AMARAL e PAIVA, 2010).

Segundo Paes (2011) outras restrições impostas pelos registros em papel já se inicia na recepção porque nos atendimentos, o paciente precisa fazer longos relatos de suas consultas e atendimentos anteriores. Geralmente, durante as consultas, os pacientes são solicitados a fornecerem a história médica, visto que o atendimento é realizado por diferentes profissionais, sendo assim, tais informações costumam ser coletadas diversas vezes, mesmo que ocorram redundância de informações intencionais e que elas sejam desejáveis, o paciente pode se sentir incomodado e omitir informações relevantes em alguns casos.

O PEP é um sistema de armazenamento de informações que vem substituir o prontuário em papel, o qual tem se tornado insuficiente para atender às necessidades de organização das informações médicas. As informações registradas no PEP fornecem subsídios para continuidade e verificação do estado evolutivo dos cuidados em saúde, resultados dos procedimentos realizados bem como as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas, e apresentam caráter fundamental no processo gerencial, uma vez que possuem uma variedade de fonte de dados para a assistência, pesquisa, ensino e atividade administrativa de uma PUA. “Este conjunto mínimo de dados criou uma estrutura mais sistematizada de apresentação da informação médica que caracteriza o PEP de hoje” (MASSAD, MARIN e AZEVEDO, 2003, p. 3).

Para Perez, Popadiuk e Coelho (2017) a utilização de sistemas e da tecnologia da informação em saúde para a efetiva implementação desse tipo de tecnologia na área da saúde requer cooperação multiprofissional, assim como o envolvimento de outros profissionais.

Já para Alves, Kuroishi e Mandrá (2016) a utilização de computadores no acompanhamento dos cuidados aos usuários e na documentação da informação clínica em geral representa uma mudança inovadora e ao mesmo tempo um desafio para profissionais da área de saúde. O uso de tecnologia e sistemas de informação vem sendo amplamente estimulado e discutido pelo Ministério da Saúde.

2.2 Tecnologias da Informação no Contexto Hospitalar

A implantação das TI na saúde é tendência mundial e a capacitação dos profissionais inseridos diretamente na utilização das novas ferramentas de comunicação em saúde é necessária para tornar o seu uso eficiente (Gonçalves, 2013). “O desenvolvimento de um SI exige, além do domínio das linguagens de programação, um conhecimento profundo do fluxo de trabalho para o qual se destina” (GODOI *et al.*, 2012, p. 4).

Com o conhecimento da realidade do mercado em termos do processo de desenvolvimento de PEP, Costa e Sabbatini (2002) explicitam as dificuldades, obstáculos e perspectivas experimentadas em sua forma prática: (1) o desenvolvimento de um PEP é uma atividade difícil e complexa, e que, portanto, deve utilizar metodologias da Engenharia de *Software* que garantam a qualidade do sistema; (2) a aplicação de todos os conceitos de PEP não é uma atividade trivial e somente com esforço e mudança de paradigma será possível implementá-los; (3) segurança, confidencialidade e a padronização são as principais dificuldades para se implementar um PEP; (4) a Internet é a melhor solução para que todas as questões sejam debatidas e se chegue a consensos; (5) mais pesquisas e desenvolvimentos na área são necessários para que todas as questões sejam debatidas e se chegue a consensos e (6) “o PEP não é um produto, e sim um processo, e a questão chave são as pessoas, não a tecnologia”.

Para Marin e Azevedo (2003) o PEP é uma forma proposta para unir todos esses diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos e épocas diferentes, gerados por

diversos profissionais da equipe de saúde e apoio a hospitalidade em distintos locais. Assim, deve ser entendido como sendo a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida.

Segundo Alves, Kuroishi e Mandrá (2016) não se pode partir do princípio que a globalização contemporânea disponibilizou a todos o acesso igualitário à internet e ao computador, pois ele ainda está limitado à política pública de acesso a estas tecnologias.

Perez e Zwicker (2010) relatam que de acordo com o CFM (2006) os cinco estágios de evolução do registro eletrônico de dados de saúde são: (1) registro do paciente informatizado paralelo ao registro em papel; (2) registro do paciente informatizado com foco na redução do volume de papel; (3) registro do paciente informatizado em nível local envolvendo completa reengenharia dos processos da entidade e incorporação de novas funcionalidades; (4) registro eletrônico de informações da saúde do paciente em nível regional, nacional ou global. Envolve aspectos de interoperabilidade, confidencialidade e segurança de informações e (5) registro eletrônico de dados da saúde com amplas informações do paciente, não exclusivamente ligadas à saúde deste. Visa o acompanhamento integrado do paciente ao longo de toda a sua vida.

Conforme informações do CFM (2006) o PEP corresponde ao terceiro estágio do registro eletrônico de dados, uma vez que suporta a interação da instituição com o paciente, começando com a sua recepção no consultório, ambulatório ou pronto-socorro, até o momento em que é liberado, após o atendimento, assim como os dados históricos de consultas anteriores e resultados de exames, permanecem registrados eletronicamente no sistema. (Perez e Zwicker, 2010).

Já para a Organização Pan-Americana de Saúde, esse tipo de prontuário é uma proposta para atender as demandas dos novos modelos de atenção e de gerenciamento dos serviços de saúde. O prontuário facilita o atendimento, pois, entre outras coisas, o paciente não precisa fazer longos relatos de suas consultas e atendimentos anteriores.

De modo geral, Marin (2010) destaca que o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro passa a ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e

demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um.

Para Sabbatini (1998) o PEP é um instrumento ativo, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde.

Os PEPs devem ser caracterizados pela simplicidade de utilização e à medida que as informações são geradas, a complexidade do sistema aumenta (Patrício *et al.*, 2011). Em seu artigo intitulado “*Preservando a confiabilidade médica na Internet*”, Sabbatini (2002, p. 1) escreve que:

“O registro médico deixa de ser um documento passivo, difícil de entender, afastado do paciente, para ser um instrumento ativo, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, e um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde”.

Para Godoi *et al.* (2012) ao se considerar o desenvolvimento de um SI computadorizado deve-se valorizar o contínuo investimento em tecnologia, de modo que os avanços nesta área não venham a comprometer a usabilidade do sistema.

Já para Perez e Zwicker (2010) apesar dos vários estudos sobre a aceitação de SI, pouco se sabe sobre quais fatores afetam o processo de adoção desse tipo de inovação tecnológica pelos profissionais de saúde. A efetiva implementação e utilização desse tipo de tecnologia na área de saúde requer cooperação entre as pessoas, bem como o envolvimento dos profissionais da área. Por sua vez, a redução da resistência à mudança e o incremento da utilidade percebida constituem os propulsores da aceitação de sistemas dessa natureza.

A implantação e adoção deste tipo de sistema deve levar em conta, além dos fatores relacionados ao próprio sistema, os diversos fatores relacionados à estrutura interna da organização (Perez, Popadiuk e Cesar, 2016), além da questão da integração de seus vários usuários e equipes, a saúde também se beneficia do PEP na melhoria dos resultados operacionais e estratégicos (Perez e Zwicker, 2010). “Este modelo de atendimento utiliza a informação e a integração como elementos essenciais da organização” (Massad, Marin e Azevedo, 2003). “Da mesma forma, o processo de implantação da inovação deve ser

conduzido até a aceitação pelos usuários em risco de rejeição” (PEREZ, POPADIUK e COELHO, 2017, p. 76).

Godoi *et al.* (2012) relatam que os sistemas informatizados em saúde, primeiramente idealizados para o controle administrativo, foram os primeiros aplicativos a serem desenvolvidos nos hospitais. Posteriormente, funções orientadas a tarefas específicas dentro do hospital foram incluídas; ainda, porém, sem integração entre os dados administrativos e clínicos.

Já para Gonçalves *et al.* (2013) como todo sistema de informação, o PEP tem seus empecilhos, que, muitas vezes, impedem a sua implantação. Dentre eles, o alto custo para a implantação dessa ferramenta e a necessidade de treinamento dos profissionais que terão acesso ao PEP, além do investimento em segurança a fim de garantir o sigilo das informações dos usuários.

Costa e Portela (2018) enfatizam a preocupação com o sigilo e a privacidade das informações armazenadas nos registros está sempre presente no discurso de gestores e profissionais no campo da saúde. E para Alves, Kuroishi e Mandrá (2016) é indispensável que os PEPs estejam adequados às especificidades de cada área, entretanto, grande parte dos sistemas de tecnologia em informação da saúde é desenvolvida para utilização médica e, quando em uso, são adaptados para as necessidades dos demais profissionais de saúde. Em serviços com equipe multiprofissional deve-se assegurar que o sistema eletrônico implantado para o PEP atenda às demandas de registro pertinentes a cada especialidade em relação à diversidade de informações geradas e que precisam de registro formal em prontuário.

Alves, Kuroishi e Mandrá (2016) relatam que a informática, quando introduzida em unidades escolares, deve agregar-se ao espaço e à realidade dos alunos, como um recurso para as atividades curriculares. Isto significa que os docentes, precisam redirecionar sua formação pedagógica e, necessitam adaptar suas atitudes e posturas diante do mundo, do conhecimento e do processo de ensino.

Godoi *et al.* (2012) relatam que a Revolução Informacional tem sido a característica definidora do novo século; na área da saúde Pública, as tecnologias de informação se apresentam como um relevante meio de reestruturação do olhar sobre ela. Essa inserção da

informática na área da saúde passou e ainda passa por transformações determinadas pelas mudanças nas relações de poder nas políticas da Saúde Coletiva.

Para a literatura, segundo Patrício *et al.* (2011) entendem que a modalidade eletrônica de prontuário garante que os dados do paciente possam ser compartilhados de forma efetiva e rápida por toda a equipe que atende o paciente, e esse intercâmbio é possível até mesmo em longas distâncias, o que pode também ocorrer nas RAS. Essa ferramenta elimina um problema comum na prática clínica: a ilegibilidade das informações escritas à mão pelos profissionais nos prontuários de papel, fato que pode gerar interpretações errôneas dos dados clínicos e, conseqüentemente, propedêutica e terapêutica inadequadas para o paciente.

Já para o autor Godoi *et al.* (2011) a informática na área da saúde engloba um corpo de conhecimentos muito maior do que aquele que se refere apenas à Medicina. Considerando a velocidade da inserção da tecnologia na vida particular e profissional dos indivíduos, é fato que todos terão mais ou menos dificuldades para lidar com o aparato tecnológico atual e futuro.

Segundo Gonçalves *et al.* (2013) durante muito tempo, teve-se o entendimento de que as informações contidas no prontuário pertenciam ao médico-assistente ou à instituição. Hoje, entende-se que é um documento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o usuário e o serviço de saúde. Nesse sentido, a modalidade eletrônica de prontuário é uma ferramenta de grande utilidade para garantir essa integração entre os pontos de atenção.

No Brasil, são feitas milhões de consultas médicas por ano; há um volume crescente de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde, os quais compõem os prontuários dos pacientes (PATRÍCIO *et al.*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a utilização das tecnologias em informática e comunicação em saúde como ferramenta para a gestão hospitalar tem propiciado aos centros de saúde de todo o país uma maior padronização dos serviços prestados pelo SUS aos pacientes, por meio do cartão único de saúde, que busca a padronização do atendimento em todo o sistema, em qualquer parte do Brasil.

Para Gonçalves *et al.* (2013) o sistema informatizado do prontuário clínico do paciente permite que as informações sejam guardadas por muito mais tempo, garantindo maior

segurança para o paciente e sua família, e facilitando a utilização dos dados em possíveis estudos epidemiológicos. O processamento desses dados possibilita que sejam verificadas as tendências em determinada população, despertando previamente a atenção dos profissionais e gestores da saúde para possíveis epidemias, assim provocando medidas imediatas de controle.

Conhecer modelos para autorização e controle de acesso ao PEP é essencial para disponibilizar a sua utilização em larga escala. O controle, embora priorize o sigilo dos dados do prontuário, não pode prejudicar o atendimento ao paciente por negar acesso legítimo às informações e aos serviços requisitados pelos profissionais de saúde. Patrício *et al.* (2011) afirmam que é difícil estabelecer os critérios para determinar quem tem direito a acessar determinadas informações, com quais privilégios e em quais condições. Outro obstáculo refere-se a como administrar uma política de autorização e impor o controle de acesso ao PEP, se este é distribuído em bases de dados distintas, acessadas por aplicações diversas, em plataformas heterogêneas.

Gonçalves *et al.* (2013) entendem que a implantação dos PEPs em todo o território nacional seria um grande passo em direção à melhoria na qualidade da assistência à saúde prestada aos pacientes, por gerar facilidade, agilidade e segurança para os profissionais de saúde e a saúde pública brasileira se tornaria mais completa e precisa.

Tornar os cuidados médicos mais centrados no paciente é essencial para a melhoria da qualidade do atendimento. Patrício *et al.* (2011) entendem que o PEP é uma ferramenta de extrema relevância, sendo fundamental avaliar as implicações éticas envolvidas na sua utilização. Neste cenário, o PEP viabiliza o acesso distribuído de dados e informações, promove o conhecimento do conjunto das ações assistenciais e permite um melhor desempenho das atividades.

Mesmo no mundo da TI, sabe-se que é impossível automatizar processos que não são bem definidos; pois não é a presença de uma rede de computadores, que vai solucionar problemas conceituais e organizacionais previamente não resolvidos. “Se não há processos definidos, não há como informatizar. A informática é apenas uma ferramenta facilitadora, não uma panaceia por si só” (ANDREASI, 2002, p. 1).

Para Patrício *et al.* (2011) o PEP deve ser entendido como o repositório de dados clínicos obtidos por variadas fontes, armazenados eletronicamente de modo a permitir sua recuperação rápida e organizada, com informações de um conjunto de pacientes ou sobre um paciente em particular. Para ser útil, necessita da adoção de padrões na representação da informação, nos meios de armazenamento e na troca de informações.

Há uma série de requisitos para se chegar aos benefícios esperados do PEP e estão relacionados principalmente à reestruturação da forma como os profissionais de Saúde de diferentes categorias e especialidades utilizam a informação e como estes interagem entre si, e do quanto estejam conscientes que o investimento lhes retornará. “É preciso que a capacitação seja vista como necessária e a educação continuada como imprescindível” (ANDREASI, 2002, p. 1).

Amaral e Paiva (2010) destacam que a do prontuário físico está disponível somente a um profissional ao mesmo tempo, possui baixa mobilidade e está sujeito a ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização dificuldade de acesso, fragilidade, do papel e a sua guarda requer amplos espaços nos serviços de arquivamento, além da dificuldade que apresenta na visualização integrada das informações, o que resulta em uma visão fragmentada.

A cooperação dos clientes internos (colaboradores) na utilização do PEP é imprescindível, já que o processo de integração é longo. Mas, se o objetivo maior é um atendimento de qualidade à saúde da população, as barreiras de resistência devem ser rompidas para prover elementos norteadores que contribuam para a evolução do raciocínio, da *performance* profissional e de pesquisas futuras.

2.2.1 O que é Informática em Saúde?

Diferentes autores expressam visões semelhantes sobre o conceito de informática em saúde para a tomada de decisões, e sua definição não tem sido tarefa simples para autores e estudiosos do assunto, em função da diversidade do mundo empresarial.

A SBIS (2006) assinala a informática médica ou informática em saúde como um campo de rápido desenvolvimento científico que lida com armazenamento, recuperação e utilização da informação, dados e conhecimento biomédico.

Goldstein (2010) acrescenta que a utilização da TIC pode se tornar uma ferramenta estratégica eficaz para prestar informações aos diferentes níveis hierárquicos que compõem o hospital, tanto no processo de planejamento, de operação, de controle das ações estratégicas hospitalares e da tomada de decisão.

2.2.2 Automação de Processos em Tecnologias Cognitivas

Akabane (2018) entende que a segurança cibernética é uma variável crítica para indivíduos, organizações e até para a segurança nacional, e continuará sendo uma questão relevante para os participantes da empresa digital/eletrônica, que necessitam compreender o seu status atual, os desafios e as questões por elas impostos, as tendências emergentes que as suportam e, sobretudo, as orientações futuras da organização. Ainda de acordo com Akabane (2018), o sucesso da computação cognitiva será medido de forma prática; questões acerca da segurança, tanto individual quanto institucional, valem para toda a tecnologia transformacional.

Além do fato de quem *sem padronização não existe gestão de processos, tarefas ou atividades*, pode-se ressaltar a relevância da padronização para: (a) estabelecer claramente responsabilidade e autoridade; (b) estabilizar os processos; (c) constituir base para a melhoria contínua e, portanto, aumentar a produtividade; (d) assegurar a qualidade; e) acumular o conhecimento tecnológico da *empresa* (TACHIZAWA, 2016).

Segundo Akabane (2018) um desenvolvimento relevante nos últimos anos é a combinação de identificação digital com identificação de elementos humanos que, além de entrar com nome e conta de usuário, o indivíduo ainda passaria por varredura da impressão digital, do tipo sanguíneo e da íris, por interpretação facial e por verificação do próprio DNA, que seria a opção ideal. Assim sendo, a coleta e análise de dados em grande escala se tornam realidade nas organizações a partir de vários canais e várias fontes e a necessidade de

compreender melhor os clientes e a oferta dos benefícios tangíveis para obtenção de vantagens competitivas sustentáveis é imperativa junto às organizações.

2.3 Indicadores

O termo indicador origina-se do latim *indicare*, verbo que significa apontar ou proclamar. Em português, indicador significa aquilo que indica, torna patente, revela, propõe, sugere, expõe, menciona, aconselha, lembra (HOUAISS, 2009). Na construção de um indicador, parte-se da premissa do que se pretende medir para então definir qual será o padrão de medição. O padrão comparativo deve ser estabelecido em função do que se está medindo, visando manter uma relação próxima, de modo a dar respaldo para a comparação.

Para Tachizawa (2016) é uma relação matemática que resulta em uma medida quantitativa, identifica-se em um estado do processo ou resultado deste e associa-se a metas numéricas preestabelecidas.

O objetivo principal dos indicadores é mapear e colocar a empresa no caminho correto. Criar indicadores para avaliar o desempenho é desenvolver instrumentos de realimentação para o gerenciamento. É a comunicação da empresa com o sucesso. Alguns indicadores são clássicos para o controle financeiro e de gestão de uma empresa.

O estabelecimento do processo de medição consiste na definição dos dados para compor o indicador, na elaboração e teste da fórmula e na definição dos responsáveis pela coleta dos dados. Além disso, especial atenção deve ser dada a periodicidade da atualização, na forma de apresentação, nas explicações necessárias, entre outros.

Os indicadores são apresentados sob a forma de tabelas, de gráficos e mapas, precedidos de uma ficha contendo a descrição das variáveis utilizadas em sua construção, a justificativa e, em casos específicos, comentários metodológicos, incluindo, ao final da publicação, um glossário com a conceituação da terminologia utilizada (TACHIZAWA 2016).

Contemplam uma série histórica e abrangem informações sobre o a atividade, sobre as unidades de negócios, se possível, permitindo o acompanhamento dos fenômenos. Nas organizações, são definidos como indicadores de desempenho empresarial pois contemplam

o todo organizacional. Esses indicadores podem ser Institucionais, Econômicos, Qualitativos e Socioambientais.

