

# **A Operacionalização de Sistemas de Informação na Gestão Hospitalar: um Estudo de Caso de Dois Pequenos Hospitais**

**Cesar Eduardo Leite**  
**cesareleite@hotmail.com**  
**Faculdade Atenas**

**ROSA MARIA DE SOUZA LAURETTI**  
**rosa\_souza2004@ig.com.br**  
**Fac XV de Agosto**

**Resumo:**Esta pesquisa tem por objetivo analisar e avaliar os sistemas de gestão dos atendimentos de dois pequenos hospitais: uma Santa Casa e um Hospital Particular. Pretende-se identificar melhorias no atual sistema utilizado na Santa Casa, onde predomina a atividade manual em todo o processo, utilizando o método Benchmarking e comparando-o com o do Hospital Particular, onde o sistema de informação é predominantemente digital. Através do detalhamento dos dois processos, evidenciam-se os pontos de melhoria na gestão da Santa Casa, onde o atual sistema permanece sendo executado há muitos anos sem investimentos na área de Tecnologia da Informação.

**Palavras Chave:** Gestão - Hospitalar - Informação - Benchmarking - Pequena Empresa

## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objetivou a comparação e a avaliação de dois casos reais de pequenos hospitais com diferentes sistemas de gestão sendo atualmente utilizados, uma Santa Casa e um Hospital Particular.

A Santa Casa, localizada em uma cidade do Estado de São Paulo, com 34 mil habitantes, e distante 135 quilômetros da capital, mantém seu sistema de gestão dos atendimentos fundamentado na atividade manual, tanto da recepção, no atendimento médico e na atividade administrativa de preenchimento de fichas, como no envio dos faturamentos e arquivamento dos prontuários de pacientes.

Já no Hospital Particular, localizado em uma cidade do Estado de Minas Gerais, com 27 mil habitantes, e distante 492 quilômetros de Belo Horizonte e 110 quilômetros de São Paulo capital, é utilizado um sistema de informação predominante digital, onde não existem pessoas caminhando com documentos e informações, mas um sistema integrado que acumula todos os registros referentes ao paciente e seu atendimento.

Para se identificar os pontos possíveis de melhoria, foram estudadas as atividades executadas nos dois hospitais com o objetivo de se conhecer suas reais necessidades, uma vez que, na Santa Casa, o atual sistema de gestão vem sendo praticado da mesma forma a muitos anos, perdendo muito na rapidez e qualidade dos processos.

O deslocamento de pessoas para a execução de certas atividades, a conferência repetida de alguns procedimentos e o tempo desnecessário dispensado em algumas etapas do processo, mostram ineficiência no aproveitamento de recursos e evidenciam a necessidade de mudança.

Os investimentos na obtenção de melhorias e a implantação de uma T.I. (Tecnologia da Informação) tornam-se pontos de fundamental importância para se assumir um sistema seguro e claro, a fim de proporcionar agilidade no resultado dos processos e economia de recursos financeiros e humanos.

Com o estudo de múltiplos casos, nesta pesquisa dois, pode-se comparar os resultados obtidos em um caso modelo considerado Benchmarking, com outro caso em que se propõe melhorias. No atual estudo, o Hospital Particular é o Benchmarking, do qual deve-se assimilar experiências de boas práticas para serem propostas na Santa Casa, caso onde a distorção dos resultados solicita a busca de mudanças.

O mapeamento dos processos mostra, no Hospital Particular, um processo enxuto e rápido, com informações compartilhadas entre os envolvidos dando maior agilidade e confiabilidade nos atendimentos. Já na Santa Casa, observa-se uma burocracia desnecessária com excesso de papéis, o trânsito de informações confiado a apenas uma pessoa, e a movimentação física excessiva de todos os envolvidos, todos estes pontos suscetíveis de falhas.

O resultado esperado é a comprovação de que o processo de gestão hospitalar, com a utilização da tecnologia da informação, traz benefícios se comparado ao método manual tradicional. Com a TI implantada obtém-se ganhos em número de pessoas envolvidas, número de etapas suscetíveis a falhas, qualidade da informação compartilhada, rapidez e agilidade no atendimento aos pacientes; e todos estes pontos projetam melhoria do resultado financeiro, o que garante a sustentabilidade do sistema.

## 2. METODOLOGIA

Para se alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, utiliza-se o Estudo de Caso como ferramenta para coleta de dados, compreendendo a pesquisa de dois casos práticos onde os pontos relevantes ao assunto abordado são apresentados e analisados.

Segundo Consoli *et al* (2008), a utilização de estudos de caso como método de pesquisa tem sido verificada em várias áreas do conhecimento, especialmente nas áreas das “ciências gerenciais”, como administração de empresas e engenharia de produção. O estudo de caso representa uma estratégia de pesquisa que foca no entendimento das dinâmicas presentes dentro de conjuntos reais, e combina métodos de coleta de dados como arquivos, entrevistas, questionários e observações e a evidência pode ser quantitativa, qualitativa ou ambas.

Os resultados da pesquisa de Barbosa (2008) revelaram um triste cenário para a pesquisa na área de administração, onde se percebe o emprego inadequado do estudo de caso como método que supõe o uso de um caso como unidade amostral para estudos mais aprofundados.

De maneira geral, pode-se desenvolver pesquisas com um ou mais estudos de caso, que por sua vez podem ser holísticos (uma única unidade de análise) ou aprofundados (várias unidades de análise). A escolha de realizar estudo de múltiplos casos geralmente é mais ampla e robusta do que o estudo de um único caso, e amplia as possibilidades de replicações teóricas e generalizações a partir de constatações e cruzamentos dos resultados dos casos (CONSOLI *et al*, 2008).

Desta forma, o estudo de dois casos comparados permite analisar o relacionamento entre as duas perspectivas, e, comparando-se os resultados encontrados em cada uma delas, obtém-se uma análise de como as práticas diferentes podem influenciar estes resultados.

Voss, Tsikriktsis e Frohlich (*apud* CONSOLI *et al*, 2008) destacam três opções para seleção de casos, sendo o primeiro um caso típico ou representativo do que se pretende estudar; o segundo casos contraditórios ou excepcionais a respeito do tema de pesquisa; e o terceiro casos extremos para contrastar características contraditórias.

Nesta pesquisa será utilizada a opção de comparação entre casos extremos, com características contraditórias e resultados diferentes, entre a utilização ou não dos sistemas de informação na gestão hospitalar.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1. O SERVIÇO DE SAÚDE

É visível a necessidade de melhorias na qualidade do serviço de atendimento ao público no Brasil, e, tanto no âmbito estatal quanto na iniciativa privada, se apresenta como um desafio institucional que solicita transformações urgentes.