Gerar mão de obra especializada, capaz de criar um mercado competitivo na área da saúde, é a proposta do administrador do hospital. Porém, as métricas utilizadas para garantir este ambiente competitivo necessitam ser estabelecidas, bem como saber os parâmetros utilizados no Brasil. Da maneira como é feita em muitas organizações, essa avaliação atual é sensorial e não é a ferramenta adequada para garantir a qualidade, pois o controle pode ser utilizado como principal indicador de qualidade e desempenho no ambiente organizacional e no hospital, uma falha pode significar uma vida (FARIAS; SILVA e PICCHIAI, 2016).

Implantar um setor no ambiente hospitalar exige sensibilidade, criatividade e comprometimento do administrador do hospital, muito mais do que a mera disponibilização de recursos, sejam estes humanos ou financeiros. Os recursos para implantação nascem de uma parcela da eliminação dos desperdícios provocados pela falta de gestão estratégica nos setores coordenados dentro da organização na gestão dos serviços de apoio em busca do atendimento das necessidades, desejos e da superação da expectativa de que necessita de cuidados diferenciados: o paciente (FARIAS *et al.*, 2016).

Picchiai e Resky (2018) chamam a atenção sobre a importância da análise financeira e econômica do hospital no sentido de auxiliar a medir sua vantagem competitiva, onde a vantagem financeira será realizada por meio dos vários índices calculados com os demonstrativos financeiros da empresa e o desempenho econômico que compara o nível de retorno de uma empresa com o custo de capital, ou seja, a taxa de retorno requerida por seus investidores.

Para Soranz, Pinto e Camacho (2017) a descentralização da gestão para níveis mais próximos do usuário é potencialmente positiva para o registro de dados clínicos, caso seja feito um adequado monitoramento dos indicadores, auditorias clínicas periódicas e realizado periodicamente informes aos profissionais de saúde com os dados e indicadores acompanhados. Contudo, esse desafio é permanente: com o avanço tecnológico, a necessidade de integração com outros subsistemas se faz necessário; não apenas por uma questão de redução do custo dos pedidos de exames sem evidências científicas sólidas para identificação clínica, mas também para fortalecer a coordenação do cuidado.

Tachizawa (2016) recomenda que para cada indicador, seja traçado um valor e data para se atingir uma meta, uma visualização gráfica para fins de comparação com o negócio. Definir o que deve ser medido na organização deve estar ligado aos elementos que controlam seu desempenho e sua sobrevivência. Esses elementos estão diretamente ligados ao setor ao qual pertence a organização, que influenciam nos resultados, na sobrevivência e no comportamento competitivo da organização no seu ramo de atividades.

2.3.1 Indicador de Gestão

Tachizawa (2016) entende que os *indicadores de gestão* podem integrar um modelo proposto e possibilitam que a organização avalie os produtos e serviços prestados aos seus beneficiários atuais e potenciais, conforme a mensuração dos parâmetros estratégicos, principalmente, em seu processo de interação com o meio ambiente externo, sendo estruturado como uma relação entre duas variáveis, na forma de numerador e denominador, com a preocupação de que seus atributos e valores sejam passíveis de mensuração. Separar os objetivos e mensurá-los é a única forma de promover a eficácia de uma organização, considerando que as decisões são baseadas em eventos e dados quantitativos, dada à relação matemática que mensura os resultados reais comparados às metas preestabelecidas. Na sua determinação podem ser visualizadas algumas características descritivas, tais como: (a) é uma relação matemática que resulta em uma medida quantitativa; (b) identifica-se o resultado de um processo ou resultado deste; (c) associa-se a metas numéricas preestabelecidas.

Esses indicadores, também denominados *indicadores de desempenho global*, visam a avaliação do desempenho da organização como um todo, embora também possam ser utilizados para a avaliação de clientes institucionais. A gestão desses indicadores cabe ao corpo gerencial da organização. As métricas são estabelecidas na forma de macroindicadores, adequando-se ao nível estratégico e que com efeito possam medir os resultados globais da organização, assim, tornando possível o estabelecimento dessas métricas na forma de indicadores de desempenho. Os indicadores puderam ser analisados por meio da análise qualitativa descrita, conforme proposto em Indicadores de PEP na PUA (Tabela 3).

2.3.2 Indicador de Desempenho

Indicadores de desempenho podem ser definidos com características mensuráveis de processos, produtos ou serviços, utilizadas pela organização para acompanhar, avaliar e melhorar o seu desempenho. Os indicadores necessitam da definição do que medir e o padrão de referência de comparação e devem refletir a “estratégia” da empresa.

Segundo Zairi e Leonard (1995) informações dos clientes, obtidas por meio de pesquisas anônimas conduzidas por consultores independentes, podem prover excelentes indicadores de desempenho da empresa contra sua concorrência. Para Camp (1998), os indicadores específicos de desempenho organizacional (resultados finais que definem o sucesso de uma organização) – custos (despesas) e receita (renda), são também assunto das investigações de *benchmarking*. Os dados de desempenho dos concorrentes ou das companhias são suficientemente estimulantes para encorajar uma análise mais completa dos produtos/serviços, dos processos empregados para produzir tais resultados e dos sistemas de apoio exigidos para manter níveis excelentes da qualidade dos produtos e serviços.

Segundo Tachizawa (2016) os indicadores de desempenho, também conhecidos como indicadores setoriais, são utilizados para a avaliação da qualidade e do desempenho dos processos que compõem uma organização, enquadrando-se em indicadores de gestão ambiental e de responsabilidade social.

O papel do gestor é apoiado pelo Gerenciamento de Processos, estudado por Michael Hammer, e que trata de lacunas de desempenho em um determinado período de tempo. Nesse ambiente, o entendimento de excelência operacional, inovação operacional e processos devem ser considerados importantes constituintes da atividade gerencial (BELLO e VILTARD, 2019).

Com a mensuração do desempenho, é possível obter os resultados do acompanhamento da *organização* em diversos níveis; onde os executores evidenciam o resultado do seu trabalho sobre as saídas críticas da *empresa*, e por meio das métricas estabelecidas na forma de indicadores de desempenho, pode-se: (a) assegurar que o desempenho na organização está sendo administrado; (b) classificar os problemas, ordenando as prioridades; (c) definir com clareza aos clientes internos (colaboradores) sobre o que a

organização espera destes; (d) estabelecer uma base objetiva e justa para premiações e programas de incentivos (TACHIZAWA, 2016).

A direção estabelecida na forma de indicador de desempenho (Tachizawa, 2016), deve ser primeiramente externa à organização, considerando a conformidade e igualdade com o objetivo de comparar dados internos com os indicadores-padrões apresentados pelas associações, entidades de classe, sindicatos, órgãos governamentais e publicações especializadas do setor econômico ao qual a organização pertence.

A relevância da utilização de indicadores de desempenho relaciona-se diretamente com a entrega de valor ao cliente e com o desempenho global da organização, alinhando e permitindo melhorar os propósitos de todas as pessoas afetadas pelos negócios; diversos são os indicadores passíveis de serem empregados na mensuração e análise de desempenho, porém estes não devem ser empregados em sua totalidade (TACHIZAWA, 2016). Ainda, os indicadores de desempenho se sujeitam as particularidades de atividades de cada organização e esta deve conter seu conjunto de indicadores, que podem ser considerados alguns fatores básicos, ou áreas de abrangência das métricas, tais como: (a) indicadores de negócio; (b) gestão global; (c) satisfação do cliente; (d) qualidade dos produtos, bens ou serviços; e) recursos humanos.

2.3.3 Referencial de Excelência *Benchmarking*

O primeiro modelo de processo de benchmarking que se tem conhecimento na literatura é o que foi exposto por Camp em seu livro *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance*. (Melo, Carpinetti e Silva, 2000). Como o benchmarking tornou-se bastante utilizado principalmente entre empresas norte-americanas e europeias, surgiram vários modelos por causa de modificações realizadas por seus empreendedores para que o processo se adaptasse à cultura de suas respectivas organizações.

A prática de *benchmarking* é importante para as organizações que estão sempre buscando novos patamares de conhecimento e novas formas de aperfeiçoar seus produtos e

processos, tanto operacionais como gerenciais e avaliar a competitividade para a tomada de decisão.

A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) define o *benchmarking* como um método de comparação de desempenho de um processo ou produto com o seu similar, no qual a sua execução está sendo realizada mais eficaz e eficientemente, podendo ser dentro ou fora da organização, com o objetivo de entender o desempenho superior para adaptar à realidade da empresa que está com um desempenho inferior e implementar melhorias.

Spendolini (1993) define *benchmarking* como o processo de mensurar suas operações em confronto com operações similares no sentido de melhorar os processos de sua organização. O protótipo do *benchmarking* é o de melhorar a qualidade dos produtos e processos buscando atender da melhor maneira as necessidades do cliente. Ainda, conforme Spendolini (1992), o *benchmarking* pode ser feito de quase tudo que possa ser observado e medido.

Camp (1998, p. 10) apresenta uma definição a que chama de operacional quando diz que “*Benchmarking* é a busca das melhores práticas na indústria que conduzem ao desempenho superior”. Menachof e Wassenberg (2000), definem *benchmarking* como uma poderosa ferramenta usada no sentido de aumentar a qualidade do serviço. Segundo os autores, *benchmarking* é muito mais do que apenas mensurar processos.

Para Morling e Tanner (2000), realizar *benchmarking* é muito mais do que visitar outras empresas. Em primeiro lugar deve-se fazer um profundo estudo dentro da própria empresa; desta forma, torna-se mais fácil comunicar-se com as outras empresas. Partindo de uma análise das atividades e práticas dentro da organização, o objetivo do *benchmarking* é o de compreender processos, ou atividades existentes e, depois, identificar um ponto de referência externo, ou padrão, pelo qual essas atividades possam ser medidas ou julgadas, um *benchmarking* pode ser estabelecido a qualquer nível da organização, em qualquer área funcional. O objetivo é o de obter uma margem competitiva (Schonberger, 1990).

Spendolini (1993) e Camp (1998) afirmam que a técnica do *benchmarking*, por apresentar certa flexibilidade, é perfeitamente adaptável à qualquer tipo de organização ou empreendimentos empresariais, que poderão se beneficiar das vantagens desta técnica, em especial, ao entenderem a mesma como uma ferramenta de gestão organizacional.

Tachizawa (2016) utiliza o conceito de *benchmarking* referente a um padrão ou ponto de referência relativo a resultados e processos, que representam as melhores práticas e desempenhos para atividades similares, dentro e fora da organização. Ainda, as informações sobre a concorrência e o mercado poderiam ser obtidas por do *benchmarking* cuja prática possibilitaria a referência com o melhor, bem como serviria como instrumento de aprendizado da organização na medida em que evidencia onde ela deveria estar mediante uma avaliação do patamar *como é* até o patamar *deve ser*.

Os dois elementos chaves são mensuração e melhoria de processos internos por meio da busca da excelência pelo aprendizado das melhores práticas em nível mundial. Neste contexto, uma empresa pratica o *benchmarking* porque deseja atingir uma capacidade competitiva de nível internacional, porque deseja prosperar em uma economia global e porque deseja sobreviver.

Algumas questões devem preocupar a todos os envolvidos com a problemática de indicadores e *benchmarking*. Além da definição de *o que medir*, é necessária clara definição de *como, onde, quem e por que* medir tais processos. O *benchmarking* possibilita a obtenção de *feedback* regular do cliente, para análise do desempenho real ao longo das dimensões das métricas estabelecidas nos indicadores, alimentando os processos relevantes com informações do desempenho. Com isso, permite-se a adoção de ações corretivas caso o desempenho não esteja atingindo a meta e restabelecendo objetivos para que a *organização* continuamente se adapte à realidade externa e interna (TACHIZAWA, 2016).

Como *benchmarking*, considera-se o processo de “olhar” o que existe no mercado. Isso porque utiliza o *benchmarking* (referencial de excelência para fins comparativos), que em termos de abrangência, pode ser de três tipos: a) *benchmarking* interno: quando se compara atividades semelhantes dentro de um mesmo hospital; b) *benchmarking* competitivo: quando se compara com atividades semelhantes às das organizações assemelhadas do mercado e c) *benchmarking* interno: quando se compara atividades semelhantes conduzidas dentro de organizações médico-hospitalares de setores diferentes. Para efeito desta obra, utilizou-se, portanto, a conceituação de “*benchmarking como um padrão ou ponto de referência relativo a resultados e processos, que representam as melhores práticas e desempenhos para*

atividades similares, dentro e fora da organização, e informações competitivas referem-se a desempenhos relativos a concorrentes diretos, nos mercados de atuação da organização”.

As descobertas do *benchmarking* e os princípios operacionais nele baseados devem ser convertidos em ações para implementação. Além disso, é necessário que haja medições e avaliações de realizações periódicas. Com base nesses conceitos pode se considerar que o objetivo principal de se fazer “*benchmarking*” é o de implementar mudanças que acarretem melhorias nos produtos e/ou processos, e conseqüentemente, nos resultados da organização.

Indicadores para fins de *benchmarking* poderão ser estruturados visando comparar com métricas de instituições hospitalares, tanto do cenário brasileiro, como em termos agregados de outros países. Nesse contexto tem-se a pesquisa realizada pela consultoria britânica *Economist Intelligence Unit* (EIU, 2017) que avaliou os cuidados paliativos disponibilizados aos pacientes terminais em 80 países do mundo. O Brasil ficou em 42º lugar no “Índice de qualidade de morte 2015”. (TACHIZAWA; FERNANDES e HOSS, 2017).

O relatório analisou a qualidade de hospitais, além da quantidade de pessoas dedicadas a esse trabalho e sua qualificação. Também foi levado em consideração o acesso da população aos cuidados paliativos e a qualidade deles. O topo do *ranking* foi ocupado por países desenvolvidos: Reino Unido em primeiro, seguido de Austrália e Nova Zelândia. Nos últimos lugares estão Iraque, Bangladesh e Filipinas. De acordo com o relatório, apenas 34 dos 80 países avaliados poderiam ser classificados como bons em cuidados no fim da vida, o que corresponde a 15% da população adulta do mundo. Na América do Sul, Chile (27º), Argentina (32º), Uruguai (39º) e Equador (40º) ficaram à frente do Brasil no *Ranking*.

2.4 Conceito de Processo Sistêmico

Nos anos 1980, o sistema Toyota de produção lançou um novo paradigma de desempenho ao mundo. Dentre as características deste novo modelo de operação se encontrava a melhoria sistemática dos processos. A reengenharia de processos foi sinônimo do renascimento do interesse na gestão de processos (HAMMER e CHAMPY, 1993).

Ackoff (1974, 1981) parte da posição de que uma mudança profunda começou a ocorrer na sociedade industrial avançada a partir da segunda guerra mundial. Segundo o

autor, o novo histórico é caracterizado pelo significativo aumento da velocidade das mudanças, pela interdependência e pela acentuação do predomínio dos sistemas propositais complexos construídos pelo homem. Ainda de acordo com Ackoff, o período que ora se desenvolve, requer uma mudança profunda na ótica de exame da realidade. A visão de mundo mecanicista, suportada pela análise, determinismo e pelo reducionismo deve ser complementada pelo pensamento emergente da ‘era dos sistemas’.

A abordagem sistêmica de Ackoff (1981) contempla aspectos específicos nos sistemas propositais humanos no qual envolvem três níveis de propósito: as pessoas, a organização e o ambiente. ‘Problemas’ em organizações integram ‘sistemas de problemas’ e devem ser abordados como sistemas.

Para Ackoff (1981) sistemas, num determinado nível de análise, estão subordinados à realização tanto dos propósitos dos subsistemas como dos propósitos do sistema maior que ajudam a compor. Quando se trata de corporações de produção, implica em reconhecer três níveis propositais que devem ser atendidos: (i) as metas, objetivos e ideais da própria corporação; (ii) as necessidades das pessoas – componentes principais da organização – e (iii) os interesses do sistema maior que integram.

Nas décadas de 1980 e 1990, o escopo do controle de processo foi ampliado para abranger a ênfase corporativa do período, incluindo todas as funções de uma organização. Neste período, uma grande parte da atenção foi voltada para a reengenharia de processos empresariais (HAMMER e CHAMPY, 1993).

Para Ackoff (1981) a escolha de um nível sistêmico adequado ao fenômeno ou situação investigada é um passo importante em uma descrição sistêmica. Requer uma apropriada identificação do sistema, distinguindo-o dos subsistemas que o constituem e do sistema maior ou supra sistema do qual é parte (ACKOFF, 1981). Segundo essa concepção, quando se trata de organizações sociais, as partes de um sistema são elas próprias sistemas com propósitos. A busca da realização dos propósitos do sistema deve assim estar ajustada ou subordinada à realização, tanto dos propósitos dos subsistemas, quanto do sistema maior.

Para Galbraith (2009), os processos de informação e decisão permeiam a estrutura da organização; se a estrutura é pensada como a anatomia da organização, os processos são o seu funcionamento. Os processos de gerenciamento são tanto verticais quanto horizontais.

A visão de sistemas, ou horizontal, de uma organização, representa uma perspectiva diferente que permite visualizar: (a) o cliente, o produto e o fluxo de atividades empresariais; (b) como o trabalho é realmente feito por processos que atravessa, as fronteiras funcionais; (c) os relacionamentos internos entre cliente-fornecedor, por meio dos quais são produzidos produtos, “bens e serviços”; (d) os prováveis impactos ambientais provocados por seus processos; (e) oportunidades de reciclagem de resíduos gerados pelos processos produtivos (industriais) e materiais descartáveis gerados pelos processos de apoio (áreas administrativas); (f) formas de atuação em projetos sociais de integração com a comunidade (TACHIZAWA, 2016).

A atual organização de sistemas e métodos (OSM), como observa Carreira (2009), vale-se de ferramentas originadas da tecnologia, como instrumentos de representação de atividades, formulários eletrônicos, planejamento de *layout*, quadro de distribuição de trabalho eletrônico (QDTE), além de manuais de procedimentos e estrutura organizacional.

Os processos horizontais (também conhecidos como processos laterais), assim denominados por Galbraith (2009), são projetados em torno do fluxo de trabalho - por exemplo, desenvolvimento de novos produtos ou a entrada ou cumprimento de uma ordem do cliente. Esses processos de gerenciamento estão se tornando o principal veículo de gerenciamento nas organizações de hoje, sendo que estes processos horizontais podem ser realizados de várias formas.

A preocupação central de Ackoff (1974, 1981) é que essa mudança de visão da realidade seja incorporada na administração das organizações. Para Ackoff (1981) isso é essencial pois, no novo período histórico, a estabilidade e a sobrevivência das organizações cada vez mais requer a ênfase nas características de adaptação e aprendizagem. A instituição dessas capacidades em organizações, não encontra lugar dentro do arcabouço analítico tradicional.

Carreira (2009, p. 22), trata de propostas de mudanças, destacando da necessidade em utilizar todos os recursos e usar a criatividade para uma bem sucedida mudança. Ele indica que “originalidade das propostas deve ser o resultado da alquimia entre conceitos, dados reais, diagnóstico, desvantagens anunciadas e a prática vivenciada pelo coordenador do projeto no mundo das empresas”.

Ackoff (1974) conclui que o modo mais adequado para lidar com problemas organizacionais – ‘sistemas de problemas’ – é o tratamento sintético (sistêmico), sendo essa essencialmente uma propriedade do planejamento. Assim, Ackoff (1974; 1981) propõe um modelo do planejamento iterativo, como ferramenta operacional institucionalizada para lidar com os problemas organizacionais de modo contínuo.