Para Ferreira (1997), os problemas existentes no atendimento ao público se manifestam por intermédio de diferentes indicadores críticos, sendo eles o ponto de partida da investigação e o diagnóstico de suas causas mais profundas. Como exemplo, o Tempo de Espera do usuário pode ser (e frequentemente o é) um indicador crítico da perda de qualidade do serviço de atendimento.

Atualmente a prestação do serviço público de saúde é realizada de forma descentralizada, pois não há equiparação da estrutura disponível entre as entidades, e, sendo assim, as competências jamais serão exercidas com a mesma eficácia.

Por mais que sejam destinadas verbas para o financiamento do serviço público de saúde, especialmente no caso dos Municípios, essa verba ainda é pequena em relação às necessidades deste serviço. Sendo assim, para que o serviço de atendimento público na área da saúde se torne eficiente e eficaz, cumprindo com a sua finalidade, é preciso organizar a distribuição dos recursos para a sua execução.

Segundo Traverso-Yépez e Moraes (2004), embora a saúde seja um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais desse setor.

### 3.2. A ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Segundo Carvalho *et al* (2008), as organizações hospitalares estão inseridas em um contexto complexo pois ficam subordinadas a uma condição ética e legal, além de estarem subordinadas a normas de políticas de saúde e governamentais. Destacam-se não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, como por apresentarem uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, a qual tem como responsabilidade dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador, além de se constituir num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

É comum encontrar médicos ocupando cargos de diretoria clínica e operacional na administração hospitalar, e os profissionais administradores ocupando cargos de diretoria financeira e administrativa. A dificuldade reside em transformar médicos em bons gestores, já que médicos geralmente visualizam a parte humana da organização, pensando sempre nas vidas dos pacientes que utilizam seus serviços, esquecendo de pensar como administradores, que visam os objetivos do negócio que sobrevive de recursos e investimentos.

Oferecer melhor qualidade, com menor preço e menor custo, também deve ser a meta de todo administrador hospitalar. Ter eficiência e buscar o lucro no setor de Saúde pode gerar conflitos, representando um desafio constante equilibrar os interesses financeiros com a qualidade do atendimento ao paciente.

A modernização da gestão hospitalar foi intensamente experimentada a partir da década de 1990 por um grupo de estudos que se fixou em torno do Laboratório de Planejamento e Gestão (LAPA), da Unicamp<sup>7</sup>, e tem como principal característica a ênfase na gestão colegiada do hospital em todos os níveis.

Já no setor público, as motivações podem ser explicadas tanto pela necessidade de se fazer frente às dificuldades gerenciais próprias da administração pública, em particular os complicados e burocratizados processos de provimento de todo o tipo de insumos para o funcionamento rotineiro do hospital, como por um ideal de se construir serviços que ofereçam melhor assistência aos seus usuários.

Segundo Maudonnet (*apud* CARVALHO *et al*, 1988), os serviços prestados por uma Organização Hospitalar são quatro, dos quais: os serviços de internação, os serviços técnicos, os serviços gerais e os serviços administrativos. Os serviços de internação estão relacionados diretamente à relação do médico com o paciente. Os serviços técnicos se referem aos recursos aos materiais e equipamentos hospitalares que prestam serviços aos pacientes, como laboratórios e radiologia. Os serviços gerais ou serviços de apoio representam os serviços de cozinha, rouparia, lavanderia, bens e serviços de hotelaria, de manutenção e de engenharia. Por fim, os serviços administrativos asseguram a existência de todos os outros serviços do hospital, pois administram os recursos financeiros, humanos e materiais que são necessários para que todos os outros serviços funcionem plenamente. Nestes últimos reside a maior possibilidade de utilização dos recursos que serão avaliados neste estudo.

### 3.3. A IMPORTÂNCIA DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

No mundo atual, a busca por informação se tornou alvo comum de toda a sociedade, e ter informação, ou ao menos ter garantido o acesso a ela, passa a ser um diferencial de uma nova era. Com a valoração da informação, os esforços se concentram no sentido de organizar e analisar dados, para que estes sejam disponibilizados como informação, gerando valor agregado para subsidiar processos de tomada de decisão. Os avanços ocorridos nas Áreas de Tecnologia da Informação alavancaram este esforço gerando o interesse de investimentos crescentes nesta nova tecnologia. (ALVIM, 1998)

A integração da tecnologia está, cada vez mais, adequada aos objetivos estratégicos e funcionais de uma organização, pois auxilia na implantação de novas e mais eficientes formas de gestão e adoção de novos processos. O papel da TI como arma estratégica competitiva necessita ser discutido e enfatizado, principalmente pelas novas possibilidades de negócios que ela proporciona, pois agrega valor aos produtos e/ou serviços da organização, auxiliando a promoção de sua inteligência competitiva e empresarial.

Para Medeiros *et al* (2007), a TI viabiliza complexos processos de negócios, ao mesmo tempo que contribui para se conhecer melhor o ambiente competitivo em que a empresa está inserida. Sendo assim, a TI representa uma tecnologia pensada para auxiliar o gerenciamento de informações necessárias para que os administradores tomem decisões acertadas.

Com o baixo custo dos recursos de TI (hardware e software), muitas empresas investiram nesta infra-estrutura sem o devido planejamento e acabaram amargando perdas substanciais, sem obterem o resultado esperado. A falta de capacitação interna de recursos humanos e processos eficientes, e ainda, a capacitação externa na adequação ao ambiente de negócio dos concorrentes, transformaram os investimentos em TI em custos, nem sempre absorvidos pela receita da empresa (MEDEIROS *et al*, 2007).

### 3.4. A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NA GESTÃO HOSPITALAR

Na década de 70 iniciou-se a aplicação da informática no setor de saúde, depois de longo período de desenvolvimento, com a utilização de computadores em hospitais norte americanos. Isso gerou grandes discussões mundiais sobre o desenvolvimento tecnológico quanto ao custo, benefícios, aspectos éticos e ideológicos.

A informática em saúde, enquanto disciplina aplicada e necessária ao bom desempenho das diversas profissões da área de saúde, vem sendo estudada desde o início da década de 80 e representa uma área de pesquisa que necessita investimentos financeiros e intelectuais (LOPES e ARAÚJO, 2002).

Ainda para Lopes e Araújo (2002), a necessidade de recursos financeiros é evidente em qualquer área do saber, e sendo a informática uma disciplina que congrega conhecimentos derivados de diversas ciências, tal necessidade é justificada pela crescente exigência de melhorias das condições de atendimento à saúde nos setores público e privado.

Conforme Vitorino *et al* (2006), as decisões da área da saúde requerem um conjunto de dados, informações e conhecimentos, cujo volume e precisão está além da capacidade de memória dos provedores de assistência. Assim, a utilização da TI na área hospitalar se torna um bem de grande valia, pois além de nortear decisões no tratamento do paciente, auxilia as estratégias corporativas.

### 3.4. BENCHMARKING

Segundo Pulat (1994), a definição de benchmarking foi alterada desde seu uso inicial no levantamento que se refere a um objeto permanentemente e ponto de referência para avaliar a geometria da terra, e atualmente, a utilização da palavra faz referência a um padrão pelo qual outros podem ser medidos. Em 1979, a Xerox redefiniu benchmarking como: "processo contínuo de medição de nossos produtos, serviços e práticas contra nosso maior rival ou com as empresas reconhecidas como líderes do mundo".

Ainda Pulat (1994) comenta outras definições:

- ✓ A Ford vê como uma abordagem estruturada para a aprendizagem de outras pessoas e como aplicar esse conhecimento.
- ✓ A 3M define como sendo uma ferramenta utilizada para a busca de capacitadores que permitam que uma empresa execute um best-in-class num processo de negócio.
- ✓ A AT & T encara como "o processo contínuo de medir suas operações de negócios atuais e compará-los com os melhores de as empresas de classe. Aplicação dos conhecimentos adquiridos a partir de um estudo de benchmarking fornece uma fundamentação para a construção de planos operacionais para atender e superar as melhores práticas da indústria."

Segundo comenta Colauto *et al* (2004), no princípio, considerava-se que o Benchmarking representaria o planejamento baseado em observação de experiências com a proposta de melhorias em outros setores. Embora esse planejamento fosse tratado como uma estratégia, não era avaliada sua execução, assim não se descrevia os mecanismos de como fazer as coisas. Com o desenvolvimento dos planejamentos de longo prazo, as estratégias competitivas passaram a representar a essência das estratégias empresariais.

Mello (2005) utiliza-se do conceito de Benchmarking para avaliar a qualidade em serviços e considera ser um processo positivo e pró-ativo de mudar as operações de forma estruturada para atingir a maximização do desempenho da organização. Observa que as organizações são forçadas a investigar as melhores práticas do mercado e incorporá-las às suas operações, o que gera empresas lucrativas e de alta utilização de ativos.

Complementa Mello (2005), que, analisando as melhores práticas de determinados processos no mercado, o prestador do serviço pode definir especificações para os critérios competitivos que pretende adotar de forma a obter vantagem em relação aos seus concorrentes.

Nessas estratégias encontram-se as raízes do Benchmarking, que se pode definir como um processo contínuo e sistemático de se avaliar produtos, serviços e processos de trabalho, com o objetivo de se identificar as melhores práticas organizacionais, de forma a que estas práticas possam ser copiadas por outras organizações.

## 4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A investigação partiu de uma proposta de modernização e otimização do atual sistema de informação utilizado na recepção de um hospital localizado em um município do interior do Estado de São Paulo. Esse sistema, predominantemente manual, não vem acompanhando a grande expansão no movimento do pronto-socorro ocorrida nos últimos anos, principal responsável pela sobrecarga de trabalho na recepção.

Com a necessidade de se elaborar de três a quatro mil fichas de atendimento por mês, cresce a idéia de se converter o atual sistema em outro mais informatizado e eficiente.

#### 4.1. O NEGÓCIO “SANTA CASA”

Trata-se de uma Santa Casa com administração tradicional, onde seu sistema de gestão digital e manual estão presentes praticamente na mesma proporção.

Em se tratando do atendimento na recepção e o atendimento médico a pacientes, o sistema manual é predominante, se tornando inviável por se tratar de um fluxo mais demorado e trabalhoso. Com relação ao lado burocrático da administração, boa parte já é feita de forma digitalizada proporcionando mais agilidade nas tomadas de decisões.

##### 4.1.1. A EMPRESA

A empresa estudada foi uma Santa Casa de Misericórdia, de médio porte, com caráter privado, filantrópico, sem fins lucrativos, com sede em cidade do interior do Estado de São Paulo. Foi fundada em 1912 pela Irmandade da Santa Casa, grupo de cidadãos que, além de funções administrativas e reguladoras, contribuíam com dinheiro e outros bens para a manutenção do novo Hospital, como exemplo, o próprio terreno onde se assenta o hospital, que foi doado por um dos irmãos.

Atualmente, a Irmandade mantém apenas suas funções administrativas, sendo a Assembléia Geral o órgão máximo deste Hospital. A cada dois anos é nomeado o Provedor da Santa Casa, mas frequentemente, quem assume essa função é o Vice-Provedor.

A Santa Casa atende vários convênios de saúde, sendo:

- a) Fundação CESP (dos funcionários da CPFL);
- b) CABESP (Caixa de Assistência Funcionários da Caixa Econômica do Estado de São Paulo);
- c) SABESP/SAUDE (dos funcionários da SABESP);
- d) SAUDE BRADESCO;
- e) UNIMED;
- f) SUS (Ministério da Saúde);
- g) IAMSPE (dos funcionários públicos estaduais).

Atualmente a Santa Casa mantém 67 leitos em funcionamento nas áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Conta, também, com serviço de pronto-socorro, exames complementares e serviço de ambulância UTI.

Possui um quadro de 98 funcionários nas diversas áreas de atuação, um corpo clínico com 25 médicos distribuídos em várias especialidades, além de um fisioterapeuta, um farmacêutico, um nutricionista e dois bioquímicos.

A Santa Casa não tem concorrência local, pois é a única Organização a prestar os serviços descritos.