Carreira (2009) propõe o caminho do Projeto de Mudança Organizacional (PMO), destacando objetivo, metodologia, equipe de trabalho, prazo, entre outros aspectos que compreendem um PMO. Isto se traduz numa forma de permear todas as áreas de uma organização com a utilização de instrumentos, como diagnóstico organizacional e análise organizacional.

A mudança organizacional é de importância primordial para a organização, pois ela é um meio de prolongar sua longevidade:

As organizações estão sempre se prevenindo contra ameaças que podem destruí-las ou reduzir as chances de sobrevivência. Monitoram a concorrência, investem em inovações, pesquisa, treinamento e avanços tecnológicos, tudo para combater esses perigos e ganhar mais competitividade e, repetindo, sobrevivência (ARAÚJO, 2010, p. 41).

Referente aos processos sistêmicos Tachizawa (2016) apresenta uma metodologia com o objetivo de dar suporte ao trabalho de desenvolvimento de padronização e melhorias nos processos de qualquer empresa que tenha como preocupação a busca do aumento da competitividade, tornando-a um centro de referência em suas atividades; em padronização não existe gestão de processos, tarefas ou atividades. Ainda, a padronização é relevante para: (a) estabelecer responsabilidade e autoridade; (b) harmonizar os processos; (c) organizar a base para uma melhoria contínua, a fim de aumentar a produtividade; (d) garantir a qualidade; (e) reunir o conhecimento tecnológico da empresa (neste caso, o HPE).

Observando princípios da racionalização e funcionalidade de um processo, vamos nos reportar a Carreira (2009), que trata de: a) centralização – com a natural decisão em ter uma prática mais ou menos centralizada e, na qual, os processos adquirem caráter inerente em sua contribuição; b) tipologia – estão os processos inteirados e oferecendo suporte às atividades desenvolvidas em um contexto tipológico; e c) temporalidade – se refere a um enorme espectro sobre processos, em termos funcionais, de consultas, de acesso e de guarda de

informações. A temporalidade também se refere a uma tabela que define tempo de guarda de um processo, baseado numa decisão administrativa, como também em obediência às leis que se referem a assuntos que compreendem determinados processos.

Neste modelo de organização flexível, Tachizawa (2016) afirma que embora seja difícil projetar um cenário global, considerando que o objetivo da flexibilização é o de atender as necessidades específicas de cada organização, se torna possível planejar um modelo organizacional para uma empresa hipotética. Este modelo contempla: (a) meio ambiente e seus elementos estratégicos; (b) interação constante com o mercado e os clientes; (c) estruturação das atividades por processos; (d) subcontratação, parcerias e terceirização; (e) utilização dos recursos humanos; (f) aplicação dos recursos da tecnologia da informação; (g) gestão e avaliação econômica; (h) indicadores.

Uma organização que será submetida ao processo de reestruturação deve ser vista amplamente, não permitindo que nenhum setor ou departamento permaneça sem a devida análise e sem passar pelo processo de mudança. Desta forma, compreende-se que:

A empresa moderna precisa de agilidade para tornar-se mais responsiva às expectativas mutantes de seus clientes. Ela precisa de flexibilidade para adaptar-se a novos rumos e até criar alternativas que ditarão as regras do universo dos negócios. Precisa ser um centro de excelência contínua, um aprendiz incansável, uma construtora atenta, uma investidora crédula na capacidade de seu pessoal, uma investidora criteriosa de tendências dotada do eterno desejo de evolução (ARAÚJO, 2010, p. 41).

Para a execução dos trabalhos, o envolvimento dos clientes internos (colaboradores) da PUA em todas as fases é fundamental, na constituição de grupos de padronização de processos. Com a aplicação do enfoque sistêmico, cada organização tende a constituir-se em um conglomerado de unidades de negócios ou centros de resultados, que atuariam como *empresas independentes* (equivalentes a MPE) dentro do todo maior da organização (TACHIZAWA, 2016).

Carreira (2009) trata da quebra de paradigma no contexto do patrimônio operacional. Ele defende que uma nova face se desenha em estruturas organizacionais, em termos de: a) ocupação das estruturas por recursos melhor elaborados; b) condução de processos de maneira mais racional; c) disposição e acesso facilitado a dados e transformados em informação; d) redução do tamanho de estruturas com parte de suas atividades terceirizadas;

e) deslocamento de valores para marcas, patentes, direitos e outros; f) participação de agentes em ações e lucros das empresas; e g) uma visão mais acurada sobre patrimônio intangível, são alguns dos aspectos de quebra de paradigmas.

Na forma proposta neste trabalho, a organização flexível procura o estabelecimento de uma estrutura interna enxuta, de modo a torná-la ágil para o enfrentamento e adaptação aos eventos externos que não são controláveis para a PUA. As variáveis que definem missão, visão e valores e os elementos estratégicos na generalização da organização, são fatores identificadores nos processos-chave, destacando-se dos demais processos sistêmicos. No HPE, existe uma estrutura organizacional tradicional que pode coexistir de forma harmônica com a estrutura por processos, conforme Figura 1.

Figura 1: Processos sistêmicos



Fonte: Adaptado de TACHIZAWA (2016)

2.4.1 Processo como evolução das Funções Organizacionais

Segundo Tachizawa (2016) a fase de gestão do processo por meio de seus indicadores que medem, principalmente, a qualidade, custo e entrega dos serviços comercializados pela organização. Nesta fase, podem ser constatados desvios em relação ao planejado. Quando então se deve: atuar no resultado para repor imediatamente o processo em funcionamento; ou atuar na causa para prevenir o reaparecimento do desvio. Nesse monitoramento, inclusive, em relação ao meio externo à organização, podem-se utilizar as possibilidades legalmente instituídas por lei.

Bello e Viltard (2019), afirmam que uma perspectiva baseada em processos não apenas permite melhores níveis de desempenho e maior impacto no valor do cliente, mas também pode ser observada como uma metodologia de compartilhamento dentro e fora das organizações, pois o conhecimento não pertence a nenhum indivíduo em particular, mas a herança organizacional.

Picchiai (2011) relata que a administração corporativa representa uma filosofia de atuação e de estruturação da empresa na consolidação do processo de diversificação dos negócios a fim de facilitar a análise por resultados globais e estruturais. Esta estrutura é orientada e departamentalizada por processos, com ênfase na especialização sendo a mais apropriada para situações estáveis fazendo parte das estruturas organizacionais não tradicionais.

Redesenhar processos internos e externos é uma questão fundamental nas organizações atuais. Hammer (2007) afirma que, para oferecer maior valor ao cliente, é necessário concentrar-se em reestruturar processos internos e externos, e que uma abordagem baseada no processo é necessária para transformar as organizações em todo o mundo.

Hammer (2004) sugere que a inovação operacional está conectada com a invenção e implantação de novas maneiras de fazer as coisas, e que alimenta resultados extraordinários para as empresas. Bello e Viltard (2019) afirmam que são muitos os fatores aplicados na gestão de processos e que estão sendo deixados de lado em muitas organizações. Assim sendo, segundo esses autores, a inovação operacional, a excelência operacional e os processos devem ser reconsiderados, independentemente do tamanho e da localização da empresa, ao passo que a organização e as habilidades necessárias estão em conexão direta

com a sua adequada implementação. A inovação operacional e a excelência operacional têm diferentes bases e aplicações na área de negócios.

Por meio da análise crítica que são reunidos os fatores para a simplificação ou racionalização de um processo. Essa análise permite a ‘construção’ de alternativas, conforme Carreira (2009), desde que a reunião de dados seja fruto de um bem elaborado e executado planejamento na fase de levantamento.

Farias *et al.* (2019) relatam que clientes de saúde surgem por necessidades fisiológicas básicas e a instantaneidade para atender vai fazer a diferença porque a percepção dos clientes sobre quais os serviços que mais podem oferecer qualidades intrínsecas e agregar valores é fato de extrema realidade. Sendo assim, é inevitável que as empresas que desejam manterem-se como diferenciais se preparem para receber e atender as necessidades, desejos e expectativas dos seus clientes, principalmente os clientes de saúde.

2.4.2 Automação de Processos em Prontuário Hospitalar

A palavra automação é proveniente do latim *automatus* e significa mover-se por si. Diversas definições estão disponíveis na literatura, porém no geral, automação é a aplicação de técnicas computadorizadas ou mecânicas com o objetivo de tornar um processo mais eficiente, ou seja, automação são criações de sistemas que realizam processos manuais de forma mais ágil e automática, utilizando computadores (CAMPANA e OPLUSTIL, 2011).

A automação hospitalar é conceituada como um segmento da automação industrial que tem por objetivo prover a automatização dos processos oriundos do ambiente hospitalar, focando eficiência, produtividade e segurança (PINHEIRO *et al.*, 2014).

A automação se divide em subáreas como a industrial, comercial, hospitalar e outras. A automatização dos serviços e processos do ambiente hospitalar busca eficiência, qualidade, produtividade e segurança. Para isso é necessário garantir a privacidade dos dados, ética e a integridade do paciente (CARDOSO, 2013).

A configuração organizacional típica em um hospital tem como alicerce de seu modelo de gestão de negócios uma configuração organizacional que contempla quatro níveis de

funções: (1) diretoria; (2) gerência; (3) coordenadores de equipe; (4) membros de equipe. Suas funções são departamentalizadas verticalmente em *atividades-fins* (área clínica; qualidade e apoio técnico) e *atividades-meios* (administração; e gestão de pessoas) (Tachizawa, 2016).

Um hospital típico quando adota gestão por processos (aliada a sua estrutura funcional), normalmente se apoia nos seguintes componentes (Tachizawa, 2016):

(1) gestão de competências: Sua estrutura está apoiada na descrição das exigências de desempenho para cada empregado, que por sua vez se subdivide em: (a) conjunto de competências estabelecidas para a função; (b) nível de contribuição na execução das atividades.

Mediante a avaliação desses componentes, o empregado e o respectivo colaborador definem a evolução das metas de desempenho e de desenvolvimento de carreira. O hospital pode adotar as seguintes competências:

(1a) *competências comportamentais*: contemplam as atitudes e os comportamentos esperados de todos os empregados. São baseadas nos valores da Organização e definidas com base em um profundo trabalho de pesquisa bibliográfica e *benchmarking*, envolvendo todos os níveis do hospital.

(1b) *competências genéricas*: com base nas diretrizes e nos planos estratégicos da Organização, definindo um grupo de competências requeridas a todos os empregados, por nível de função. Tais competências contemplam as habilidades das pessoas em poder contribuir no direcionamento para a organização nos próximos anos;

(1c) *competências específicas*: são assim consideradas o conjunto de conhecimentos e habilidades específicas, aplicáveis a determinado processo ou área onde esteja atuando o colaborador. São definidas por área, de acordo com as necessidades identificadas em seus processos.

(2) equipes de trabalho: constituídas com o objetivo de melhorar o desempenho dos processos e dos empregados da Organização, procuram combinar conhecimentos, experiências e habilidades, direcionadas para cada processo. A composição da força de trabalho das atividades-fins estrutura-se da seguinte forma:

(2a) corpo clínico: médicos, residentes, fisioterapeutas, estagiários;

(2b) enfermagem: enfermeiras de alto padrão, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem;

(2c) áreas de apoio: clientes internos (colaboradores) administrativos, nutricionistas, assistente social;

(2d) serviços terceirizados: limpeza externa, nutrição e dietética, lavanderia, lanchonete, manutenção predial, farmácia, transporte, vigilância e segurança patrimonial.

(3) Comitês: o hospital, complementando a atuação das equipes de trabalho, conta com comitês para promover a integração e o tratamento dos processos que exigem perfis multidisciplinares. O próprio hospital e instituições congêneres (centros de reabilitação, clínicas e afins) podem ser gerados como resultados de estratégias de responsabilidade social.

Viltard (2015) explica o processo de inovação como uma cadeia de valor - com métricas associadas - para melhor gerenciamento, monitoramento e garantia de resultados, sendo que o objetivo final é o de contribuir para o processo de inovação e para a crescente riqueza de organizações, públicas ou privadas.

As dificuldades vividas pela equipe de saúde, ocasionadas pela ausência de comunicação interna e externa, constituem historicamente os problemas entre unidades de internação e ou ambulatorios. Dentro dessa problemática, um conceito começa a ser inserido como proposta de solução, melhorando assim essa comunicação hospitalar. A automação hospitalar é conceituado com um segmento que tem objetivo prover a automatização dos processos do ambiente hospitalar, focando em eficiência, produtividade e segurança (PINHEIRO *et al.*, 2014).

Sistemas de tecnologia da informação da saúde, tais como registros de saúde eletrônicos e entrada de pedidos médicos informatizados, têm o potencial de melhorar a qualidade. Em geral, eles são projetados para melhorar a comunicação entre provedores distintos dentro de uma organização de saúde. Além disso, essas tecnologias facilitam a implementação de metas e a utilização de ferramentas ao apoio à decisão, as quais podem ser particularmente valiosas na prevenção de erros nos processos (SALOMI e MACIEL, 2016).

O gerenciamento da informação em setores hospitalares e áreas afins é um componente essencial no processo de prestação de cuidados ao paciente. O problema com o gerenciamento da informação tem sido ainda mais dificultado devido a um exponencial

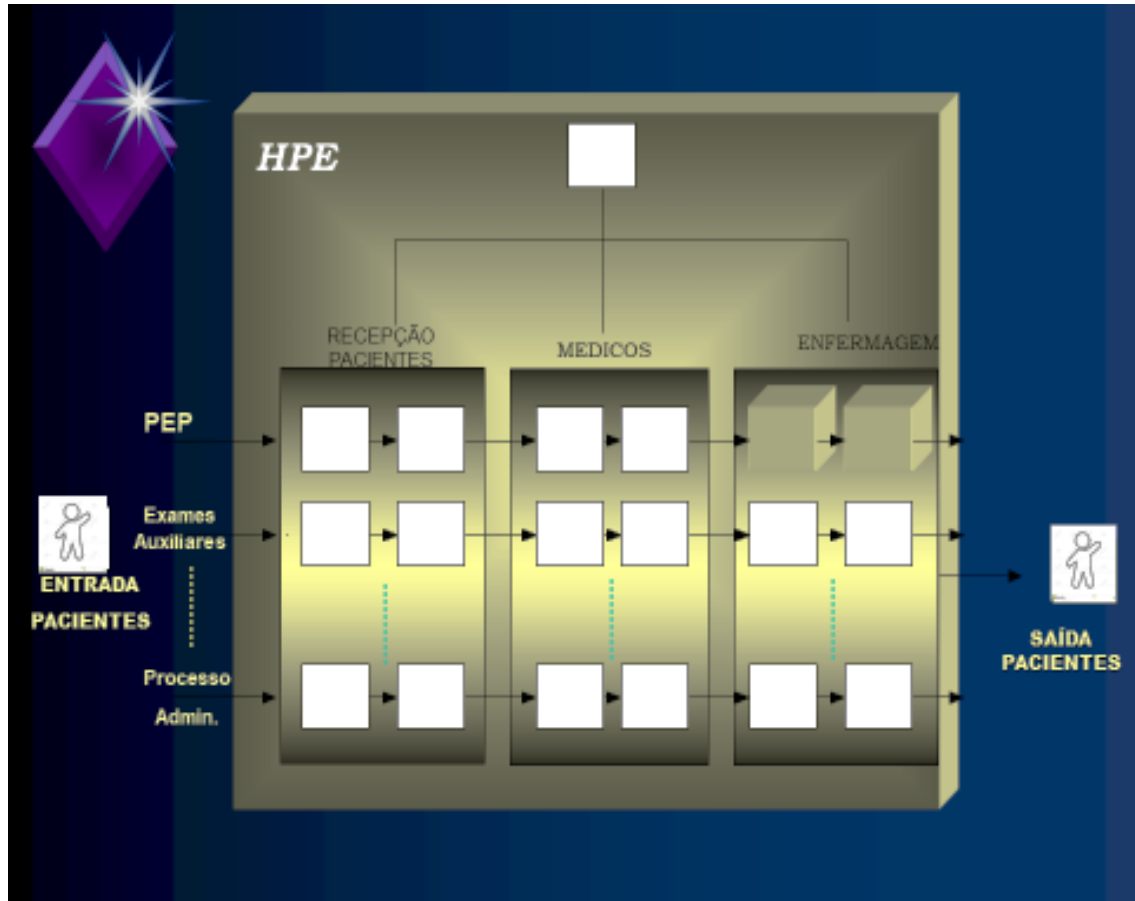
aumento na quantidade de dados a serem gerenciados, no número de profissionais que controlam os processos e nas demandas para acesso em tempo real (PINOCHET, 2011).

Uma das principais vantagens de automatizar os processos de uma instituição de saúde é a segurança. Primeiramente pela redução de erros de agendamento, por meio de ferramentas de agendamento *online*. As informações dos pacientes ficam armazenadas na nuvem, em um HD ou servidor interno, sem correr risco de perda.

Um hospital pode ser encarado como um macroprocesso sistêmico que se decompõe em processos sistêmicos PEP e processos de apoio técnico-administrativo. Portanto, o prontuário deve suprir os diversos atores envolvidos no processo, com as informações necessárias quando, onde e como o usuário necessitar, nas mais diversas atividades.

O PEP no HPE se inicia com a entrada do paciente que passa por todo o processo administrativo até a sua saída, conforme Figura 2.

Figura 2: PEP no HPE



Fonte: Adaptado de TACHIZAWA (2016)

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta a linha de pesquisa que foi utilizada, bem como a caracterização dos participantes, os instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados, os procedimentos metodológicos e as técnicas para análise dos dados; são apresentados os elementos fundamentais do caminho metodológico adotado para este trabalho. A defesa de sua pertinência foi realizada sem deixar de levantar as suas limitações. Dependendo do assunto, do objetivo e dos meios em que ocorre o estudo, existem algumas possibilidades de classificação do tipo de pesquisa quanto aos fins e aos procedimentos técnicos.

De Sordi (2013) considera que conforme a introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades, suas características básicas são: (1) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; (2)- a pesquisa qualitativa é descritiva; (3)- o significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida é a preocupação essencial do investigador e (4) os pesquisadores utilizam o enfoque indutivo na análise dos dados.

E quanto aos procedimentos metodológicos, o presente estudo tratou de uma pesquisa que teve caráter bibliográfico, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científicos, e documental, quando pesquisados documentos de órgãos públicos (GIL, 2017; VERGARA, 2016). Logo se entende como uma atividade que busca localizar e consultar distintas fontes de informação escrita, no qual, coleta de dados e informações gerais ou específicas de um determinado tema, visando o seu progresso.

De acordo com Yin (2015), possibilitando a utilização de uma grande variedade de evidências, como documentos, artefatos, entrevistas e observações.

O processo de teorização pode fazer utilização de várias estratégias e considerar três dimensões: acurácia, simplicidade, e generalização (Langley, 1999).

Nesta etapa, serão descritos os aspectos que nortearam este estudo: a alegação do conhecimento, o tipo de pesquisa, as estratégias de investigação, a classificação e os procedimentos operacionais.

Para responder às questões deste estudo, optou-se pela técnica de pesquisa qualitativa (Creswell, 2010), com uma concepção filosófica pragmatista (Creswell, 2010, p. 29),

por meio de estratégia de investigação do tipo *estudo de caso*, nos moldes apontados por Yin (2015) com a utilização de técnicas de *sensemaking* (Langley, 1999) que incluíram narrativa, *display* (figuras, tabelas e quadros) e mapa visual, além das técnicas análise documental em profundidade realizada por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2011), observações em campo, revisão bibliográfica, fichamentos, entrevistas semiestruturadas em profundidade, análise de redes sociais como ferramentas para auxiliar na compreensão dos processos complexos para a análise dos dados levantados por meio destas técnicas e a análise de texto e de imagem.

Crotty (1988) sugere que ao se elaborar uma pesquisa se deve estabelecer uma base estrutural considerando quatro questões para prosseguir o estudo: (1) teoria do conhecimento advinda da fundamentação teórica que instrui a pesquisa; (2) alegação do conhecimento (Creswell, 2010) ou como outros autores a denominam de paradigmas da pesquisa, concepção filosófica ou ainda de epistemologias e ontologias – está por trás da metodologia das questões (pós-positivismo ou positivismo, construtivismo, reivindicatória-participante e pragmatismo); (3) metodologia – sobre a estratégia de investigação ou plano de ação que associa métodos a resultados – governa a escolha e a utilização de métodos (*estudo de caso*) e (4) métodos – sobre as técnicas ou procedimentos de pesquisa para coleta de dados (questionários, entrevistas, grupos focais, etc.).

3.1 Caracterização e delineamento da pesquisa

Como forma de enriquecer este estudo e diferentes conhecimentos, inicialmente, foi necessário desenvolver a pesquisa bibliográfica, analisando diferentes autores, a fim de atingir os objetivos iniciais propostos neste estudo. Para Vergara (2016, p. 48) “*a pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral*”.

Definida a alegação do conhecimento quanto à operacionalização em sua técnica de pesquisa e estratégia de investigação, a técnica de pesquisa para este estudo foi de natureza qualitativa, que, conforme os entendimentos de Creswell (2010, p. 209), afirma que, “A pesquisa qualitativa é uma forma de investigação interpretativa em que os pesquisadores

fazem uma interpretação do que enxergam, ouve, e entendem”. De Sordi (2013, p. 100), corroborando com as afirmativas supracitadas, destaca que, “A pesquisa qualitativa emprega técnicas interpretativas para análise e compreensão de fenômenos, de natureza subjetiva”. O próprio pesquisador é quem coleta os dados por meio de entrevista em seu ambiente natural, observando o comportamento do entrevistado.

Creswell (2010) destaca que a pesquisa qualitativa faz a utilização de diferentes alegações do conhecimento, estratégias de investigação e métodos de análise e coleta de dados; os procedimentos qualitativos se baseiam em dados de textos e imagem, têm passos únicos na análise de dados e usam estratégias diversas de investigação. Afirma também que a pesquisa qualitativa se define a partir de certos pressupostos entre os quais: (a) a concepção de que a realidade é subjetiva e multifacetada; (b) o reconhecimento de que pesquisador é situado culturalmente e interage com o fenômeno estudado, devendo buscar aproximar-se o máximo possível do mesmo (ao invés de se distanciar dele); (c) os participantes são sujeitos ativos e intencionais que interagem com o pesquisador durante o processo da pesquisa, construindo e reconstruindo significados; (d) os procedimentos de análise de dados se caracterizam por processos de indução e pela construção ativa do fenômeno estudado pelo pesquisador, juntamente com os participantes do estudo.

Quanto à abordagem, o trabalho é qualitativo. Contudo, a perspectiva quantitativa contribuiu para maior profundidade na interpretação dos dados. Mas, a abordagem de interpretação dos resultados das tabelas juntamente com as demais fontes e a própria natureza de pesquisa que envolve o *estudo de caso*, qualificam a abordagem como qualitativa.

No que tange à pesquisa qualitativa, De Sordi (2013) salienta que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador, como instrumento fundamental, tem característica descritiva e contribui na geração do significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida, e é a preocupação essencial do investigador.

Creswell (2010) destaca que os paradigmas de pesquisa podem ser de quatro tipos, que estão descritos a seguir:

(1) pós-positivismo ou positivismo: os objetos de estudo podem ser explicados e compreendidos de forma racional e objetiva por meio das relações de causa e efeito com a aplicação de técnicas estatístico-probabilísticas. Trata-se de uma abordagem determinística,

reducionista e que trabalha com observações empíricas e mensuração. Este paradigma foi utilizado na presente pesquisa sobre o PEP em uma PUA em um HPE no Estado de SP, no processo de busca pela informação a partir da utilização do PEP.

(2) construtivismo: pesquisa social aplicada com base principalmente em perspectivas construtivistas, ou seja, o conhecimento é construído pelo sujeito por meio de fatos; dar sentido aos entendimentos que as outras pessoas têm do mundo em suas experiências e vivências individuais com seus significados múltiplos, na construção social e histórica (sociedade em grupo) ou no conteúdo de uma área substantiva com o objetivo de desenvolver uma teoria ou um padrão;

(3) reivindicatória/participante: pesquisa empírica concebida e realizada com estreita associação entre pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema. Pesquisadores e sujeitos do estudo envolvem-se de modo cooperativo ou colaborativo-participativo, e o objetivo da pesquisa é a promoção de um grupo social por intermédio de uma mudança efetiva. Há a definição de uma agenda específica de mudança política, com a definição de resultados esperados. E, caso o pesquisador faça parte do grupo social (forte vínculo) sobre o qual se objetiva a mudança, essa pesquisa pode ser considerada reivindicatória; caso contrário, configura-se uma abordagem participante;

(4) pragmatismo: pesquisa centrada na prática do mundo real em termos de resolver problemas conhecidos.

Epistemologicamente, o pragmatismo é a estratégia empregada para alegação de conhecimento científico desta pesquisa (Creswell, 2010), por estar centrada em problemas e soluções do contexto das organizações. As estratégias pragmáticas são direcionadas à prática do mundo real, centradas em termos de resolver problemas que ocorrem em campo e nas consequências de suas ações, que se justifica devido à situação do problema de pesquisa que esteve direcionada à finalidade prática de verificação dos desafios e as estratégias encontradas pelos profissionais de saúde na utilização do PEP.

O *estudo de caso* é um exemplo típico de estratégia de pesquisa do paradigma pragmático ao passo que acompanha e estuda intervenções estas não estimuladas ou concebidas pelo pesquisador. “Como se pode perceber, trata-se de uma abordagem centrada em problemas, ou seja, voltada para a prática do mundo real” (DE SORDI, 2017, p. 66).

O *estudo de caso* objetiva analisar e discutir a ocorrência de intervenções dentro de um ou mais ambientes conforme um contexto de interesse do pesquisador que acompanha a intervenção de outrem, preferencialmente em tempo dos acontecimentos da intervenção. Quando a análise ocorre a *posteriori* da intervenção, utiliza-se o levantamento e a análise de registros, documentos históricos, entrevistas com pessoas envolvidas, entre outras fontes. (De Sordi, 2017).

Yin (2015) salienta que muitos pesquisadores demonstram certo descrédito em relação à estratégia de *estudo de caso*, devido: (a) à falta de rigor nas investigações; (b) fornecem pouca base para generalizações; (c) consomem muito tempo. A afirmação de que os *estudos de caso* oferecem pouca base para generalização é, conforme entendimento de Yin (2015, p. 43-44), uma das facetas dos preconceitos que cercam esta estratégia de pesquisa. O autor argumenta que, se não se pode generalizar a partir de um único caso, também não se pode generalizar com base em um único experimento.

“O *estudo de caso* quando aplicado para a geração de teoria, geralmente objetiva capturar o esquema de referência e a definição da situação de um dado participante, com o propósito de realizar um exame detalhado de um processo que permita esclarecer fatores particulares ao caso que podem levar a um maior entendimento, inclusive de causalidade. As entidades ou casos a serem estudados são selecionados propositalmente em função de suas diferenças com a intenção de analisar aspectos contrastantes” (DE SORDI, 2017, p. 72).

Neste trabalho buscou-se proporcionar uma maior familiaridade com a questão da transição do prontuário (físico) para o PEP na PUA, aumentando o conhecimento acerca deste assunto ao buscar verificar quais os desafios encontrados pelos profissionais que utilizam o PEP, bem como as estratégias utilizadas para enfrentá-los, uma vez que a pesquisadora procurou descrever a realidade como ela é, sem se preocupar em modificá-la.

3.2 População e Amostra da Pesquisa

Em busca do atendimento ao propósito desta pesquisa, definiu-se pela utilização de um caso único, o que contribuiu para uma maior profundidade de análise, aplicação da proposta de utilização de indicadores hospitalares e avaliação da sua eficácia.

A amostra da pesquisa foram quatro setores da PUA, sendo que foram entrevistadas 4 (quatro) enfermeiras encarregadas e 6 (seis) oficiais administrativos (Tabela 2). De Sordi (2013) afirma que “... não é preocupação da pesquisa qualitativa a quantificação da amostragem. [...] decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para esclarecimento do assunto em foco).”

Tratou-se aqui de definir toda a população e a população amostral. Entenda-se por população não o número de habitantes de um local, como é largamente conhecido o termo, mas um conjunto de elementos que possuem as características que serão objeto de estudo. População amostral ou é uma parte do universo (população) escolhida conforme algum critério de representatividade (VERGARA, 2016).

Existem dois tipos de amostras: probabilística, baseada em procedimentos estatísticos, e não probabilística. Da amostra probabilística é aqui destacada a aleatória simples, a estratificada e a por conglomerado. Da amostra não probabilística destacam-se aqui aquelas selecionadas por acessibilidade e por tipicidade. Eis como podemos entendê-las (VERGARA, 2016, p. 46-47): (a) aleatória simples: cada elemento da população tem uma chance determinada de ser selecionado. Em geral, atribui-se a cada elemento da população um número e depois se faz a seleção aleatoriamente, casualmente; (b) estratificada: seleciona uma amostra de cada grupo da população, em termos de sexo, idade, profissão e outras variáveis. A amostragem pode ser proporcional ou não, com referência a uma propriedade; (c) por conglomerados: seleciona conglomerados, entendidos esses como empresas, edifícios, famílias, bairros, universidades e outros elementos. É pertinente quando a identificação dos elementos da amostra é muito difícil, quando a lista de tais elementos é pouco prática; (d) por acessibilidade: longe de qualquer procedimento estatístico, seleciona elementos pela facilidade de acesso a eles; (e) por tipicidade: constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considere representativos da população-alvo, o que requer profundo reconhecimento dessa população.

A pesquisa de campo e bibliográfica abrangeu o HPE no Estado de SP, sendo que para esta pesquisa, o universo da pesquisa foi constituído por meio de aplicação de roteiro de pesquisa com os clientes internos (colaboradores) – sujeitos do estudo – onde foi selecionada

como unidade empírica e análise a PUA. A escolha da referida unidade deu-se devido ao fato da utilização do prontuário físico sendo o seu foco nas mudanças ocorridas na transição para o PEP. Esse método caracteriza-se por uma amostragem não probabilística baseada na amostragem por acessibilidade, longe de qualquer procedimento estatístico, e seleciona elementos pela facilidade de acesso a eles, com tratamento de análise de conteúdo (Bardin, 2011) conforme o objetivo da pesquisa, sua técnica qualitativa e a sua estratégia de investigação.

Foram convidados a participarem da pesquisa, todos os profissionais da saúde que trabalham em um HPE no Estado de SP e que lidam diretamente com o prontuário. Diante da teoria, objetivou-se a participação desses clientes internos (colaboradores) de diferentes segmentos da PUA, esperando-se que houvesse diversidade de usuários respondentes que trabalham diretamente com o PEP.

3.3 Procedimentos para a Coleta de Dados

Para De Sordi (2013) “[...] a coleta e a análise de dados são tão vitais na pesquisa qualitativa, talvez mais que na investigação tradicional, pela implicância nelas do investigador, que precisam de enfoques mais aprofundados [...]”.

“O pesquisador pode realizar coleta de dados utilizando diferentes técnicas: questionário, entrevista, observação, colaboração espontânea de terceiros (*crowdsourcing*), além da captura de documentos, registros e artefatos. Nas pesquisas é muito comum o emprego de várias dessas técnicas, considerando-se a coleta de dados em múltiplas fontes e em diferentes perspectivas” (DE SORDI, 2017, p. 76).

A coleta de dados qualitativos representa um estágio de um processo maior como Creswell (2010, p. 118) enfatizou a coleta de dados qualitativos não é uma tarefa discreta e separada, mas sim “... uma série de atividades inter-relacionadas destinadas a reunir boas informações para responder a questões de pesquisa emergentes”.

A maior parte dos dados coletados tem origem no próprio local em que os fenômenos ocorreram (Vergara, 2016). Uma parte dos dados que foram levantados neste trabalho para responder a situação-problema de pesquisa foi coletada diretamente na PUA.

Tratou-se de um trabalho teórico exploratório e descritivo onde a coleta de dados foi realizada em etapas. Em um primeiro momento, foi realizada uma visita na PUA de um HPE no Estado de SP. Posteriormente foi realizado um mapeamento quantitativo dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e gerência administrativa) que integram a Equipe de Saúde da referida PUA de um HPE no Estado de SP com relação à utilização do prontuário. As etapas consideradas foram: (a) definição de um roteiro; (b) identificação da empresa e dos (as) entrevistados (as); (c) visita e realização de entrevistas; (d) proposta de indicadores hospitalares; (e) avaliação dos resultados e (f) relatório final.

Iniciou-se por um estudo operacionalizado por meio de uma pesquisa bibliográfica. O trabalho fez a utilização das fontes de dados secundárias envolvendo: pesquisas bibliográficas sobre prontuário e PEP, processo sistêmico e indicadores hospitalares, atributos e variáveis realizados juntos a livros, artigos de revistas especializadas, anais de congressos e publicações virtuais em endereços eletrônicos.

Para a análise do material, foram realizadas repetidas leituras das entrevistas, buscando-se encontrar nelas “blocos de sentidos” que permitiram a caracterização da informação compartilhada, a vivência pelos clientes internos (colaboradores) do hospital, sempre pautado pela questão central da pesquisa: afinal, como eles vivenciam esse sistema adotado pela direção do hospital, bem como a análise documental em profundidade realizada por meio da análise de conteúdo para a fim de investigar como os clientes internos (colaboradores) percebem a utilização do PEP, como processo relacionado às práticas da gestão da informação e no processo decisório por meio da análise dos dados levantados.

Algumas precauções foram tomadas para evitar que o pesquisador deliberadamente enviesse os dados e para que fossem obtidos dados com a maior precisão possível, como: (a) não foi publicado qualquer dado, informação ou opinião, considerada estratégica ou confidencial para a organização; (b) procurou-se uma situação confortável para o (a) entrevistado (a) não se inibisse; (c) permitiu-se a omissão do nome da empresa como desejado; a identificação das entrevistas foi mantida sob sigilo.

Ao escolher o “caso” o investigador estabelece um fio condutor lógico e racional que guiará todo o processo de coleta de dados (Creswell, 2010). Para garantir a profundidade necessária a esse estudo, outra técnica utilizada foi à coleta de dados por fontes documentais.

Yin (2015, p. 110) destaca seis fontes mais comuns que se adequam aos objetivos específicos desse estudo: (a) documentação: cartas, memorandos, relatórios, propostas, projetos, artigos, recortes; (b) registros em arquivos: diários, agendas de telefone, apontamentos de serviços realizados, listas de nomes, transações realizadas e registradas em arquivos/tabelas; (c) entrevistas [*informantes-chave*]: forma espontânea, focal ou formal; (d) observações diretas: de reunião, trabalho de fábrica, venda, avaliação, treinamento, atendimento; (e) observação participante: Não é apenas um observador passivo, trata-se de alguém de “dentro” do *estudo de caso*; (f) - artefatos físicos: um aparelho, ferramenta, instrumento, obras de arte, *software*.

Yin (2015) discute que os *estudos de caso* vão além de uma estratégia meramente explanatória, reforçando a existência de *estudos de caso* exploratórios, descritivos ou explanatórios. A partir do mapeamento foi possível identificar e realizar a entrevista em profundidade dos profissionais que utilizam o prontuário, a fim de obter dados mais consistentes ao analisar a história adquirida por parte dos entrevistados.

Referente à coleta de dados, fator integrante dos procedimentos metodológicos da pesquisa, neste estudo, além da observação direta extensiva, foi utilizada a entrevista semiestruturada, por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas (apêndices A e B), com uma amostra por acessibilidade, de clientes internos (colaboradores) do HPE, a serem respondidas por escrito sem a presença da entrevista e a entrevista, a fim de que os respondentes informassem a sua visão sobre o tema do estudo de maneira espontânea buscando compreender melhor as informações a respeito da utilização e da transição do prontuário físico para o PEP, motivações no envolvimento com o contexto da organização hospitalar, principais desafios encontrados no processo transitório e sua contribuição para o processo de melhorias da equipe da PUA, que conforme o entendimento de Creswell (2010) destaca a relevância da técnica de entrevista face a face porque esta oferece condições de se obter respostas em profundidade, pois o entrevistador pode estabelecer uma ligação de sintonia e empatia com o entrevistado. O período de estudo foi compreendido entre 2010 e 2017.

Os modelos de questionários (apêndices A e B) foram precedidos por uma apresentação contendo o objetivo da pesquisa, a instituição que a pesquisadora representa e

ainda um tópico sobre o sigilo dos dados (tanto do respondente quanto da PUA), os quais foram utilizados exclusivamente para análise dos resultados do futuro estudo.

O instrumento foi dividido em duas partes denominadas: 'A' e 'B', assim discriminadas: parte A: Nesta seção, pretendeu-se investigar o conhecimento dos (as) respondentes sobre a equipe responsável pelo registro eletrônico das informações sobre o prontuário físico/PEP. Composta por treze perguntas abertas e fechadas e parte B: Nesta seção, pretendeu-se investigar o conhecimento dos (as) respondentes sobre a equipe responsável pela coordenação da PUA. Contendo onze questões abertas e fechadas.

As partes A e B do questionário registraram os conhecimentos e percepções dos respondentes quanto à responsabilidade compartilhada na utilização e transição do prontuário físico para o eletrônico, compreendida por Indicadores de Gestão de Desempenho propostos para a PUA.

O conhecimento sobre prontuário, os desafios e as estratégias encontradas nos processos de sua utilização, foram pautas para delineamento da pesquisa, de maneira que os respondentes pudessem estar atentos às ações a serem tomadas nesse processo.

Na etapa seguinte, com a pesquisa documental, pretendeu-se verificar quais setores dentro da PUA realizaram seus Planos de Gestão Integrada de PEP. Também se coletou informações referentes às metas de redução e eliminação do prontuário físico a fim de integrar o PEP a todo o HPE.

Optou-se por desenvolver um *estudo de caso*, por este ser apropriado para responder questões explicativas que tratam de relações operacionais ocorridas ao longo do tempo, sendo assim tipificada quanto aos meios. O *estudo de caso* consiste em “um tipo de pesquisa empírica que investiga um fato atual dentro de seu contexto de vida real, principalmente quando os limites entre fenômeno e o contexto não estão visivelmente claros” (YIN, 2015, p. 32).

Este estudo, de abordagem qualitativa, possui como método de coleta de dados 4 (quatro) fontes primárias: entrevista semiestruturada, questionário e observação não-participante. A pesquisa de campo durou 4 (quatro semanas), com visitas diárias ao HPE. Os questionários, constituídos por perguntas fechadas e abertas, foram direcionados para serem preenchidos, pelos clientes internos (colaboradores) da PUA que são usuários dos prontuários

físicos e eletrônicos. Conforme o escopo da pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos antes descritos, com entrevistas semiestruturadas (apêndices A e B), com perguntas abertas e fechadas pessoalmente, por telefone e por meio de contato eletrônico, com devolutivas por *e-mail*.