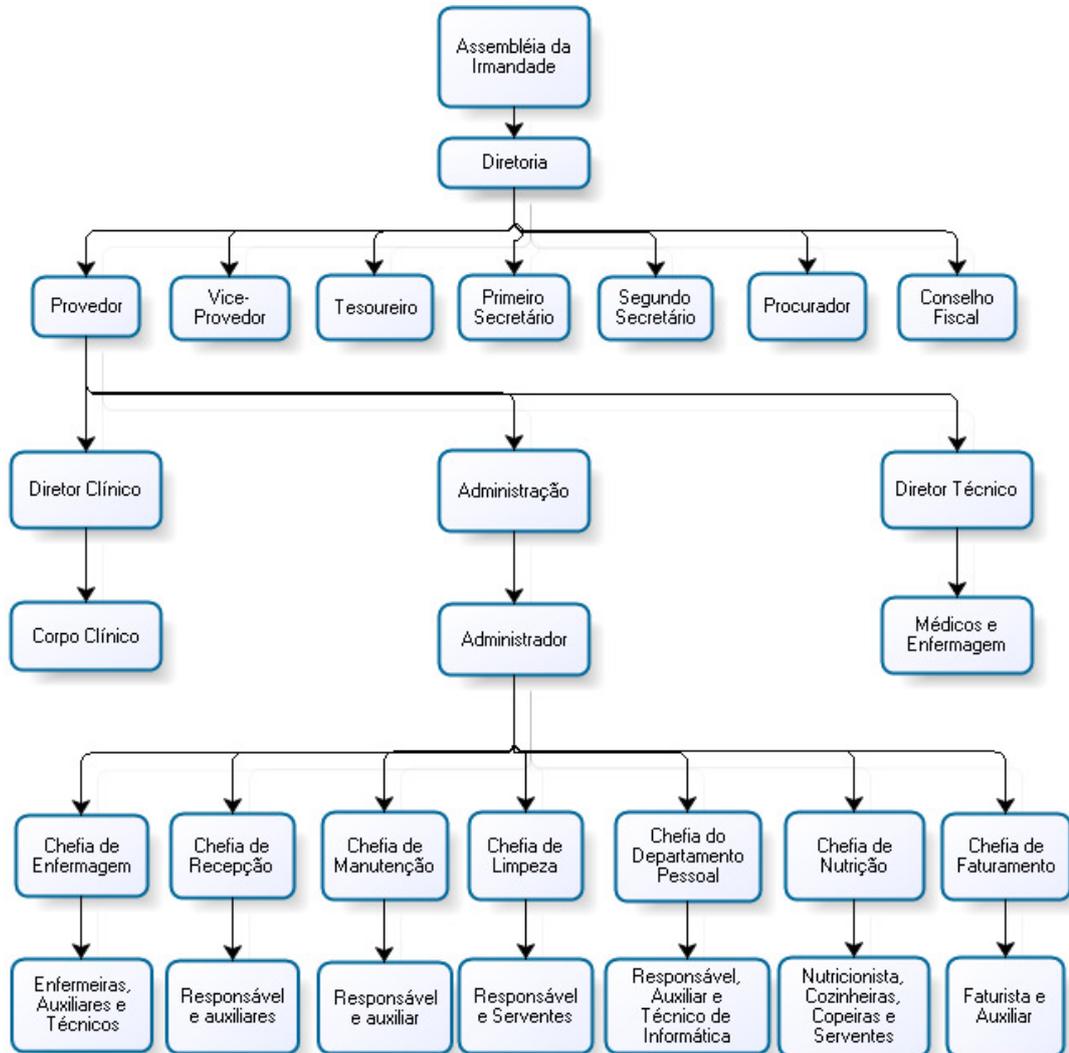
##### 4.1.2. EQUIPE DIRIGENTE

A equipe dirigente é formada por:

- Provedor;
- Administrador;
- Diretor Clínico (Médico);
- Diretor Técnico (Médico);

- Chefia de Enfermagem (Enfermeira-Padrão).

#### 4.1.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



Figural: Organograma da Santa Casa

Fonte: pesquisa do autor

#### 4.1.4. OPERAÇÕES E PROCESSOS

Foi elaborado um fluxograma para demonstração e identificação dos procedimentos de atendimento dos pacientes no Pronto-Socorro, bem como dos processos administrativos decorrentes desse atendimento.

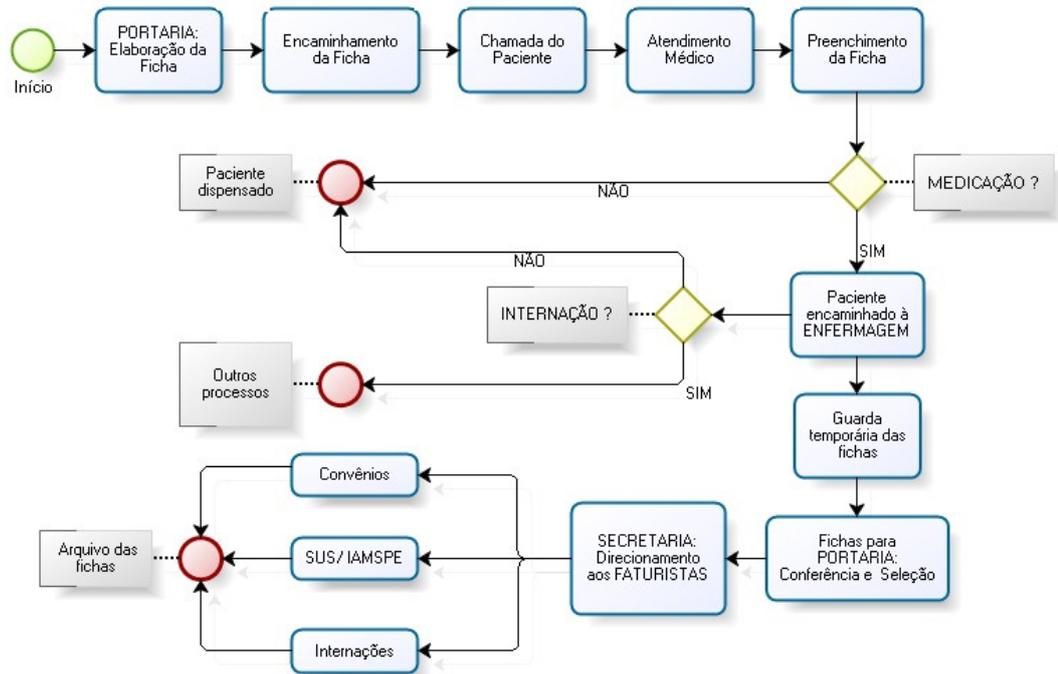


Figura2: Fluxograma da Santa Casa

Fonte: pesquisa do autor

#### 4.1.5. DESCRIÇÃO DO FLUXOGRAMA

##### 01 - Portaria: Elaboração da Ficha de Atendimento Ambulatorial - FAA

O paciente chega à Recepção e apresenta um documento de identidade e/ou Cartão SUS (Sistema Único de Saúde) a um dos dois recepcionistas. Este, então, acessa o cadastro eletrônico do paciente em um computador (ou preenche novo cadastro), confere os dados com o paciente e imprime uma FAA. Colhe a assinatura do paciente ou seu responsável legal na própria ficha.