O estudo foi embasado pela triangulação das fontes: dados documentais, observação não participante, entrevistas semiestruturadas com as 4 (quatro) enfermeiras encarregadas e os (as) 6 (seis) Oficiais Administrativos da PUA, que trabalham diretamente com os prontuários físicos e eletrônicos, além da aplicação de questionário a estes (as) 10 (dez) clientes internos (colaboradores) dos setores de Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e Hospital-Dia (Tabela 2), com ação no mês de novembro de 2018. Pretendeu-se que a distribuição dos questionários fosse dimensionada para todos os usuários que trabalham diretamente com os prontuários físicos e eletrônicos, com o intuito de diagnosticar o objetivo principal deste estudo, conforme as especificidades locais.

Nesta pesquisa, o protocolo do caso se resume ao roteiro de entrevista e a forma como foi estruturada a proposta de aplicação dos indicadores hospitalares e avaliação final dos resultados. As pessoas selecionadas para as entrevistas deveriam possuir as seguintes características: ter conhecimento e acesso na administração dos dados do prontuário físico e digital e o seu poder de decisão.

E por fim, o *estudo de caso* tem a seguinte estrutura: (1) número de clientes internos (colaboradores) da PUA; (2) análise e descrição do processo de transição do prontuário físico para o PEP; (3) definição dos elementos de composição dos indicadores hospitalares; (4) avaliação por parte dos gestores sobre a introdução de indicadores hospitalares como instrumentos de tomada de decisão. De modo geral, os depoimentos serviram para verificar os possíveis problemas presentes no registro da informação dos pacientes e o arquivamento no meio físico.

O número total de clientes internos (colaboradores) da PUA é de 217 pessoas, sendo que 179 pertencem ao Centro Cirúrgico, 15 à Hemodinâmica, 17 ao Hospital-dia e 06 à Central de Respiradores (Tabela 2). A técnica de coleta foi complementada por pesquisas em bancos de dados de arquivos públicos (Constituição Federal, Conselho Federal de Medicina, Consolidação das Leis Trabalhistas, Conselho Nacional de Arquivos, Código Penal, Código de

Processo Civil, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde), a fim de obter dados primários e/ou secundários que reforçassem a análise dos resultados. Adotou-se, ainda, a coleta de dados disponibilizados nos *websites* do HPE pesquisado para levantamento de dados primários sobre as respectivas diretrizes sobre PEP, se existentes.

3.4 Análise e Tratamento dos Dados

De Sordi (2013) entende que esse processo é bastante complexo e não linear. À medida que os dados vão sendo coletados, o identificador vai tentando identificar temas e relações, montando interpretações e originando outras questões que o levam a buscar novos dados, caracterizando um processo de sintonia fina que se estende até a análise final. Desta forma, os dados da pesquisa nas indústrias plásticas foram interpretados por meio de referencial teórico. Neste sentido, a análise dos dados foi feita pela utilização da interpretação dos dados obtidos, com foco no processo, na perspectiva qualitativa.

Vergara (2016) destaca que o tratamento dos dados é a seção da pesquisa de investigação que se ocupa com a explicação de como se ocupa com a explicação de como se pretende tratar os dados a coletar, inclusive justificando por que referido tratamento é o mais adequado aos propósitos do estudo. Os objetivos da investigação somente são alcançados com a coleta, o tratamento e, posteriormente, com a interpretação dos dados, buscando assegurar com isso a correlação entre objetivos e formas de atingi-los.

O caso deve ser completo: a narrativa demonstra, de modo convincente, que houve “um esforço exaustivo” para coletar as evidências relevantes (Yin, 2015, p. 137). Em forma de evidências, os dados de cada grupo analisado, foram tratados de forma individual pela pesquisadora, embasada em seu referencial teórico; a relação entre os resultados dos diferentes atores da amostra também foi indicada. Creswell (2010) afirma que a interpretação do pesquisador não pode ser desassociada de suas crenças, contexto e entendimentos anteriores.

O objeto do estudo foi analisado em função dos resultados obtidos às respostas diante da perspectiva dos pesquisados e das significações apresentadas para a compreensão do perfil dos usuários que utilizam o prontuário físico a fim de verificar a conformidade da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos pela PUA de um HPE no estado de SP.

Com base nas características da instituição hospitalar, verificou-se que os serviços propostos e pretendidos estão sendo alcançados com a adoção do PEP para a melhoria do desempenho das atividades na busca de informações e de tomada de decisões dos usuários, facilitando o fluxo de informações e melhorando a qualidade do serviço prestado.

Os dados que auxiliaram na concretização dos objetivos da pesquisa surgiram nas entrevistas realizadas e nos questionários, junto aos clientes internos (colaboradores) da PUA. Preliminarmente a introdução dos indicadores hospitalares e sua avaliação, como proposto no *estudo de caso*, detalhes do processo de transição do prontuário físico para o PEP da PUA foram observados.

Este trabalho optou pela proposição teórica como estratégia para a análise dos dados, abordou os objetivos de pesquisa refletindo as revisões na literatura. E como técnicas utilizadas para esta análise foram incluídas o encadeamento de evidências e a explanação, além da utilização de análise de conteúdo de Bardin (2011) nas entrevistas e documentos. Yin (2015, p. 122) aconselha também a utilização de outras técnicas, como a análise de documentos “que podem corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes”.

Utilizou-se a técnica de observação e conversas informais com pessoas direta e indiretamente envolvidas às atividades de gerenciamento do prontuário e o PEP. Quanto aos dados documentais, utilizaram-se dados da PUA, procedendo à análise de formulários, prontuários e demais controles dos setores investigados, além dos sistemas informatizados. A técnica de observação também foi utilizada para entender o processo de fornecimento e obtenção de informações em relação ao prontuário e o PEP e como essas informações são passadas aos usuários.

As entrevistas foram realizadas diretamente com os clientes internos (colaboradores) da PUA, no formato semiestruturado, compostas de perguntas abertas e fechadas, conforme apêndices A e B, pautadas pela simplicidade e objetividade, coletados no próprio local de trabalho destes, seguindo o posicionamento de Creswell (2010, p. 208) que diz, “Os

pesquisadores qualitativos tendem a coletar dados no campo e no local em que os participantes vivenciam a questão ou problema que está sendo estudado”.

A entrevista semiestruturada foi conduzida por meio de roteiro que amparou a análise e foi realizada com as enfermeiras encarregadas e os oficiais administrativos (Tabela 2). Para a análise das entrevistas realizadas, utilizou-se a análise de conteúdo que para Bardin (2011, p. 48), é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Ainda de acordo com Bardin (2011), o tratamento dos resultados e interpretação é a etapa em que os dados brutos são abordados de maneira a se tornarem significativos e válidos e possa propor inferências e oferecer interpretações, permitindo associar significado aos dados encontrados, de acordo com os objetivos previstos. Na análise qualitativa a inferência baseia-se na presença de índices e não na frequência da sua aparição.

A análise de conteúdo pode ser aplicada tanto na pesquisa quantitativa como na qualitativa, caso deste trabalho, mas com aplicações diferentes, sendo que na primeira, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo, enquanto na segunda é a presença ou não de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração (BARDIN, 2011).

Os questionários foram aplicados aos clientes internos (colaboradores) da PUA, sendo: 4 (quatro) enfermeiras encarregadas e 6 (seis) oficiais administrativos. Os questionários sucederam as entrevistas, e por isto, a estrutura foi construída a partir das contribuições obtidas na fase qualitativa, nessa etapa a intenção foi pesquisar a conjuntura onde o prontuário e PEP estão inseridos e a visão dos (as) envolvidos (as), bem como os caminhos de propagação do PEP.

O tratamento de dados deu-se em duas etapas, visto a utilização de diferentes instrumentos de pesquisa. Pretendeu-se compor resultados pautados na estatística descritiva, resumindo as principais características em um conjunto de dados fazendo a utilização de

tabelas e resumos numéricos. Ademais, realizou-se análise de conteúdo obtida pelas perguntas abertas e fechadas e pela coleta documental.

Na primeira etapa, os dados obtidos pelas perguntas fechadas foram tabulados e tratados em planilhas eletrônicas no *software* Microsoft Excel[®]. Gil (2017) entende que pode haver tabulação classificada como marginal e cruzada. Enquanto a tabulação do primeiro caso consiste na contagem das frequências de cada conjunto de dados, a tabulação cruzada consiste na contagem de um ou mais conjuntos de categorias simultaneamente (GIL, 2017). Esta pesquisa fez a utilização da tabulação marginal, sequenciada pela análise descritiva.

De modo geral, os depoimentos serviram para verificar se os possíveis problemas presentes no meio físico também puderam ser encontrados no meio digital com as mudanças ocorridas a partir da transição para o PEP no arquivamento da informação e registro dos pacientes.

3.5 Delimitações do Estudo

Creswell (2010) destaca que as limitações do estudo servem para identificar potenciais pontos fortes e fracos da pesquisa e podem estar relacionados aos métodos de pesquisa da coleta e análise de dados.

A abordagem desta pesquisa teve como ênfase a verificação dos desafios e as estratégias encontradas pelos clientes internos (colaboradores) na utilização do prontuário, sendo o tema assim delimitado: a) linha de pesquisa: dinâmica das MPEs; b) área de concentração: gestão das MPEs – Gestão em Saúde; c) assunto: PEP em uma PUA de um HPE no Estado de SP; d) porte da empresa: pequena unidade ambulatorial; e) região do Hospital: Zona Sul de São Paulo; f) setor de atuação da MPE: saúde.

3.5.1 A Região da Zona Sul de São Paulo

Situada a 4 km do centro da capital, a 7 km do Aeroporto de Congonhas e a 32 km do Aeroporto Internacional de São Paulo-Guarulhos, a Zona Sul de São Paulo é uma região administrativa estabelecida pela Prefeitura de São Paulo, englobando as Subprefeituras da

Capela do Socorro, Campo Limpo, Cidade Ademar, Parelheiros e M'Boi Mirim. De acordo com o censo de 2008, tem uma população de 2.252.079 habitantes e renda média por habitante de R\$ 1,125 e possui uma área de 607 km².

A zona Sul de São Paulo é maior do que muitas capitais brasileiras, sendo a mais extensa de São Paulo, pelo tamanho e pela grande quantidade de atrações que oferece aos turistas e moradores da cidade. São várias as opções para cultura, esporte, natureza e lazer, que abriga relevantes parques, museus, centros culturais, bibliotecas, estádios e ginásios, entre outros espaços. As cidades ainda contam com infraestrutura adequada de água, esgoto, energia elétrica, comunicação e acessos, tem qualidade de vida de muito bom nível para o padrão brasileiro e disponibilidade de recursos humanos de boa formação e qualidade para capacitação específica.

A região é altamente vantajosa para novos negócios por ter um público-alvo considerável e por contar com fácil acesso a capital do Estado de São Paulo e às rodovias e ferrovias. A Zona Sul de São Paulo conta com o Aeroporto de São Paulo/Congonhas – Deputado Freitas Nobre, ou simplesmente Aeroporto de Congonhas, o segundo mais movimentado do Brasil. Na figura 3 a seguir pode-se conhecer a localização da Zona Sul e suas cidades limítrofes, conforme a Prefeitura Municipal de São Paulo.

Figura 3: A Região Da Zona Sul De São Paulo



Fonte: <http://www.zonasulsp.com.br/imagens/588x1190xmapa-zona-sul-sp.jpg.pagespeed.ic.F-9b5FCJsf.webp>(2019)

3.5.2 Limitações do Método de Estudo

Creswell (2010) entende que a limitação do estudo (método) se concentra na coleta de dados, na entrevista, o pesquisador depende das habilidades do entrevistado para obtenção de respostas relevantes, espontâneas e racionais. Nem todas as pessoas são articuladas e perceptivas, o que pode dificultar a percepção da verdade pelo pesquisador.

Vergara (2016, p. 59) afirma que “todo método tem possibilidades e limitações”. Sendo assim, é conveniente informar quais serão as limitações sofridas pela pesquisa que, todavia, não invalidam sua realização.

Este estudo versou sobre a utilização do prontuário pelos clientes internos (colaboradores) da PUA de um HPE no Estado de SP; deve-se ressaltar que este estudo tem limitações quanto à generalização dos resultados, uma vez que foi utilizada uma pesquisa qualitativa com *estudo de caso*.

O pesquisador deve atuar naturalmente, com postura amigável, realizando questões simples e objetivas, que não ofendam o entrevistado, informando a finalidade da pesquisa, e que o nome deste não será divulgado, evitando assim, que estas limitações atinjam sua pesquisa.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir consideram a ordem proposta pelos instrumentos utilizados que foram sustentados pelo embasamento teórico obtidos no estudo sobre a utilização do PEP na PUA do HPE.

4.1 Diagnóstico da pequena unidade ambulatorial

Tendo em vista o compromisso de sigilo assumido com os clientes internos (colaboradores) da PUA, esta pesquisa omite os nomes destes entrevistados e do HPE, sendo estes identificados por enfermeiro (a) encarregado (a) e oficial administrativo.

Quanto à escolaridade, todas as 4 (quatro) enfermeiras encarregadas possuem ensino superior em enfermagem com especialização em gestão em saúde; e os (as) 6 (seis) oficiais administrativos possuem ensino fundamental completo, exigência esta para ambos os cargos.

Este fato, somado aos cargos que ocupam nas respectivas unidades hospitalares da PUA, evidencia sua presumível capacidade de expressão e, por seu conhecimento de causa, trazer a credibilidade mínima que se espera das informações por eles prestadas.

Para que se possa dar prosseguimento ao presente estudo, esta sessão teve por propósito identificar quais os principais problemas enfrentados pela PUA em sua atuação. Para isto, foram realizadas entrevistas junto aos clientes internos (colaboradores) da PUA, visando identificar os objetivos a serem almejados mediante as estratégias empregadas; pois como visto, os indicadores de desempenho precisam estar voltados aos objetivos previamente determinados.

Os indicadores, anteriormente explicitados individualmente, podem ser analisados de forma conjunta combinando duas ou mais métricas. Tais indicadores podem ser comparados com outras instituições hospitalares. Na presente dissertação, dada à confidencialidade e não disponibilização no *site* do hospital, não foi feita tal comparação de métricas, ou seja, elaborou-se apenas análise qualitativa descrita a seguir. Esta comparação quantitativa de indicadores pode ser desenvolvida em futuras pesquisas, conforme proposto no tópico 5.1. Sugestões para futuros trabalhos.

Na pesquisa realizada no HPE, observou-se que os pacientes, geralmente são atendidos por várias especialidades e diversos profissionais de saúde e nesse sentido o preenchimento dos prontuários é feito de forma multidisciplinar e interespecialidades, sendo que os dados e as informações são anotados por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

A Tabela 2 descreve o perfil da população estudada conforme as variáveis, correspondendo a um total de 217 profissionais de saúde que trabalham na PUA do HPE, que é subdividida por mais 4 (quatro) setores, de acordo com a Tabela 2:

Tabela 2: Equipe de Clientes Internos (colaboradores) da PUA

Clientes Internos (colaboradores) da PUA	Centro Cirúrgico	Hemodinâmica	Hospital- Dia	Central de Respiradores	Total por Especialistas
Enfermeiro (a) Encarregado (a)	02	01	01	-	04
Enfermeiro (a) Assistencial	20	04	03	-	27
Técnico (a) de Enfermagem	80	05	08	01	94
Auxiliar de Enfermagem	70	04	04	05	83
Auxiliar de Saúde	02	-	-	-	02
Oficial Administrativo	04 (*)	01	01	-	06
Auxiliar de Serviço Geral	01	-	-	-	01
Total por Setor	179	15	17	06	217

(*) 03 são subordinados à Chefia de Enfermagem e 01 é subordinado à Diretoria Médica do Centro Cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela Autora (2019)

Toda esta equipe se divide em plantão de 24h. Cada setor possui uma ou duas enfermeiras encarregadas que ficam diretamente nos seus respectivos setores, sendo estas as responsáveis pela resolutividade dos diversos problemas do dia-a-dia e também pela elaboração da escala mensal, confecção do cartão de ponto e orientações aos clientes internos (colaboradores).

As enfermeiras encarregadas orientam os enfermeiros assistenciais e são responsáveis pela escala diária de clientes internos (colaboradores) e a confecção do mapa cirúrgico, também organizando aulas de reciclagem dos clientes internos (colaboradores) da enfermagem. Eles estão subordinados as enfermeiras chefes e estes à enfermeira diretora; totalizando 07 (sete) enfermeiras que são diretoras sendo estas responsáveis por algumas dessas Unidades Ambulatoriais. As enfermeiras diretoras são subordinadas à gerência de enfermagem.

As equipes médicas, de enfermagem, fisioterapeutas, oficiais administrativos, técnicos (as) e auxiliares de enfermagem são todos (as) concursados (CLT). Alguns serviços estão sendo terceirizados, como: equipe de limpeza, equipe de segurança, almoxarifado, rouparia. E os (as) clientes internos (colaboradores) (as) concursados (as) que atuavam nestes serviços, estão sendo remanejados para outras atividades.

O número de prontuários é de acordo com o número de pacientes que são recebidos para as realizações dos procedimentos cirúrgicos. Em virtude da PUA ainda não ter a certificação digital, os prontuários não são totalmente digitais, portanto, o prontuário físico precisa ser montado e as informações inseridas no PEP são impressas e incluídas na pasta (prontuário físico) do paciente.

O PEP trabalha *on-line* o tempo todo por meio de tecnologia fornecida por empresa terceirizada, a qual também fornece os equipamentos que em sua maioria são modernos.

Os gestores conhecem o sistema de informações que está em uso na PUA e acreditam que ele agiliza os setores onde está instalado. Embora na época de sua instalação ocupassem outros cargos, eles já estavam presentes e acompanharam os treinamentos, bem como a resistência por parte dos funcionários em utilizar essa ferramenta. O conflito inicial, resultante da resistência, foi dirimido no decorrer do processo devido às diversas reuniões para explicar os objetivos da implantação do sistema de PEP na PUA. Essa resistência acontece com os clientes internos (colaboradores) com mais idade.

Alguns clientes internos (colaboradores) foram resistentes à inserção do computador no local e na ocasião falaram isso abertamente para os colegas de trabalho. A visão dos clientes internos (colaboradores) era a de que omitir o problema, favoreceria o fato de assumirem novas atribuições, que poderiam contribuir com o setor e seu trabalho.

Observou-se que os setores que possuem o PEP são mais ágeis. Alguns setores ainda possuem o registro em papel, e por várias vezes eles se perderam, assim como valiosas informações, ocasionando grandes transtornos às chefias da PUA. A segurança das informações armazenadas no sistema foi um fator favorável pós implantação, apesar de tal fator não ter sido considerado inicialmente, sendo, portanto, considerado um grande desafio para a PUA.

Após a aplicação dos questionários e entrevistas com os envolvidos na pesquisa, ficam evidenciadas as necessidades dos setores relacionadas ao PEP serem 100% (cem por cento) digital, por mais benefícios que o sistema trouxe, ainda existem muitos obstáculos para o seu completo funcionamento.

Sobre o comportamento dos clientes internos (colaboradores) em relação ao uso do PEP, os entrevistados afirmam que a grande maioria dos clientes internos (colaboradores) da PUA é composta por servidores efetivos concursados e regidos pela CLT, por isso alguns se comprometem com suas tarefas, mais do que outros.