##### 02 - Encaminhamento da FAA

O mesmo recepcionista coloca a ficha em uma caixa de madeira, localizada já no corredor interno, por ordem de chegada, enquanto o paciente aguarda em cadeiras postadas na Recepção. A enfermagem convoca, para a Sala de Espera interna, grupos de pacientes mantendo a ordem de chegada, se possível, trazendo as fichas à mesa do consultório médico. Estão à disposição, atrás da Recepção, cadeiras de rodas e macas para os pacientes com dificuldade de locomoção.

##### 03 - Chamada do Paciente

O médico anuncia o paciente por ordem de chegada ou por urgência, esta última absolutamente prioritária. Em casos de muita urgência, a própria enfermagem traz o paciente à presença do médico, podendo até se dirigir à Sala de Emergência para atendimento imediato.

##### 04 - Atendimento Médico

A consulta médica padrão consiste de: anamnese (detalhamento da queixa do paciente), realização de exame físico e prescrição de procedimentos diagnósticos e

terapêuticos, como a realização de exames complementares (radiografia, etc.), administração imediata de medicamentos ou procedimentos médicos (suturar, etc.).

#### 05 - Preenchimento da FAA

O médico preenche, assina e carimba a ficha de atendimento. Se julgar necessário, solicita, na própria ficha, exames complementares ou a administração de medicamentos. Com a ficha em mãos, o paciente se dirige ao Posto de Enfermagem do Pronto-Socorro para realizar os procedimentos apontados na ficha.

#### 06 - Medicação no Pronto-Socorro

(NÃO)- Se houver a administração de medicamentos no Pronto-Socorro, e outros procedimentos médicos já tiverem sido completados, o paciente é dispensado.

(SIM)- Em havendo medicação a ser aplicada no Pronto-Socorro, esta será efetuada pela enfermagem conforme a prescrição médica.

OBS: Por vezes, o paciente sai do Consultório Médico apenas com receita para se medicar em casa. Estes medicamentos devem ser adquiridos em Farmácias ou nos Postos de Saúde da cidade. Da mesma forma que na maioria dos Hospitais, a Santa Casa de Socorro também não fornece medicação para uso domiciliar.

#### 07 - Paciente encaminhado à Enfermagem

Os profissionais de enfermagem medicam o paciente conforme prescrição médica, podendo esta incluir um período de observação dentro do Pronto-Socorro. As medicações podem ser administradas nas formas de: soros, injeções, comprimidos, xaropes, enemas (“lavagens intestinais”) ou inalações.

#### 08 - Internação

(NÃO)- Não havendo indicação de internação, o paciente é dispensado.

(SIM)- Determinada a necessidade de internação, o médico preenche um formulário próprio, nos campos de sua competência, elaborando um resumo clínico e a primeira prescrição do paciente; os campos restantes serão completados pela enfermagem posteriormente. O paciente ou acompanhante entregam o formulário na Recepção para que sejam efetuados os processos finais da internação.

#### 09 - Outros processos

Incluem-se aqui os procedimentos padrão para pacientes internados, como administração de medicamentos, realização de exames complementares e cuidados médicos e de enfermagem.

#### 10 - Guarda temporária das Fichas

Após a medicação ou dispensa do Pronto-Socorro, as fichas são guardadas no Posto de Enfermagem, em ordem, até o término do plantão (doze horas), quando o recepcionista as coleta.

#### 11 - Fichas para portaria: conferência e seleção

O recepcionista confere novamente se o código impresso na ficha confere com o de seu cadastro no sistema. Além disso, separa as fichas SUS das demais, uma vez que serão destinadas a setores diferentes posteriormente.

#### 12 - Secretaria: direcionamento aos faturistas

O recepcionista, após a conferência e separação, encaminha as fichas aos setores responsáveis. Faz isto ao término de cada plantão noturno (aproximadamente às 05:30h); portanto, neste momento, são levadas todas as fichas resultantes do plantão diurno e do noturno (24h).

#### 13 - Convênios

O funcionário encarregado aponta nas fichas o número de registro do paciente e seu convênio, além do código de cada procedimento realizado na consulta, assim discriminando o custo total do atendimento. O faturamento é enviado on-line e, com alguns convênios, é necessário o envio da segunda via da ficha de atendimento.

#### 14 - SUS / IAMSPE

O encarregado completa, com os códigos adequados, os documentos referentes à consulta médica, pedidos de exames complementares e Fisioterapia. Também organiza as radiografias realizadas no dia anterior e faz o faturamento de todos estes procedimentos, conforme convênio ou serviço de origem. O faturamento do SUS é salvo em disquete e enviado via correio, e IAMSPE (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual), é enviada a segunda via da ficha de atendimento.

Há um médico designado para a conferência destes processos em fichas SUS, que as assina posteriormente.

#### 15 - Internações

Antes do término de uma internação, o médico que conduziu o caso deve preencher um documento contendo um resumo clínico e a justificativa para a internação; para pacientes SUS, este documento chama-se AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Neste setor, há funcionários encarregados de auxiliar os médicos na elaboração destes documentos, organizá-los e enviá-los aos órgãos ou entidades que financiam as internações.

#### 16 - Arquivo das FAAs

Há um funcionário com a função de arquivar todas as fichas em local apropriado.

### 4.1.6. ANÁLISE CRÍTICA DO CASO SANTA CASA

Na gestão de todo o processo, pode-se observar falhas relevantes em vários pontos. Isso ocorre, talvez, por falta de um treinamento adequado para cada área, e por mais que o serviço seja padronizado, nem todos os funcionários atuam da mesma forma. Um ponto a ser avaliado, é o fato de alguns funcionários realizarem suas tarefas da mesma forma há anos e não saberem o porquê de executarem tal serviço.

No início do processo pode-se observar que uma ocorrência constante é a de, enquanto vários pacientes esperam atendimento, já com a ficha de atendimento elaborada na Recepção, os funcionários da portaria, por julgarem necessário priorizar o atendimento a determinados pacientes, passam estes à frente de todos os que chegaram antes.

Também se verifica um percurso desnecessário do paciente quando, após fazer a ficha de atendimento na Recepção, é levado até a Sala de Espera, onde permanece até o médico sair de sua sala para chamá-lo.

Na seqüência, o mais crítico é o fato do atendimento ao paciente ser feito pelo médico sem nenhum cadastro de atendimentos anteriores. Com isso, só há o relato da queixa do paciente no momento, e muitas vezes, o paciente traz as mesmas queixas a médicos diferentes, que, com poucas informações, faz o diagnóstico e prescrição de forma inconclusiva.