O nível tecnológico da PUA é bastante eficiente porque esta possui um serviço terceirizado de informática que também fornece os equipamentos que em sua maioria são modernos. Em contrapartida, a organização da PUA em relação à total informatização do prontuário está aquém do ideal porque esta é uma questão complexa que envolve: estrutura, recursos humanos, apoio gerencial e principalmente financeiro.

Durante o período em que a pesquisadora esteve em campo com a referida pesquisa, percebeu-se na PUA que a grande preocupação é com o fator humano, no sentido de que está sempre atenta aos clientes internos (colaboradores) que trabalham com o sistema de PEP, para que estes sejam conscientes de seu papel e de sua importância para o bom andamento das atividades.

Na concepção dos clientes internos (colaboradores), as necessidades dos setores em questão, referentes à utilização do PEP são: o avanço na utilização do prontuário que depende, especialmente, de ações na área de tecnologia. Sendo assim, elenca-se: investir em novos equipamentos para a PUA, ou seja, adquirir máquinas boas que sejam capazes de aprimorar o sistema de PEP; conscientizar os clientes internos (colaboradores) da PUA em relação ao seu uso; treinar continuamente os clientes internos (colaboradores) que utilizam o sistema.

Atualmente, na PUA, apenas dois cargos de clientes internos (colaboradores) que utilizam e manuseiam os prontuários físicos e digitais, a saber:

a) Oficial Administrativo: A exigência do cargo se dá por meio de formação acadêmica o ensino fundamental completo e o vínculo empregatício é a CLT (concursado).

Os achados estudados nesta pesquisa (apêndice A) descrevem as principais observações da PUA do HPE, no desenvolvimento de suas atividades, que são: (1) confecção de mapa cirúrgico, (2) organização do prontuário; organização do prontuário; (3) digitação de escala mensal e (4) encaminhamento de documentos.

Os fatores que levaram aos resultados foram explicados pelos próprios Oficiais Administrativos em suas entrevistas analisadas:

Questão 1 – Leitura do Manual: Todos os clientes internos (colaboradores) já leram o manual do sistema;

Questão 2 – Principais dificuldades ao registrar as informações no PEP: O sistema não contém todas as informações necessárias do paciente por falta de espaço para a inclusão dos registros necessários e pertinentes ao PEP; sendo ele muito lento e a sua queda é constante, tornando o trabalho mais moroso. Os entrevistados relataram que uma atualização poderia torná-lo mais rápido e eficaz na melhoria da qualidade de todas as informações que são registradas nele e deram ênfase aos problemas presentes no meio físico também pôde ser encontrado no meio digital com as mudanças ocorridas a partir da transição para o PEP no arquivamento da informação e registro dos pacientes e à medida que estes problemas vão aparecendo, a equipe de TI busca soluções;

Questão 3 – Sistema de fácil acesso e interface amigável: Os entrevistados consideram o sistema de PEP de fácil acesso e a sua interface é amigável porque permite que as informações cruzem entre si com todas as informações que são necessárias;

Questão 4 – Padronização das informações registradas no prontuário em papel: Existe padronização nas informações tanto do prontuário físico quanto do eletrônico porque as informações registradas manualmente (papel) são idênticas às dispostas no sistema;

Questão 5 – Erros encontrados nas informações registradas no prontuário em papel: Os entrevistados relataram que falta clareza nas informações registradas pela equipe multiprofissional que podem levar a má interpretação diagnóstica, medicamentosa e de procedimentos;

Questão 6 – Confiança das informações registradas no prontuário em papel: Existe desconfiança nas informações que são registradas pela dúbia interpretação no seu conteúdo e muitas vezes há dificuldade no entendimento registrado no formulário;

Questão 7 – Satisfação com o PEP: Os entrevistados estão satisfeitos com o PEP porque as informações são apresentadas de maneira clara e objetiva;

Questão 8 – Melhorias na qualidade das informações registradas no PEP: Seria o envolvimento da equipe multiprofissional com o objetivo de tornar o PEP o mais fidedigno possível, na opinião dos entrevistados;

Questão 9 – Satisfação com relação ao vocabulário adotado pelo sistema de PEP na PUA: Os entrevistados consideram o vocabulário adotado por este sistema de informação satisfatório porque o PEP de fácil entendimento e característico do vocabulário médico;

Questão 10 – Satisfação com os relatórios gerados pelo sistema: Os entrevistados consideram insatisfatórios os relatórios pelo fato de o sistema não gerar nenhum tipo de relatório; assim, toda consulta tem que ser realizada diretamente no sistema, o que dificulta um pouco o trabalho.

Questão 11 – Destino do prontuário em papel após digitação das informações no PEP: Os entrevistados informaram que após a realização da digitação das informações no PEP, tudo é impresso para que o prontuário físico seja arquivado em local próprio (SAME);

Questão 12 – Tempo e armazenamento dos prontuários impressos: Os entrevistados informaram que os prontuários ficam armazenado por 20 (vinte) anos em local próprio (SAME);

Questão 13: Tipo de tratamento técnico para a armazenagem dos prontuários impressos: O tratamento técnico que é realizado para a armazenagem dos prontuários impressos é feito por catálogos e em ordem numérica;

b) Enfermeiro (a) Encarregado (a): A exigência do cargo se dá por meio de formação acadêmica da graduação em enfermagem com especialização e, gestão em saúde e o vínculo empregatício é a CLT (concurado).

Os achados encontrados nesta pesquisa (apêndice B) descrevem as principais observações da PUA do HPE, no desenvolvimento de suas atividades, que são: (1) administração da PUA; (2) educação continuada com a equipe e (3) coordenação e supervisão da equipe de enfermagem da PUA.

Os fatores que levaram aos resultados foram explicados pelos próprios Enfermeiros Encarregados em suas entrevistas analisadas:

Questão 1 – Coleta de informações que são registradas no sistema de informação: Todos os entrevistados relataram há o registro de todas as informações no PEP.

Questão 2 – Principais formulários utilizados para registro das informações coletadas: Os principais formulários utilizados para os registros das informações coletadas são: (a) consulta de enfermagem; (b) prescrição de enfermagem e (c) diagnóstico de enfermagem.

Questão 3 – Dificuldades encontradas no preenchimento do formulário: A principal dificuldade encontrada no preenchimento do formulário pelos entrevistados é a dificuldade que grande parte dos pacientes possuem em se comunicar;

Questão 4 – Procedimento padrão no preenchimento dos formulários: O procedimento padrão utilizado na PUA no preenchimento dos formulários é feito por meio de entrevista com o paciente e, no caso de pacientes idosos, estes sempre devem estar acompanhado de um familiar;

Questão 5 – Treinamento para preenchimento dos formulários: A equipe dos clientes internos (colaboradores) que trabalham na PUA teve um treinamento que durou aproximadamente de 15 (quinze) dias, especialmente na questão da utilização de vocabulários controlados de termos para o registro das informações, pois são utilizados alguns códigos específicos para a preservação do paciente e as informações sobre o registro do paciente em hipótese alguma deverá de ser registrada;

Questão 6 – Formulários contemplam ou não todas as informações a serem registradas: A ausência de dados essenciais, por exemplo, alguns dados sociais relevantes para o diagnóstico da enfermagem são alguns impedimentos para o registro das informações nos formulários;

Questão 7 – Situação em que não há o registro da informação solicitada no formulário: Os entrevistados informaram que não se deve deixar de registrar nenhuma informação no PEP e em nenhuma situação;

Questão 8 – Utilização de vocabulário controlado de termos (siglas, expressões, códigos, etc.) para o registro das informações: Os entrevistados relataram que sempre são utilizados alguns códigos para o registro das informações para preservação do paciente;

Questão 9 – Houve algum impacto dentro da equipe multiprofissional na transição do prontuário em papel para o PEP: Quando ocorreu a transição do prontuário em papel para o

PEP, a princípio houve um impacto na equipe multiprofissional com a resistência destes na mudança, porém, após a transição efetivamente realizada, a aceitação foi grande pela facilidade de acesso aos dados;

Questão 10 – A PUA irá aproveitar as informações do PEP para fins de análises em relação ao funcionamento do HPE: A PUA irá aproveitar as informações do PEP porque com dos dados no sistema é possível que todos os setores do hospital acompanhem os pacientes de forma globalizada;

Questão 11 – Possibilidade de mensurar a utilização clínica por meio de indicadores de desempenho hospitalares: Por meio de indicadores de desempenho, poderão ser mensurados o controle de infecção, quedas, cirurgias por porte, atendimentos clínicos, etc.

Os principais problemas do prontuário/PEP no HPE e as conclusões inferidas sobre a PUA são sintetizados a seguir:

1) o SAME fica localizado em andar diferente da PUA – 2º andar do prédio dos laboratórios - ocupando uma área de 1000 m², porém de fácil acesso a todo o hospital: No dia anterior às consultas agendadas, um colaborador do próprio serviço leva os prontuários físicos até os consultórios de cada serviço; ao final do dia, o próprio colaborador do SAME recolhe esses prontuários para o seu local de origem (prateleiras do SAME). O número de prontuários é variável, ou seja, conforme o número de pacientes que são recebidos para realizações de procedimentos cirúrgicos. Mesmo com a inclusão do PEP, as folhas são impressas e são abertos novos prontuários para cada novo paciente e/ou acrescenta-se no final dos prontuários para os pacientes mais antigos, pelo motivo da migração ainda não ter ocorrido totalmente para este novo sistema.

Observação: Quando o prontuário físico é solicitado, as informações são sempre impressas, sendo que vai um carimbo de “DIGITALIZADO” para saber que apesar do conteúdo estar no prontuário físico, este já foi digitalizado e constando no sistema de PEP do HPE; outros, por sua vez, já são digitados na hora do atendimento e já saem impressos com todas as informações necessários, ficando apenas o carimbo e a assinatura manual;

2) o prontuário digital trabalha *on-line*, por meio de tecnologia fornecida por empresa de informática terceirizada, que também fornece os equipamentos que em sua maioria são modernos;

3) até o momento não existe integração entre o PEP com outras áreas, tais como nas gestões da agenda, do controle financeiro e dos recursos humanos porque a PUA ainda não tem a certificação e os prontuários não são totalmente digitais, portanto, o prontuário físico deve, obrigatoriamente, ser aberto;

4) a informatização dos processos médicos (solicitação de exames, prescrição, sumário de alta), em curso atualmente no HPE, está gerando acúmulo maior de papel no prontuário, ao contrário do que seria de se esperar; sugere-se melhor aproveitamento das informações que estão sendo geradas e armazenadas no sistema;

5) sugere-se que seja criada uma comissão encarregada de revisar os prontuários inativos há mais de 20 (vinte) anos, legalmente passíveis de eliminação, para identificar aqueles que tenham relevância histórica ou para fins de pesquisa;

Além dessas medidas objetivas, percebeu-se o grande envolvimento dos usuários no processo, conforme era o objetivo, com a discussão provocada dentro da PUA. E, considerando dados da Tabela 2, propõe-se que seja implementado um indicador que calcule a proporção de PEP em relação às consultas médicas realizadas (Quadro 3), na forma de:

Número de consultas: número de internações. Como cada internação gera um PEP, tem-se:

$IGP = \text{Indicador de geração de prontuários} = 260.000 : 6.800 = 38,24$. Ou seja, mensalmente, a cada 38 consultas, é efetivada uma internação com respectivo PEP gerado.

Quadro 3: Indicador de PEP

ILP =	Número de Leitos:	Número de PEP
ICP =	Custos Diretos de Mão-de-Obra:	Número de PEP
IPP =	Dias de Internação:	Número de Internações

Fonte: Elaborado pela Autora (2019)

O IPP (Quadro 3) sinaliza o tempo de processamento hospitalar, desde o momento da internação, até a alta hospitalar do paciente. É o tipo de indicador de quanto maior, melhor. O ideal é que seja maior do que 1 (um), pois assim significa que o volume de altas (saída de pacientes) seja maior que o volume de internações hospitalares (entrada de pacientes). Como complemento, pode-se dividir número consultas pelo número de altas.

Outros indicadores podem ser calculados, tais como: número de leitos: número de PEP; custos diretos de operacionalização dos PEP: número de PEP; número de altas: número de internações.

4.1.1 Indicadores de Gestão de PEP

Tachizawa (2016) conceitua que um modelo de gestão depende de medição, informação e análise e que essas medições devem ser decorrentes das estratégias corporativas da organização, incluindo seus processos fundamentais, bem como seus resultados. As informações indispensáveis para a análise e o avanço do desempenho incluem, entre outras, as relacionadas com o processo produtivo, o desempenho de produtos, o mercado, as comparações com a concorrência – *benchmarking*, os fornecedores, os clientes internos (colaboradores) e os aspectos econômico-financeiros.

De acordo com os autores Zairi e Leonard (1995), Soranz, Pinto e Camacho (2017), Bello e Viltard (2019), os indicadores são fatores imprescindíveis, pois devem possibilitar a mensuração da evolução das metas, assim como a identificação de possíveis desvios, passíveis de correção ao longo de suas operações, onde os indicadores de gestão de PEP da PUA forneceram a média mensal de atendimentos do HPE, conforme apresentados na Tabela 3 discriminada a seguir.

Tabela 3: Indicadores de PEP na PUA

Indicadores de PEP na PUA por Mês (Adaptado de Tachizawa, 2016)			
Indicador do Período	=	$\frac{\text{Número de altas de pacientes}}{\text{Número de pacientes recepcionados}}$	$\frac{720}{2500}$ 0,29
Indicador de Especialidades (Cardiologia)	=	$\frac{\text{Número de Pacientes Cardiologia}}{\text{Número Total de Pacientes}}$	$\frac{350}{2500}$ 0,14
Indicador de Especialidades (Neurologia)	=	$\frac{\text{Número de Pacientes Neurologia}}{\text{Número Total de Pacientes}}$	$\frac{250}{2500}$ 0,10
Indicador de Especialidades (Exames Auxiliares)	=	$\frac{\text{Número de Exames Auxiliares}}{\text{Número Total de Pacientes}}$	$\frac{1500}{2500}$ 0,60
Indicador Geral PEP	=	$\frac{\text{Número de Prontuários Eletrônicos}}{\text{Número Total de Prontuários Médicos}}$	$\frac{175000}{220000}$ 0,80

Fonte: Elaborado pela Autora (2019)

No Indicador do Período pode-se deduzir que é uma relação entre 720 altas: 3500 pacientes = 0,29 ou em outras palavras significa que 29% de pacientes obtiveram alta médica no período analisado, do total de pacientes recepcionados no HPE.

No Indicador de Especialidades (Cardiologia) pode-se deduzir que é uma relação entre 720 altas: 3500 pacientes = 0,29 ou em outras palavras significa que 29% de pacientes obtiveram alta médica no período analisado, do total de pacientes recepcionados no HPE.

No Indicador de Especialidades (Neurologia) pode-se deduzir que é uma relação entre 250 pacientes: 2500 pacientes = 0,10 ou em outras palavras significa que 10% de pacientes utilizaram a especialidade de Neurologia no período analisado, do total de pacientes recepcionados no HPE.

No Indicador de Especialidades (Exames Auxiliares) pode-se deduzir que é uma relação entre 1500 exames auxiliares: 2500 pacientes = 0,60 ou em outras palavras significa que 60% de pacientes realizaram Exames Auxiliares no período analisado, do total de pacientes recepcionados no HPE.

No Indicador geral PEP pode-se deduzir que é uma relação entre 175000 PEP: 220000 prontuários médicos = 0,80 ou em outras palavras significa que 80% de PEP foram utilizados no período analisado, do total de prontuários médicos no HPE.

Analisar o que foi medido significa obter informações e inferências relevantes para apoiar a tomada de decisão necessária. Isso, para revelar relações de causa e efeito que podem não ficar evidentes num processo médico hospitalar de extremo volume de dados e documentos.

Outros indicadores podem ser apurados, para uso interno do HPE, ou para fins de comparação com instituições congêneres, que constituem referencial de excelência do mercado (contexto brasileiro e cenário externo).

São indicadores que podem ser comparados com métricas de outros hospitais ou mesmo cotejado com a média do mercado (aqui denominado como *benchmark* ou referencial de excelência).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De posse do material selecionado os resultados referentes ao período de otimização do PEP do paciente nos consultórios foram agrupados e podem ser observados no Quadro 4.

Quadro 4: Utilização do PEP pelos Gestores e Clientes Internos (colaboradores) da PUA

PEP	Considerações
Gestores	- Sabem dos problemas em relação à utilização do PEP
	- Estão cientes de que a morosidade na adesão do prontuário 100% digital prejudica a imagem da PUA
	- Faltam recursos financeiros e empenho para aquisição dos recursos
	- Sentem necessidade da valorização de seus recursos humanos
	- Ausência de integração dos dados e do compartilhamento das informações entre os vários setores para o gerenciamento dos indicadores hospitalares
Clientes Internos (colaboradores)	- Sabem dos problemas em relação à utilização do PEP
	- Interessados em trabalhar com o PEP 100% digital
	- No início houve resistência na adesão parcial do PEP
	- Otimização do tempo de atendimento
	- Manutenção do prontuário em papel e PEP ao mesmo tempo

Fonte: Elaborado pela Autora (2019)

A realização da presente dissertação se deu em função do interesse da pesquisadora em estudar as ciências da saúde, por meio de seus documentos e fontes de informação do prontuário. Isso porque neste campo de atuação existe a possibilidade de desenvolver trabalhos relevantes para o tratamento, acesso, disseminação e transferência da informação e do conhecimento em saúde.

No HPE os gestores sabem dos problemas em relação à utilização do PEP, estão cientes de que a morosidade na adesão do prontuário digital prejudica a imagem da PUA. De acordo com os resultados das pesquisas e observações realizadas, verificou-se a existência de obstáculos com a utilização do prontuário nos setores da PUA; somado a isso, também existe a falta de recursos financeiros. Analisando os resultados dos questionários, notou-se que existe interesse por parte dos clientes internos (colaboradores) em trabalhar com o sistema de PEP totalmente digital, mas é necessário maior empenho para conseguir os recursos e a valorização de seus recursos humanos.

As informações geradas pelo prontuário e PEP no ambiente hospitalar precisam ser verdadeiras e exatas. A maior parte dos problemas da gestão de tecnologia da informação nos hospitais passa pela falta de credibilidade nos dados inseridos no sistema; tal circunstância prejudica seriamente a utilização do *software*. Observou-se que os profissionais estão capacitados para lidar com a informática, em sua prática cotidiana, e a tecnologia da informação apoia o bom andamento da gestão hospitalar, sendo um dos instrumentos fundamentais para a gestão.

Sem um sistema de indicadores a geração de um diagnóstico apurado torna-se algo inatingível. As operações desempenhadas pela PUA ficam inertes sem a possibilidade de identificar objetivamente se a PUA está caminhando para seu desenvolvimento ou em direção ao seu colapso. Não adianta implementar sistemas de indicadores de forma aleatória, porque estes precisam estar intimamente ligados à estratégia da organização, atuando como tradutores desta estratégia e como ferramentas de análise. Somente por meio da integração é que se torna possível desenvolver as atividades estratégicas de forma eficiente.

Ressalta-se a contribuição social da pesquisa, pois a equipe multiprofissional entrevistada, como sujeito investigado, com sua decisão, pode contribuir (apesar do PEP não estar 100% implantado) para a melhoria dos serviços prestados dentro da instituição hospitalar.

Obteve-se, ainda, uma contribuição teórico-reflexiva, evidenciada pelo entendimento de que apesar de o prontuário ser utilizado a maior parte do tempo pela equipe multiprofissional e, principalmente, pelo médico, ele diz respeito ao paciente, portanto, são inúmeras as variáveis internas que puderam ser percebidas dentro de um ambiente organizacional hospitalar em conjunto; esta é uma contribuição positiva na proposta da utilização de indicadores para a melhoria de processos, produtos e serviços no HPE, podendo integrar o PEP com as demais estruturas organizacionais e que sensibilize profissionais e gestores resistentes à sua incorporação em serviços de saúde, com o intuito de promover a melhoria da qualidade de assistência ao paciente, pesquisa e gestão.

Foi utilizado o enfoque do *estudo de caso* sobre o PEP em uma PUA em um HPE no Estado de SP, por meio do levantamento de dados junto aos clientes internos (colaboradores). E, posteriormente, delineado um modelo de PEP utilizado na PUA do HPE no Estado de SP,

enfocando a inserção/registro das informações e níveis de acesso, a identificação dos usuários do PEP, características dos tipos de informações registradas no PEP, identificação dos tipos de utilização das informações registradas no prontuário, bem como a identificação e caracterização de possíveis mudanças no processo de busca pela informação a partir da utilização do PEP.

Como resultado foi formulado para a PUA, objeto do *estudo de caso*, indicadores de desempenho relativo aos PEPs. Posteriormente, foram analisados com o referencial de excelência do mercado. Analisou-se o PEP como suporte ao seu processo de evolução, discutindo suas vantagens e desvantagens, a relevância da sua utilização nos serviços médico-hospitalares, os aspectos éticos envolvidos e os desafios encontrados pelos clientes internos (colaboradores) da PUA de um HPE no Estado de SP na utilização do prontuário nos dias atuais, bem como as estratégias utilizadas para enfrentar esses desafios/problemas, de modo a subsidiar a tomada de decisão na prática médica.

Os resultados da presente pesquisa apontam que apesar de a PUA utilizar o PEP desde 2012, os clientes internos (colaboradores) ainda encontram muitas dificuldades nesta transição pelo fato de ainda terem que trabalhar com o prontuário físico e o digital concomitantemente, ou seja, o PEP só é utilizado apenas para inclusão de dados dos seus beneficiários, a PUA ainda não possui a certificação HIMSS, *Health Information and Management Systems Society* que indica o grau de digitalização da instituição de saúde, por isso, médicos, biomédicos e outros profissionais envolvidos no tratamento e diagnóstico do paciente não possuem sua assinatura digital e autenticada no sistema, sendo assim, existe a obrigatoriedade da impressão de todo o prontuário do paciente para que esses profissionais possam assinar fisicamente os documentos, dificultando a otimização deste processo.

Essa morosidade neste processo é decorrente do fato de o HPE ser um órgão público e ainda não ter sido disponibilizado recursos para a integração total do PEP na PUA e apesar dos entraves relatados, foi identificada e caracterizada possíveis mudanças no processo de busca pela informação a partir da utilização do PEP, no sentido de integrar as informações inseridas no sistema.

E, complementarmente, foram identificadas as dificuldades e obstáculos junto aos profissionais de saúde frente à implantação do PEP como instrumento sistêmico para a

utilização de novas tecnologias de informação. Isso, no contato com o paciente, com diagnóstico do impacto dentro da equipe multiprofissional na transição do prontuário em papel para o PEP e analisou-se como a PUA irá aproveitar as informações do PEP para fins de análises em relação ao funcionamento do HPE.

Em síntese, obteve-se o: delineamento do modelo de PEP utilizado na PUA do HPE no Estado de SP, enfocando a inserção/registo das informações e níveis de acesso, identificação dos usuários do PEP, caracterização dos tipos de utilização das informações registradas no processo de prontuário, identificação e caracterização de possíveis mudanças no processo de busca pela informação a partir da utilização do PEP, identificação da existência de dificuldades e resistências por parte dos profissionais de saúde frente à implantação do PEP como instrumento sistêmico para a utilização de novas tecnologias da informação, no contato com o paciente, análise do impacto dentro da equipe multiprofissional na transição do prontuário em papel para o PEP, diagnóstico de como a PUA irá aproveitar as informações do PEP para fins de análises em relação ao funcionamento do HPE.

5.1 Sugestões para Futuras Pesquisas

Como sugestões para futuros trabalhos a serem desenvolvidos por outros pesquisadores, sugerem-se temas como: (1) estudo da possibilidade de preservar os aspectos legais inerentes ao PEP; (2) adoção de PEP para melhorar o desempenho das atividades de busca de informações e de tomada de decisões dos usuários, melhorando a qualidade e facilitando o fluxo de informações; (3) influência da robótica assistencial, *hardware* e *software* de digitalização de imagens e computação cognitiva, como tecnologias inovadoras para os PEPs; (4) efeitos da adoção dos PEPs na relação da instituição hospitalar, com as clínicas e laboratórios terceirizados e (5) análise comparativa de indicadores hospitalares.

Este trabalho de pesquisa poderá ter continuidade em estudo para avaliar os resultados obtidos com as modificações que estão sendo implementadas, na consolidação da utilização PEP totalmente digital, que está sendo realizada gradativamente, com a informatização dos processos médicos em curso atualmente no HPE. Os dados gerados pelos sistemas de exames clínicos, prescrição médica e sumário de alta poderão ser estruturados e

filtrados de forma que possam compor um possível *patient core record* disponível *on-line* a todos os profissionais que dele necessitem.

Pode-se desenvolver, ainda, estudo longitudinal com os clientes internos (colaboradores) entrevistados para acompanhar desempenho e desenvolvimento do processo de digitalização total do PEP. Este é um desafio que se tem pela frente e que redobra a motivação para uma futura investigação.

Recomenda-se estudos sobre portabilidade dos PEPs, acompanhando a atual tendência da computação móvel onde aplicativos *Apps*, no futuro permitirão que pacientes possam armazenar seus dados médicos hospitalares. Pesquisas complementares podem ser desenvolvidas para acompanhar os avanços tecnológicos hospitalares que focarão exames complementares/auxiliares na saúde do paciente e não foco em episódios transitórios de doenças momentaneamente contraídas. É um enfoque preventivo, holístico na saúde do paciente, antes que seja acometida de doenças pontuais.

REFERÊNCIAS

ACKOFF, R. L. *The Systems Revolution*. Long Range Planing, p. 2-20, dez. 1974.

_____. *Creating de Corporate Future*. John Willey e Sons, 1981.

AKABANE, G. K. **A EMPRESA DIGITAL**. In: Gestão Estratégica das Tecnologias Cognitivas: Conceitos, Metodologias e Aplicações. Érica, São Paulo: 2018. p. 167-196.

ALVES, D. A.; KUROISHI R. C. S. e MANDRA, P. P. *Electronic medical records: perceptions from speech-language-hearing pathology undergraduate students and professionals*. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 385-391, apr. 2016. Acesso em: 09 out. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201618217915>.

AMARAL, M. M. e PAIVA, P. B. **Prontuário Eletrônico do Paciente com base no atendimento ambulatorial distribuído**. Disponível em: <https://www.ufsm.br/orgaos-suplementares/cpd/wp-content/uploads/sites/350/2018/07/PEP_com_base_no_atendimento_ambulatorial_distribuido.pdf>. Acesso em: 09 out. 2018.

ANDREASI, S. A. O prontuário eletrônico do paciente e o papel do médico. In: VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2002, Natal, Rio Grande do Norte, 29 set. a 2 out. **Anais**. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2002/dados/arquivos/433.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

ARAÚJO, L. C. G. **Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

AZEVEDO. R. S. Aplicações Educacionais do PEP. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. In: Editores, MASSAD, E; MARIN, H. F. e R. S. A. São Paulo: USP; 2003. p. 151-158. Disponível em: <www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Portugal, 2011, Edições 70.

BELLO; H. e VILTARD, L. A. *On Process Management (PM): The apliccability of Michael Hammer's theory in Argentina*. **Independent Journal of Management & Production (IJM&P)**. v. 10, n.1, jan.-feb. 2019, p. 001-021. Acesso em: 16 abr. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.14807/ijmp.v10i1.820>.

BRAGA, R. D. *et al*. Validação do prontuário eletrônico do paciente em uma instituição de ensino superior em saúde: relato da experiência no módulo Anamnese. **Journal of Health**

Informatics; v. 5, n.1, mar. 2013. Disponível em:
<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-683538>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília: DF, Ano CXXVI, n. 191-A, 05 out. 2019. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. Portaria nº 1.044. Ministério da Saúde, de 01 de junho de 2004. Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília: DF, n. 105, p. 42, 02 jun. 2004. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13158.html>>. Acesso em 19 nov. 2018.

_____. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 153, p. 184-185, 9 ago. 2002. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas&buscaEfetuada=true&tipoNor=&pagina=58>. Acesso em 19 nov. 2018.

_____. Resolução CFM nº 1.639, de 10 de julho de 2002. Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília: DF, n. 164, p. 204, 26 ago. 2002. Brasília, DF, 10 jul. 2002. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas&buscaEfetuada=true&tipoNor=&pagina=58>. Acesso em 19 nov. 2018.

_____. Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília: DF, p. 252, 23 nov. 2007. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas&buscaEfetuada=true&tipoNor=&pagina=41#tableNormas>. Acesso em 19 nov. 2018.

CAMARGO, L. R. L. e PEREIRA, G. R. Análise dos registros realizados pela enfermagem e o possível impacto na auditoria: uma revisão da literatura nacional. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 17, n.68, jul.-set. 2017. Acesso em: 24 set. 2018. doi:
<http://dx.doi.org/10.23973/ras.68.55>.

CAMP, R. C. **Benchmarking**: o caminho da qualidade total. 3ª ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

CAMPANA, G. A. e OPLUSTIL, C. P. Conceitos de automação na medicina laboratorial: revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratório**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 119-127, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de mai. 2019. Acesso em: 22 mai. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000200005>.

CANÊO, P. K. e RONDINA J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**; ISSN 2175-4411. 2014. Disponível em: <www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289>. Acesso em: 29 jul. 2018.

CAPUCHO, H. C., *et al.* Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v. 34, n.1, p. 164-172, mar. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670507>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

CARDOSO, Camila. **Análise das atividades desenvolvidas em farmácia hospitalar para automação**: um *estudo de caso* em dois hospitais do Distrito Federal, Brasil. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/15106>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

CARREIRA, Dorival. **Organização, sistemas e métodos**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CFM. **A instituição**. Brasília, Distrito Federal, p. 1-2, jul. 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23>. Acesso em: 24 nov. 2018.

COSTA, J. F. R. e PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 34, n. 1, p. 1-14, 2018. Acesso em: 24 dez. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00187916>.

COSTA, C. G. A. e SABBATINI, R. M. E. Desenvolvimento e Avaliação de Prontuário Eletrônico do Paciente. In: **Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267771094_Desenvolvimento_e_Avaliacao_de_Prontuario_Eletronico_do_Paciente>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CREMESP. **Prontuário Médico e Prontuário Médico Eletrônico**. São Paulo, p. 1-59, out. 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_11112013_102947_PRONTUARIO%20MEDICO%20E%20PRONTUARIO%20ELETRONICO.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. **Prontuário e segredo médico.** São Paulo. Disponível em:

<<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=57>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução de Luciana Oliveira da Rocha. Artmed, Califórnia: 2010.

CRMDF. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático.** Brasília, DF, p. 1-96. Disponível em: <<http://www.crmdf.org.br/images/stories/publicacoes/livros/prontuario-medico-do-paciente.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

CROTTY, M. *Introduction: The Research Process.* In: **The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process: Meaning and perspective in the research process.** Sage Publicações, p. 1-48, abr. 1998. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yV-JCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&ots=PZTtZ_ZPd8&sig=JsYhsUe1Uc78h2nzad-5Fxmwmlo#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 08 fev. 2018.

DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 01 de jul. 2018.

DE SORDI, J. O. **Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa.** 1ª ed. Saraiva, São Paulo: 2017.

_____. **Elaboração de Pesquisa Científica: Seleção, leitura e redação.** In: **Estilo da Redação Científica.** 1ª ed. São Paulo, Saraiva, 2013. p. 63-84.

EIU. Economist Intelligence Unit. Disponível em: <<http://www.eiu.com/home.aspx>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FARIAS *et al.* **Gestão com Indicadores: O Estado da Arte na Hotelaria Hospitalar – Métodos, Processos, Tendências e Propostas.** 1ª ed. Sarvier, São Paulo: 2019.

FARIAS, R. M.; SILVA, SILVA, E. A. e PICCHIAI, D. **Gestão Hospitalar: Indicadores de Qualidade e Segurança Higiênico-sanitários na Hotelaria – Coleção Hotelaria.** In: Organizadores, FARIAS, R. M.; SILVA, E. A. e PICCHIAI, D. 1ª ed. Editora da Universidade Caxias do Sul (EDUCS), Caxias do Sul, 2016.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Benchmarking, e-book,** São Paulo, n.14, 30 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/e-books.155>>. Acesso em 13 mai. 2019.

FREITAS, W. R. S. e JABBOUR, C. J. C. Utilizando *estudo de caso (s)* como Estratégia de Pesquisa Qualitativa: Boas práticas e sugestões. **Revista Estudo e Debate,** Lajeado, v.18, n.2, p. 7-22, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134684>>. Acesso em 13 jun. 2018.

GALBRAITH, J. R. **Designing matrix organization that actually work: how IBM, Procter & Gamble, and others design for success.** San Francisco, CA: *The Jossey-Bass business & management series*, 2009. Disponível em: <www.josseybass.com>. Acesso em 14 mai. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 6ª ed. Atlas, São Paulo: 2017.

_____. **Métodos e técnicas e pesquisa social.** 6ª ed. Atlas, São Paulo: 2016.

GODOI, J. S. M. *et al.* O Uso do Prontuário Eletrônico por Enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. **Journal of Health Informatics**, v.4, n.1, p. 3-9. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/146/106>>. Acesso em 13 de nov. 2018.

GOLDSTEIN, M. M. *Health Information Technology and the Idea of Informed Consent.* **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v.38, n.1, p. 27–35, 2010. Acesso em: 19 dez. 2017. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2010.00463.x/pdf>.

GONÇALVES, J. P. P. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p. 43-50, mar. 2013. Acesso em: 13 nov. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100006>.

HAMMER, M. *Deep Change: How operational Innovation Can Transform Your Company,* **Harvard Business Review.** USA: Boston, abr. 2004. Disponível em: <<https://hbr.org/2004/04/deep-change-how-operational-innovation-can-transform-your-company>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

_____. *The Process Audit.* **Harvard Business Review.** USA: Boston, abr. 2007. Disponível em: <<https://hbr.org/2007/04/the-process-audit>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

HAMMER, M. e CHAMPY, J.A. **Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution.** Harper Business Books, New York, 1993.

HOUAIS, A.; VILLAR, M.S. e FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.** Objetiva, Rio de Janeiro: 2009.

IOM. *The Computer-Based Patient Record: Meeting Health Care Needs.* In: Editores, DICK, R. S. E STEEN, E. B. *Meeting Health Care Needs. The Computer-Based Patient Record: An essential Technology for Health Care.* National Academy Press. Washington, D.C: *The National Academy Press*, 1991. p. 30-55. Disponível em: <<https://www.nap.edu/read/18459/chapter/1>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

JENAL, S. e ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente. *Journal Health of Informatics*, v. 4, n.2, dez. 2012a. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707365>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

_____. Sabine e ÉVORA, Y. D. M. Revisão de literatura: Implantação de Prontuário Eletrônico do Paciente. *Journal Health of Informatics*, v. 4, n. 4, out.-dez. 2012b. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-683531>>. Acesso em: 29. jul. 2018.

LANGLEY, A. Strategies for Theorizing from Process Data. *Academy of Management Review*, v. 24, n. 4, out. 1999, p. 691-710. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/259349>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

LOVIS, C. et al. *Hospital and Health Information Systems – Current Perspectives. Contribution of the IMIA Health Informatics Systems Working Group. IMIA Yearbook of Medical Informatics*, 2011. Disponível em: <<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:21583/ATTACHMENT01>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MARIN, H. F. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. In: Editores, MASSAD, E.; MARIN, H. F. e AZEVEDO, R. S. São Paulo: USP; 2003. p. 73-84. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal Health of Informatics*, v. 2, n. 1, jan.-mar. 2010, p. 20-24. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>>. Acesso em 20 dez. 2017.

MARIN, H. F.; MASSAD, E. e AZEVEDO, R. S. Prontuário Eletrônico do Paciente: Definições e Conceitos. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. In: Editores, MASSAD, E.; MARIN, H. F. e AZEVEDO, R. S. São Paulo: USP, 2003. p. 1-20. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

MARTINS, G. A. *Estudo de Caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. RCO - Revista de Contabilidade e Organizações, FEARP/USP*, v. 2, n.2, jan.-abr. 2008, p.8-18. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rco/article/viewFile/34702/37440>>. Acesso em 12 mai. 2017.

MELO, A. M.; CARPINETTI, L. C. R. e SILVA, W. T. S. **Proposta de Metodologia para Identificação de Objeto de Estudo de Benchmarking**. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Rio de Janeiro: 2000. **Anais**. Rio de Janeiro: p. 1-8. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/publicacoes/index.asp?pesq=ok&ano=2000&area=&pchave=&autor=ENEGEP2000_E0207.PDF>. Acesso em 13 mai. 2019.

MENACHOF, W. *The application of benchmarking techniques by road transport companies in the United Kingdom and the Netherlands*. **Transportation Journal**, 2000.

MENDES, M. A. L.; SANTOS, E. S. Organização dos Prontuários dos Pacientes em uma Unidade Básica de Saúde de Maceió. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**. Maceió, v.3, n.1, p. 710-720, 2018. Disponível em: <<http://seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/4068>>. Acesso em: 25 set. 2018.

MOERSCHBERGER, M. S.; CRUZ, F. R. e LANGARO, F. Reflexões acerca da ética e da qualidade dos registros psicológicos em prontuário eletrônico multiprofissional. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 89-100, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 dez. 2018.

MORLING, T. **Benchmarking a public service business management system**. Total Quality Management, 2000.

MS. **Portaria número 1.044/2004**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html>. Acesso em: 11 mar. 2019.

_____. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

NAMORATO, L. *et al.* A utilização do PEP por médicos do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful: um estudo de caso. **Journal Health of Informatics**, vol. 5, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-696497>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

National Academy of Sciences – Institute of Medicina. Disponível em: <<https://nam.edu/>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

NOVAES, H. M. D. A Evolução do Registro Médico. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. In: Editores, MASSAD, E.; MARIN, H. F. e AZEVEDO, R. S. São Paulo: USP, 2003. p. 39-46. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

PAES, Libânia Rangel de Alvarenga. **Gestão de operações em saúde para hospitais, clínicas, consultórios e serviços de diagnósticos**. Rio de Janeiro: Atheneu Editora (Série gestão em saúde - FGV), v. 1, 2011.

PATRÍCIO, C. M., *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? [revisão], **Scientia Medica Porto Alegre**, v. 21, n. 3, jul.-set. p. 121-131, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

PEREZ, G.; POPADIUK, S e CESAR, A. M. R. V. *Internal Factors that favor the adoption of technological innovation defined by information systems: A study of the electronic health record. INMR - Innovation & Management Review*, v.14, n.1, p. 67-78, 6 jun. 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/107636/129488>>. Acesso em 08 out. 2018.