Quando as fichas dos atendimentos retornam à Recepção, os recepcionistas conferem se todas têm impresso o código de seu cadastro eletrônico, procedimento esse que poderia ser dispensado se existisse um sistema integrado em funcionamento.

Por fim, o setor responsável pelo faturamento das fichas do SUS/IAMSPE é o mais sobrecarregado e trabalhoso, onde se preenche manualmente todos os códigos dos procedimentos descritos pelos médicos e se digitaliza toda a ficha de atendimento. Essa ficha de atendimento tem a primeira via arquivada por cinco anos, e a segunda, por vinte anos.

O envio do faturamento das fichas ao SUS é feito em disquete via correio, trata-se de processo antiquado e obsoleto, diante de tanta tecnologia que nos é dispensada hoje.

#### 4.2. O NEGÓCIO “HOSPITAL PARTICULAR”

Em visita ao Hospital Particular pode-se conhecer um sistema de informação bastante eficiente, predominantemente digitalizado, que atende às necessidades do Serviço de Portaria, Ambulatório e Pronto-Socorro.

Por ser Hospital de porte semelhante à Santa Casa estudada, com atendimento semelhante (aproximadamente quatro mil atendimentos/mês), pudemos traçar vários paralelos entre os dois sistemas de informação, com vistas a propor aprimoramentos para a Santa Casa.

##### 4.2.1. A EMPRESA

A empresa analisada foi um Hospital Particular de médio porte, de caráter privado, sem fins lucrativos, com sede no interior do Estado de Minas Gerais.

Com aproximadamente 30 anos em funcionamento, possui dupla gestão (privada + governo municipal) e presta serviços nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, possui também outros especialistas atuantes, como Cirurgião Plástico, Nefrologista (com serviço de hemodiálise), Endocrinologista, Proctologista e Radiologista (com serviço de ultrassom e tomografia). São atendidos clientes do SUS e de diversos convênios.

Atualmente conta com 30 leitos de internação distribuídos nas diversas áreas médicas e dois apartamentos para uso de pacientes conveniados e particulares. Possui um quadro de 90 funcionários, 20 médicos no Corpo Clínico, além de Farmacêutico, Bioquímico, Nutricionista etc.

O Hospital é o único da cidade, não tendo concorrentes locais.

##### 4.1.2. EQUIPE DIRIGENTE

A equipe dirigente é formada por:

- Proprietários;
- Diretor Administrativo;
- Diretor Financeiro;
- Administrador;
- Diretor Clínico (Médico);
- Enfermeiras-Chefe.

#### 4.1.3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

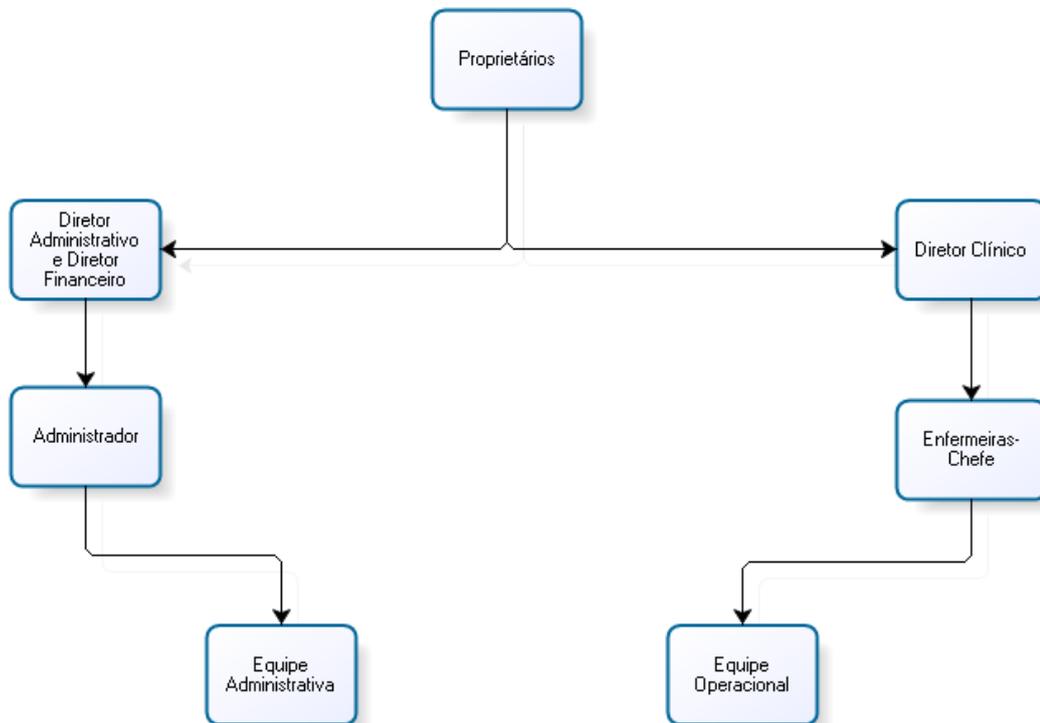


Figura3: Organograma do Hospital Particular

Fonte: pesquisa do autor

#### 4.2.4. OPERAÇÕES E PROCESSOS

Segue abaixo um fluxograma demonstrativo dos processos em curso desde a chegada do paciente ao Hospital até o seu atendimento médico.

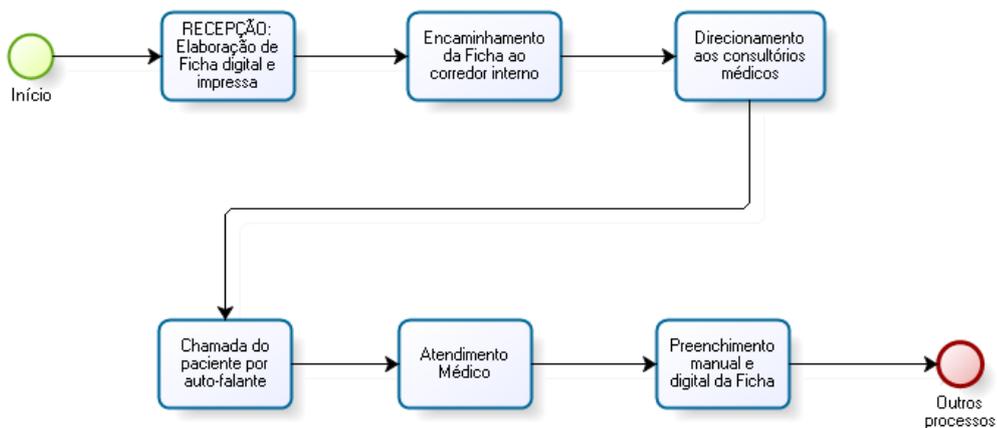


Figura4: Fluxograma do Hospital Particular

Fonte: pesquisa do autor

#### 4.2.5. DESCRIÇÃO DO FLUXOGRAMA

##### 01 - Recepção: Elaboração de Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ao chegar à Recepção e apresentar um documento de identidade e/ou Cartão SUS a um dos quatro recepcionistas presentes, é elaborada uma FAA nas formas digital e impressa. O paciente ou seu responsável legal assina a ficha de atendimento e se dirige a uma sala de espera anexa.

OBS: No momento da elaboração da FAA, esta já passa a ficar acessível nos computadores dos Consultórios Médicos.

##### 02 - Encaminhamento da FAA ao corredor interno

A ficha de atendimento impressa é levada pelo mesmo recepcionista a uma mesa localizada no corredor interno, logo atrás da Recepção. Há um outro funcionário responsável por organizar todas as fichas trazidas, obedecendo ao critério de médico atendente. Este funcionário acumula, também, a função de controlador de acesso ao corredor interno.

##### 03 - Direcionamento aos consultórios médicos

O mesmo funcionário que organizou as fichas de atendimento leva-as aos seus respectivos consultórios, onde os médicos aguardam.

##### 04 - Chamada do paciente por alto-falante

O médico anuncia o paciente a ser atendido e o número do consultório, em um sistema de telefonia – PABX de dentro do próprio consultório. A chamada se dá através de auto-falantes localizados na Sala de Espera, quando o médico aciona um botão que abre a porta que separa a Sala de Espera do corredor interno, desta forma o paciente entra e se dirige ao consultório anunciado.

OBS: Na eventualidade da chegada de pacientes em estado muito grave, o processo de elaboração da FAA é postergado e esse paciente acessa o corredor interno sobre uma cadeira de rodas ou maca, utilizando outra entrada que fica nas proximidades da Sala de Emergência.

##### 05 - Atendimento Médico

A consulta segue o formato padrão, com anamnese (detalhamento das queixas do paciente), exame físico e prescrição de medicação ou período de observação, conforme julgamento médico.

##### 06 - Preenchimento manual e digital da FAA

Durante a consulta, o médico deve preencher a ficha impressa, que será objeto de uso imediato (medicação, exames, etc.) e posterior (arquivo). Deve, também, preencher os mesmos dados em arquivo eletrônico, em computador localizado em sua mesa. Esses dados constituirão fonte de consulta para futuros atendimentos, assim o médico pode acessar rapidamente informações referentes a antigas passagens do paciente.

##### 07 - Outros processos

Incluem-se, aqui, os procedimentos referentes a medicações realizadas no Pronto-Socorro, períodos de observação, internações e todos os processos administrativos decorrentes do atendimento.

#### 4.2.6. ANÁLISE CRÍTICA DO CASO HOSPITAL PARTICULAR

Mesmo se tratando de um hospital muito semelhante à Santa Casa, é evidente a predominância da informatização em muitos processos importantes, promovendo maior agilidade e obtendo resultados mais satisfatórios e eficientes.

Pelo fato do Hospital trabalhar com sistema de Ambulatório (que são os atendimentos pré-agendados), a Recepção fica dividida em dois setores: o de atendimento Ambulatorial e o de atendimento do Pronto-Socorro.

Mesmo em se tratando do Hospital Particular, na Recepção é notável o acúmulo de pessoas que, após fazerem suas fichas para o atendimento, aguardam no mesmo local a chamada do médico para, então, adentrarem o corredor interno e o Consultório anunciado.

O fato de a chamada ser feita por PABX promove maior conforto aos pacientes, que podem aguardar tanto na Recepção, quanto nas dependências externas do Hospital. São dados três toques de aviso antes do nome do paciente ser anunciado, com intuito de despertar sua atenção.

Não é necessário o deslocamento da enfermagem até a Recepção para pegar as fichas e levá-las até o médico, pois, à medida que as fichas são elaboradas, os próprios recepcionistas as organizam em uma mesa no corredor atrás da Recepção, conforme o médico atendente.

O porteiro que controla a porta de acesso aos consultórios é o responsável por levar as fichas até os médicos, dispensando o deslocamento da enfermagem.

Enquanto aguarda o paciente entrar no consultório, o médico já visualiza seu nome e analisa seu histórico médico, pois no momento da elaboração da ficha de atendimento na Recepção o sistema de informação já é carregado.

Esse sistema permite visualizar os atendimentos anteriores, uma oportunidade única de o médico conhecer imediatamente o histórico clínico daquela pessoa, o que pode se revelar crucial em certos casos.

### 5. COMPARAÇÃO DOS CASOS

Com a demanda cada vez maior no setor da saúde, se tornam notáveis as mais diversas formas de gestão e procedimentos na prática do dia a dia. Os dois casos estudados partem do mesmo princípio que é o atendimento ao público, mas com formas diferentes de gestão.

As duas instituições, em algumas etapas do processo, procedem de forma parecida e pode-se citar, por exemplo, quando o paciente chega a Recepção para fazer a ficha de atendimento. Nesta etapa o procedimento é igual para os dois casos, com a melhoria no Hospital Particular de, neste momento, o médico já visualizar toda a ficha do paciente.

Após fazer a FAA, o paciente do Hospital Particular permanece no mesmo local até ser anunciado pelo PABX, e quando isso acontece, o responsável pela portaria é o mesmo que o encaminha para o consultório destinado. Já em relação à Santa Casa, o paciente após fazer a ficha, aguarda pela enfermagem para ser levado a Sala de Espera, aonde o médico sai de seu consultório para chamá-lo.

O atendimento médico no Hospital Particular é feito com base em um cadastro contendo consultas e procedimentos anteriores, proporcionando maior clareza e segurança para o presente atendimento. Já na Santa Casa, o médico não tem onde se basear, pois não há nenhum histórico daquele paciente, e nos atendimentos emergenciais de Pronto Socorro, o prontuário médico em papel não é providenciado.

A necessidade de investimento em tecnologia na Santa Casa é indispensável, uma vez que em outro Hospital isso já faz parte de sua realidade trazendo muitos benefícios qualitativos e mais segurança nas tomadas de decisões.

Numa perspectiva quantitativa, na Santa Casa existem 98 empregados e 25 médicos para realizar 250 atendimentos com tempo de espera de até 4 horas, já no Hospital Particular

existem 90 empregados e 20 médicos para realizar 300 atendimentos com tempo de espera de até 2,5 horas. Esta comparação nos remete a concluir que, na Santa Casa são feitos 10 atendimentos por médico com até 4 horas de demora, totalizando 1000 horas de espera por atendimento, e no Hospital Particular estes números são de 15 atendimentos por médico com até 2,5 horas de demora, totalizando 750 horas de espera pelo atendimento.