PEREZ, G. e ZWICKER, R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de Saúde: um estudo sobre o Prontuário Médico Eletrônico. **Revista de Administração Mackenzie**, v.11, n.1, art. 117, p. 174-200, 2010. Acesso em 08 out. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-69712010000100008>.

PICCHIAI, D. **Modelos de Estruturas Organizacionais**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2011.

PICCHIAI, D. e RESKY, I. U. *Estudo de Caso de uma Pequena Clínica: Finanças e Marketing. Revista Sociais e Humanas*, v. 31, n. 2, nov. 2018. ISSN 2317-1758. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/20604>>. Acesso em: 21 mai.2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2317175820604>.

PINHEIRO, *et al.* Automação Hospitalar: Unitarização de *Blister*. In: **XXIV Congresso Brasileira de Engenharia Biomédica**. 2014, Uberlândia, Minas Gerais, p. 1062-1065. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273744844_Automacao_Hospitalar_Unitarizacao_de_Blister> doi: 10.13140/RG.2.1.2480.8483

PINOCHET, L. H. Tendências de Tecnologia de Informação da Gestão da Saúde. **O mundo da Saúde**, v. 25, n.4, p. 382-394, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619133&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

PIRES, F. A., *et al.* **Prontuário eletrônico: Aspectos legais e situação atual**. Disponível em: <<https://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS../CBIS2004/trabalhos/arquivos/476.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

RUIZ, L. D.; LAURINO, P. S. e ROMA, M. Implantação do Plano Educacional no prontuário eletrônico para pacientes e familiares. **Journal Health of Informatics**, v. 4, p. 1, dez. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707377>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SABBATINI, R. M. E. Informatizando o consultório médico. **Revista de Informática Médica**, v.1, n.4, jul./ago. 1998. Disponível em: <<http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0104/sabbatini.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. Preservando a confiabilidade médica na Internet. **Revista Check-up**, 2002. Disponível em: <www.sabbatini.com/renato/papers/checkup-10.htm>. Acesso em: 29 ago. 2015.

SALOMI, M. J. A. e MACIEL, R. F. Gestão de documentos e automação de processos em uma instituição de saúde sem papel. **Journal of Health Informatics**, v. 8, n.1, p. 31-38, 2016. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/387/258>>. Acesso em 22 mai. 2019.

SANTOS, B. R. P. e DAMIAN, I. P. M. Análise da competência em informação mediante a transição do prontuário físico para o eletrônico. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, [S.l.], v.28, n.4, dic. 2017. ISSN 2307-2113. Disponível em: <<http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1177/707>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SANTOS, N. M. e FREIXO, A. L. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários. In: SIMPÓSIO BAIANO DE ARQUIVOLOGIA, III SBA, 2011. Bahia. **Políticas arquivísticas na Bahia e no Brasil**. Bahia; 2011. p. 1-12. Disponível em: <<http://www.arquivistasbahia.org/3sba/wp-content/uploads/2011/09/Santos-Freixo.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SÃO PAULO. **Lei nº 1.982, de 19 de dezembro de 1952**. Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, na Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, e dá outras providências. São Paulo: Assembleia Legislativa do estado de São Paulo, [1952]. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1952/lei-1982-19.12.1952.html>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

SBIS. **O que é Informática em Saúde**. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/comissoes>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SCHONBERGER, R. *Building a chain of us towers*. Prentice-Hall, 1990.

SILVA, R. R. e BENEGAS, A. A. O uso do *estudo de caso* como Método de Ensino na Graduação. **Revista Economia e Pesquisa**, v.12, n.12, p. 9-31, novembro 2010. Disponível em: <http://www.feata.edu.br/downloads/revistas/economiaepesquisa/v12_artigo01_uso.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

SORANZ, D; PINTO, L. F. e CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, 2017, v.22, n.3, p. 819-830. ISSN 1413-8123. Acesso em: 08 out. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33142016>.

SPENDOLINI, M. J. **Benchmarking**. São Paulo: Makron Books, 1993.

TACHIZAWA, T. Aplicação Prática do Modelo de Responsabilidade Social e Ambiental. **Gestão Ambiental e Responsabilidade Social Corporativa: Estratégias de Negócios Focadas na Realidade Brasileira**. Atlas, São Paulo: 2016. p. 103-127.

_____. Caracterização das Organizações e os Diferentes Tipos de Negócios. In: **Gestão Ambiental e Responsabilidade Social Corporativa: Estratégias de Negócios Focadas na Realidade Brasileira**. Atlas, São Paulo; 2016. p. 133-157.

_____. Indicadores de Gestão Ambiental e de Responsabilidade Social. In: **Gestão Ambiental e Responsabilidade Social Corporativa: Estratégias de Negócios Focadas na Realidade Brasileira**. Atlas, São Paulo; 2016. p. 332-354.

_____. Organizações de Outros Ramos de Negócios. In: **Gestão Ambiental e Responsabilidade Social Corporativa: Estratégias de Negócios Focadas na Realidade Brasileira**. Atlas, São Paulo; 2016. p. 291-306.

TACHIZAWA, T; FERNANDES, A. P. e HOUSS, O. Cuidados Paliativos: Foco na Pessoa... Não na Doença. **Modelo de Gestão de Cuidados Paliativos**. 1ª ed. DRHS Editora; Cascavel, 2017. p. 108-115.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 16ª ed. Atlas, São Paulo: 2016.

VILTARD, L. A. (2015) *Innovación organizacional: su comprensión, puesta en marcha como proceso y medición*. B. S. Lab., Italia: Avellino.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Tradução: Daniel Grassi. Estados Unidos: 5ª ed. Ed. Bookman, Rio Grande do Sul: 2015.

ZAIRI, M e LEONARD, P. **Benchmarking prático: o guia completo**. São Paulo: Atlas, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA A EQUIPE RESPONSÁVEL PELO REGISTRO ELETRÔNICO DAS INFORMAÇÕES SOBRE O PRONTUÁRIO EM PAPEL/PEP

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA A EQUIPE RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DA PUA

APÊNDICE C - COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS DO PACIENTE DO HPE - NORMATIZAÇÃO

5) Quais os principais erros encontrados nas informações registradas no prontuário em papel?

6) Você considera que as informações registradas no formulário em papel são confiáveis?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

7) Em relação ao PEP você está satisfeito (a)?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

8) Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a qualidade das informações registradas no PEP?

9) Você considera que o vocabulário adotado por este Sistema de Informação é satisfatório?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

10) Em relação aos relatórios gerados pelo sistema, você considera que são satisfatórios?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

11) Após a digitação das informações no PEP o que é feito com o prontuário em papel?

12) Por quanto tempo e onde ficam armazenados os prontuários impressos?

13) Existe algum tipo de tratamento técnico para a armazenagem dos prontuários impressos? Qual?

6) Você considera que os formulários contemplam todas as informações a serem registradas?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

7) Em que situação você deixa de registrar a informação solicitada nos formulários? Justifique.

8) Você utiliza algum vocabulário controlado de termos (siglas, expressões, códigos, etc.) para o registro das informações? Justifique.

9) Você considera que houve algum impacto dentro da equipe multiprofissional na transição do prontuário em papel para o PEP?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

10) Você considera que a pequena unidade ambulatorial irá aproveitar as informações do PEP para fins de análises em relação ao funcionamento do Hospital?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

11) Você considera que seria possível mensurar a utilização clínica por meio de indicadores de desempenho?

(...) Sim (...) Não

Justificativa: _____

Apêndice C: Comissão de prontuários do paciente do HPE - Normatização

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS DO PACIENTE DO HPE

NORMATIZAÇÃO

Objetivos: Avaliar a situação do prontuário do paciente, propor mudanças de consenso com o Corpo Clínico e supervisionar a qualidade das informações contidas.

O prontuário do Paciente. O Regimento Interno do Hospital Público Estadual, nos artigos XVI e 127 e o Código de Ética Médica, no artigo 69, definem a competência e atribuição do Diretor e Serviço e do Médico frente ao Prontuário do Paciente.

Os prontuários incompletos serão devolvidos aos Diretores de Serviço. O preenchimento correto da Folha 1 facilita a utilização do prontuário.

Compete à secretária do Serviço Médico organizar as folhas do prontuário e exames em ordem cronológica, quando da alta do paciente.

Compete ao SAME, exclusivamente, a guarda e preservação dos Prontuários do Paciente não sendo admitido, em hipótese alguma, a existência de arquivos fora da seção de Arquivo Médico.

Toda consulta ao Prontuário do Paciente deverá ser feita em local próprio no Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Do preenchimento: O preenchimento dos diversos campos das diversas folhas deve ser o mais completo possível.

A evolução médica deve ser diária.

Para sua melhor defesa legal descreve todos os procedimentos no prontuário.

O procedimento médico correto que não é anotado no prontuário perde ou dificulta a defesa legal.

Se o paciente ou familiar recusar algum procedimento anote no prontuário.

Facilite o seu trabalho e dos demais, preenchendo de forma legível e correta o prontuário.

As prescrições e evoluções devem conter nome legível e C.R.M., identificando também o preceptor.

A comissão de prontuários avalia o padrão e a qualidade do serviço médico em relação ao correto preenchimento do prontuário.

Não deverão ser usadas canetas com tinta de cor clara (vermelha, azul celeste, verde limão, etc.) e de escrita fina, que dificultam a leitura quando da microfilmagem do prontuário.

Novos impressos: Novos impressos, para serem aprovados, deverão seguir normas previamente aprovadas pela Comissão de Prontuário.

Sugestões: Lembre-se que o Prontuário do Paciente deve servir ao paciente, ao corpo clínico, à Instituição, à pesquisa e a defesa ética-legal; envie sugestões à secretaria da Comissão de Prontuários na Diretoria do HPE.

São Paulo, outubro de 1995.

Modelo 145 – Seção de Artes Gráficas do HPE.

ANEXOS

ANEXO A – PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 1.044/2004

ANEXO B - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638/2002

ANEXO C - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.639/2002

ANEXO D - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/2007

Anexo A: Portaria Ministério da Saúde nº 1.044/2004

PORTARIA Nº 1.044, DE 01 DE JUNHO DE 2004

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o processo de regionalização dos Estados, que objetiva a organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, estimulando a organização da rede de atenção no nível microrregional, garantindo à população o acesso qualificado aos serviços de saúde e a indução do processo de descentralização;

Considerando a importância da formulação e implementação de alternativas de organização e financiamento para hospitais de pequeno porte, que possuem entre 5 (cinco) e 30 (trinta) leitos, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Considerando a necessidade de adequar o perfil assistencial dessas unidades, garantindo a continuidade da atenção prestada pela Atenção Básica e Média Complexidade;

Considerando a necessidade de garantir a estratégia de saúde da família, o acesso a serviços e leitos hospitalares em municípios ou microrregiões de até 30 mil habitantes;

Considerando a necessidade de adequar a oferta de leitos tomando por base a população de sua área de abrangência, a partir das necessidades de saúde e características epidemiológicas;

Considerando a necessidade de promover a contratualização de ações e serviços de saúde entre gestores e hospitais de pequeno porte, utilizando-se de instrumentos que propiciem a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação;

Considerando as iniciativas existentes de reorganização da rede hospitalar de pequeno porte, respeitando as propostas locais para suprir necessidades assistenciais da população;

Considerando o fortalecimento do processo de democratização da gestão e da participação social no SUS;

Considerando a responsabilidade das esferas de governo municipal, estadual e federal na implementação dessa política, conforme deliberação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

Considerando a atribuição do Ministério da Saúde de formular políticas de atenção hospitalar, redefinindo o papel assistencial, o financiamento e o processo de gestão dos hospitais no contexto da Reforma do Sistema Hospitalar brasileiro, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade.

Art. 2º Estabelecer que poderão aderir, voluntariamente, à política ora instituída, os Municípios e Estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios:

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica;

II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes;

III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES;

IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.

Art. 3º Definir que são requisitos necessários para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte:

I - estar habilitado segundo as condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência – NOB/96 ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS – 01/2002;

II - comprovar a operação do Fundo de Saúde;

III - comprovar o funcionamento do Conselho de Saúde;

IV - apresentar Plano de Trabalho aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite -CIB;

V - formalizar Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. As orientações para o desenvolvimento do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho serão objeto de Instrução Normativa a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.

Art. 4º Estabelecer que, em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente:

I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para:

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica);

b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas;

c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes;

d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional;

II - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com a realidade locorregional;

III - participar da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;

IV - cumprir o Contrato de Metas firmado com o gestor local de saúde;

V - desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar;

VI - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS;

VII - participar na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas;

VIII - alimentar, sistematicamente, os sistemas de informações do SUS.

Parágrafo único. O perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte poderá ser adequado de forma alternativa, a critério do gestor de saúde, desde que sejam respeitados os requisitos técnicos e a legislação pertinente nas áreas fins.

Art. 5º Definir que a oferta quantitativa de leitos dos Hospitais de Pequeno Porte será ajustada tomando como parâmetro:

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano;

II - taxa de ocupação de 80%;

~~III - média de permanência de 4 dias.~~

III - média de permanência de 5 (cinco) dias". (Retificado pelo DOU nº 139 de 21.07.2004, seção 1, pág. 31).

§ 1º Os parâmetros de que trata este artigo expressam-se na fórmula Necessidade de Leitos = Necessidade de Internações Programadas/Capacidade de Internação por Leito, conforme orientações da Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.

§ 2º Esses parâmetros serão reavaliados periodicamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser atualizados na medida da necessidade.

Art. 6º Determinar que, em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá ao responsável pela gestão do sistema hospitalar:

I - apresentar diagnóstico da rede hospitalar e sua integração com o sistema de atenção local e regional;

II - elaborar Plano de Trabalho a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo o detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas nas unidades de saúde que preencherem os critérios de seleção;

III - desenvolver a capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações integradas de saúde;

IV - pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de referência e contra referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização dos Estados;

V - elaborar relatório semestral contendo avaliação das ações realizadas, a ser apresentado ao respectivo Conselho de Saúde;

VI - acompanhar e avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde e o cumprimento do Contrato de Metas;

VII - monitorar a alimentação das informações nos bancos de dados do SUS, por parte dos estabelecimentos de saúde contratados;

VIII - garantir a integração do hospital com a rede de atenção básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias do SUS.

Art. 7º Estabelecer que, em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, aos Estados caberá:

I - oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos “Planos de Trabalho”;

II - desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte;

III - encaminhar ao Ministério da Saúde, após apreciação pela CIB, a formalização da adesão do Estado à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte e os Planos de Trabalho formulados pelos Municípios ou pelo próprio Estado;

IV - participar no financiamento, conforme estabelecido no § 1º do artigo 10 desta Portaria;

V - acompanhar, supervisionar e avaliar os projetos, encaminhando ao Ministério da Saúde os relatórios semestrais contendo avaliação do impacto das ações realizadas;

VI - estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual.

Art. 8º Determinar que, em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, ao Ministério da Saúde caberá:

I - implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo;

II - oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho;

III - desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais;

IV - monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte;

V - analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite;

VI - aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação.

Art. 9º Definir que a alocação de recursos de custeio aos estabelecimentos de saúde que atenderem aos critérios definidos no artigo 2º desta Portaria será efetuada por Orçamento Global, mediante Contrato de Metas.

§ 1º O valor correspondente ao custeio global dos hospitais de pequeno porte, em conformidade com o artigo 5º desta Portaria, será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 2º O repasse dos recursos de custeio será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as normas vigentes para tal finalidade.

§ 3º A adesão e o valor de contrato destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde serão publicados no Diário Oficial da União.

Art. 10. Determinar que o Ministério da Saúde utilize como base para a execução da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte o montante de recursos utilizados para o pagamento da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde no ano de 2003, acrescido do impacto financeiro de todos os reajustes concedidos até a data da contratação desses hospitais.

§ 1º Os recursos financeiros necessários à cobertura da diferença entre o faturamento SUS pago no ano de 2003 para cada estabelecimento e o valor previsto para a orçamentação global por meio do Contrato de Metas serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde.

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser apresentadas, para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, propostas de custeio prevendo a participação de municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. Estabelecer que os recursos financeiros de investimento necessários deverão estar em conformidade com o Plano Diretor de Investimentos dos Estados.

Parágrafo único. Os projetos de investimento deverão ser apresentados de acordo com as Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, conforme a normatização vigente e disponível no endereço eletrônico: www.fns.saude.gov.br

Art. 12. Definir que o acompanhamento do Contrato de Metas será realizado por Conselho Gestor a ser instituído pelo respectivo Conselho de Saúde ou por Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas no âmbito do respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. O Órgão Colegiado de Acompanhamento de que trata o caput deste artigo deverá efetuar o acompanhamento mensal do Contrato de Metas e avaliar os relatórios

semestrais das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde, incluindo a análise de documentos contábeis, balancetes e outros julgados cabíveis.

Art. 13. Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde definirá, em portaria complementar, os parâmetros e indicadores para acompanhamento e avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde, visando à manutenção do repasse de recursos financeiros.

§ 1º O não cumprimento das obrigações previstas na Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e no Contrato de Metas implicará na suspensão das transferências financeiras pactuadas.

§ 2º O Ministério da Saúde apresentará, para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, a desqualificação dos Estados e municípios que não comprovarem o cumprimento de suas responsabilidades.

Art. 14. Fica vedada, a partir da publicação desta Portaria, o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de unidade, levando em consideração os parâmetros de necessidade de leitos, e o disposto no artigo 5º desta Portaria.

Art. 15. Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para a operacionalização do disposto nesta Portaria.

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Anexo B: Resolução CFM nº 1.638/2002

Publicada no DOU de 9 de agosto de 2002, Seção I, p. 184-185

Define prontuário e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. (DOU; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-185).

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários;

CONSIDERANDO o teor do Parecer Conselho Federal de Medicina nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

I. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

II. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou físico:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e código de endereçamento postal);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários físicos é obrigatória à legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias à assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

l. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

Anexo C: Resolução CFM nº 1.639/2002

Resolução Conselho Federal de Medicina de 10 de julho de 2002

Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.331/89. (DOU; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 154, 12 ago. 2002. Seção 1, p. 124-125). Retificação: (DOU; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 164, 26 ago. 2002. Seção 1, p. 204). Revogada pela Resolução CFM n. 1821/2007.

O CFM, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário", anexas a esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ) – Conselho Nacional de Arquivos - nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários em papel.

Parágrafo único – Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de

amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do prontuário de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do prontuário em papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

Anexo D: Resolução CFM nº 1.821/2007

(Publicada no DOU de 23 de novembro de 2007, Seção I, p. 252)

(Modificada pela Resolução CFM nº 2.218/2018)

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil e distribuirá o CRM Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão (ICP-Brasil);

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das Resoluções CFM nºs 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente de ser unidade de saúde ou consultório –, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no *Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES)*, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2, estabelecidos no referido manual;

CONSIDERANDO que toda informação em saúde identificada individualmente necessita de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e no artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de RES, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos *sites* do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, respectivamente, *www.portalmedico.org.br* e *www.sbis.org.br*.

Art. 2º - Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º - Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º - Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos – GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) obediência aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º - Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º - Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do Nível de Garantia de Segurança 1, por falta de amparo legal.

Art. 5º - Como o Nível de Garantia de Segurança 2, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução estão autorizados a utilização de certificado digital padrão (ICP-Brasil), até a implantação do CRM Digital pelo Conselho Federal de Medicina, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º - No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º - As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º - Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11º - Ficam revogadas as Resoluções CFM nºs 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de julho de 2007

Edson de Oliveira Andrade

Presidente

Lívia Barros Garção

Secretária-Geral