Observa-se que, apesar de ter o número de médicos 20% menor, o Hospital Particular comparado com a Santa Casa, consegue atender um número de pacientes 20% maior, com um tempo de espera 37,5% menor. Também o número de atendimentos por médico é 50% maior no Hospital Particular, com uma redução global de 25% no tempo de espera por atendimento. A Tabela 1 ilustra esta comparação.

**Tabela 1:** Comparação dos dois Casos.

Siglas	<i>Santa Casa</i>	<i>Hospital Particular</i>	<i>Evolução</i>
Funcionários	98	90	-8,2%
Corpo Clínico	25	20	-20,0%
Atendimentos	250	300	20,0%
Espera	até 4 horas	até 2,5 horas	-37,5%
Atendimento por médico	10	15	50,0%
Espera por atendimento	1000	750	-25,0%

Vêm-se muitas possibilidades de melhorias em vários setores da Santa Casa, e por se tratar de implantação de TI, a instituição dispõe de uma central e um profissional qualificado na demanda desse projeto.

## 6. CONCLUSÃO

Percebe-se que, no caso da Santa Casa, cinco cargos de Direção coordenam vinte cargos de liderança em um processo de nove etapas que sofrem influência da gestão; já no caso do Hospital Particular, seis cargos de Direção coordenam apenas quatro cargos de liderança em um processo de seis etapas com influência da gestão. Essa comparação já mostra o ganho de se implantar a TI na gestão hospitalar.

A busca incessante por melhorias no setor de informação, apesar de numerosas pesquisas, ainda é insuficiente para acompanhar a evolução da tecnologia, uma vez que isso ocorre de maneira extremamente rápida e cada vez mais eficaz. A capacitação de profissionais para lidar com a informática, em sua prática diária, necessita de aprimoramentos constantes, como investimentos em especializações e a prática de desenvolvimento de novos sistemas com o objetivo de aplicar o novo conhecimento adquirido.

Em uma reflexão sobre este trabalho, pôde-se observar o quanto a Tecnologia da Informação, em suas atividades práticas, pode agregar valor e proporcionar maior segurança na utilização do sistema, podendo ser implantada em qualquer organização onde a busca pelos benefícios oferecidos pela tecnologia se faz presente.

É notório que, na Santa Casa estudada, a falta de aprimoramentos tecnológicos ocasiona um desperdício de tempo significativo por parte dos funcionários que, além de utilizarem um sistema manual, ainda se deslocam de seus postos para exercerem outras funções que seriam substituídas por um sistema informatizado.

Após a demonstração destes dois casos, percebe-se que, com os atuais avanços na área de tecnologia da informação, é possível e necessário para a Santa Casa, implantar um sistema

de informação semelhante ao que é utilizado no Hospital Particular, o que demonstra ser essencial para o bom andamento da organização.

## 6. REFERÊNCIAS

**ALVIM, PAULO CÉSAR REZENDE DE CARVALHO.** O papel da informação no processo de capacitação tecnológica das micro e pequenas empresas. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 28-35, jan./abr. 1998.

**BARBOSA, SOLANGE DE LIMA.** O Estudo de Caso e a Evolução da Pesquisa em Administração: Limitações do Método ou dos Pesquisadores? *Anais do XXXII Encontro da ANPAD.* Rio de Janeiro, RJ, 6 a 10 de setembro de 2008.

**CARVALHO, Rodrigo Baroni de, PEREIRA, Aline Fernandes, MIRANDA, Michelle Catharine Armeloni, JAMIL, George Leal, CARVALHO, Juliana Amaral Baroni de.** Avaliação da Implantação de ERP: Estudo de Caso de um Hospital de Grande Porte. *Anais do XXXII Encontro da ANPAD.* Rio de Janeiro, RJ, 6 a 10 de setembro de 2008.

**COLAUTO, ROMUALDO DOUGLAS, BEUREN, ILSE MARIA, SANT'ANA, LUIZ ERNESTO.** O Benchmarking Como Suporte ao Sistema de Inteligência Competitiva. *Revista de Negócios*, Vol. 9, No 4 (2004).

**CONSOLI, MATHEUS ALBERTO, MUSETTI, MARCEL ANDREOTTI, SCARE, ROBERTO FAVA, FRATANONIO, WAGNER ALEXANDRE.** Uma Discussão Sobre a Utilização do Estudo de Casos como Método de Pesquisa em Ciências Gerenciais. *Anais do XXXII Encontro da ANPAD.* Rio de Janeiro, RJ, 6 a 10 de setembro de 2008.

**FERREIRA, MÁRIO CÉSAR.** Serviço de Atendimento ao Público: O que é ? Como analisá-lo? Esboço de uma Abordagem Teórico-Metodológica em Ergonomia. *Revista Multitemas*, no 16, maio, 2000, pp. 128-144, Campo Grande –MS, UCDB.

**LOPES, MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA, ARAÚJO, THELMA LEITE DE.** Processo de informatização em saúde: temas abordados em artigos publicados no período de 1978 a 1998. *Rev Esc EnfermUSP* 2002; 36(1): 25-32.

**MEDEIROS, LIERBET SOUZA, PARENTE, RAIMUNDO NONATO CAMELO, MINORA, LEONARDO ATAÍDE.** O Impacto da TI nas Micros e Pequenas Empresas do RN: uma Questão de Customização. *Anais do II Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica*, João Pessoa, PB, 2007.

**MELLO, CARLOS HENRIQUE PEREIRA.** Modelo para Projeto e Desenvolvimento de Serviços. Tese apresentada à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Engenharia, São Paulo, SP, 2005.

**PULAT, BABUR MUSTAFA.** Process Improvements through Benchmarking. *The TQM Magazine*, Vol. 6 No. 2, 1994, pp. 37-40.

**TRAVERSO-YÉPEZ, MARTHA, MORAIS, NORMANDA ARAÚJO DE.** Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):80-88, jan-fev, 2004.

**VITORINO, AURÉLIO JOSÉ, CAMARGO, LUIS EDUARDO SOARES DE, MARTINS, JOSÉ ROBERTO DE SOUZA, PESSÔA, MARCELO SCHNECK DE PAULA.** Modelo para gestão de serviços de suporte a tecnologia da informação em Hospital Universitário. *Anais do XIII SIMPEP – Bauru, SP, Brasil*, 6 a 8 Novembro de 2006.