



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
CURSO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO**

VALQUÍRIA BARBOSA DE ALMEIDA

**PRÁTICA DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO APLICADA NO SERVIÇO
AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DE
PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO.**

Recife/PE
2014

VALQUÍRIA BARBOSA DE ALMEIDA

**PRÁTICA DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO APLICADA NO SERVIÇO
AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DE
PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Gestão da Informação do Departamento de Ciência da Informação da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão da Informação.

Orientador: Prof. Alexander Willian Azevedo

Recife/PE
2014

Catálogo na fonte

A447p Almeida, Valquíria Barbosa de

Prática da gestão da informação aplicada no serviço ambulatorial de um hospital público universitário de Pernambuco: um estudo de caso / Valquíria Barbosa de Almeida. – Recife: O Autor, 2014.

90p. : il.

Orientador: Alexander Willian Azevedo.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAC. Gestão da Informação, 2014.

Inclui bibliografia, apêndices e anexo.

Bibliotecária Maria Valéria Baltar de Abreu Vasconcelos, CRB4-439



Serviço Público Federal
Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Artes e Comunicação
Departamento de Ciência da Informação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Prática da gestão da informação aplicada no serviço ambulatorial de um hospital público universitário de Pernambuco: um estudo de caso

(Título do TCC)

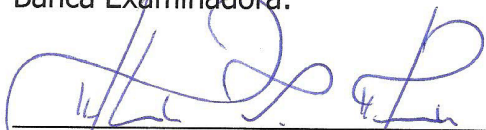
Valquíria Barbosa de Almeida

(Autor)

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Banca Examinadora, apresentado no Curso de Gestão da Informação, do Departamento de Ciência da Informação, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão da Informação.

TCC aprovado em 14 de agosto de 2014.

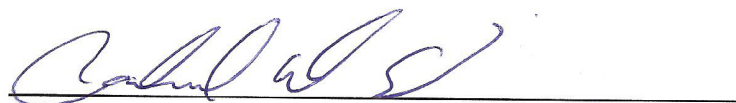
Banca Examinadora:



Prof. Me. Alexander Willian Azevedo - Orientador
Universidade Federal de Pernambuco



Profª. Meª. Celly de Brito Lima - Examinador 1
Universidade Federal de Pernambuco



Mestrando Natanael Vitor Sobral - Examinador 2
PPGCI/UFPE

À
Deus por tudo.

AGRADECIMENTOS

Tantas pessoas agora passam pelo pensamento em igual grau de importância nesse longo caminhar.

Agradeço a minha mãe, pela força e amor incondicional nos momentos difíceis.

Aos meus grandes amigos, Fernando, Ivanildo, Fábio e Elias que me engrandecem com suas ideias, conversas, exemplos. E pelo compartilhamento das ideias insanas, projetos ousados e momentos de criatividade e a todos da turma 2009.2, que sempre serão para mim uma grande inspiração.

A Alexandre meu eterno e grande amor, meu companheiro de todos os momentos, um exemplo de pessoa que com muita paciência me conduz a ser uma pessoa melhor.

A todos os Professores do Curso de Gestão da Informação que enobreceram minha passagem neste curso, com profissionalismo, respeito e real conhecimento despertaram em mim a sabedoria necessária.

Em especial ao Professor Alexander, pela paciência divertida e grande conhecimento “afugentou” minhas dúvidas tornando tudo tão tranquilo e claro.

A Deus, que me confortou e me deu forças nos momentos de angústia, diante de alguns entraves na conclusão desta pesquisa, mas que por fim está aqui.

“Sete coisas distinguem o sábio do ignorante: O sábio não fala em presença de quem o ultrapasse em ciência ou em idade; Nunca atravessa quem fala; Não responde nunca com precipitação; Interrompe com método e responde com precisão; Discute as questões segundo a ordem por que foram postas; Quando não compreende uma coisa confessa este fato com franqueza e curva-se ante a verdade. O ignorante faz precisamente o contrário”.

Piquet Avot.

“Bem aventurado o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento”.

Provérbios 3.13.

RESUMO

ALMEIDA, Valquíria Barbosa de. **Prática da Gestão da informação aplicada no serviço ambulatorial de um hospital público universitário de Pernambuco: um estudo de caso**, 90f. Monografia (Curso de Gestão da Informação). Departamento de Ciência da Informação. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

As constantes mudanças organizacionais estabelecem uma nova ordem de reestruturação e cria a necessidade de relevar o insumo informação, vista como primordial nesse novo contexto. É necessário produzir, organizar, gerenciar e utilizar com mais acurácia as informações a fim de adquirir maior capacidade produtiva e articulações para melhoria de processos e, conseqüentemente, qualidade no atendimento ao cliente. Este novo desafio institucional, exige adequação também do serviço público em saúde que deve seguir a mesma tendência. O objetivo geral desta pesquisa foi de analisar a prática da gestão da informação (GI) no processo de marcação e espera de cirurgias em um serviço ambulatorial de um Hospital Público Universitário de Pernambuco. Para isso, teve como objetivos específicos a) verificar a existência da prática da gestão da informação em saúde no serviço ambulatorial estudado; b) identificar as necessidades de informação deste serviço; c) investigar os fatores bloqueadores e facilitadores no processo organizacional de marcação cirúrgica; d) Implantar um modelo de melhoria no controle de pacientes em espera cirúrgica – com base conceitual na G.I; e) identificar os atributos de qualidade e melhoria de atendimento na utilização das práticas de gestão da informação da informação no referido processo. Inicialmente resgatou-se dentre outros, os conceitos de gestão da informação, serviço público de saúde, processos organizacionais, qualidade de atendimento, setor público em saúde e usuários da informação. Apresentaram-se os resultados da pesquisa de caráter exploratório-qualitativa, tendo como principal resultado a otimização do processo organizacional e considerável qualidade de atendimento junto aos usuários, corroborando a efetiva organização e controle das informações disponibilizadas. Tais achados auxiliam na compreensão da organização da informação nas organizações, facilitando assim as decisões das organizações, quando estas focam na informação como um diferencial competitivo.

Palavras-chave Gestão da informação, setor público de saúde, qualidade de atendimento, processos organizacionais.

ABSTRACT

ALMEIDA, Valquíria Barbosa. **Practice of information management applied to the outpatient clinic of a public hospital in Pernambuco: a case study**. 90F. Monograph (College of Information Management). Department of Information Science. Federal University of Pernambuco, Recife, 2014.

The constant organizational changes establish a new order of restructuring and creates the need to reveal the input information, seen as paramount in this new context. It is necessary to produce, organize, manage and use information more accurately in order to acquire greater productive capacity and joints to improve processes and, consequently, quality customer service. This new institutional challenge also requires adequate public health service should follow the same trend. The objective of this research was to examine the practice of information management (IM) in the marking process and waiting for surgery in an outpatient clinic of a Public Hospital Universitario de Pernambuco. For that, had the specific objectives) verify the existence of the practice of health information management in the outpatient study; b) investigate the blocking and facilitating factors in the organizational process of surgical marking; c) propose a model for improving the management of patients on surgical waiting - with conceptual basis in GI; d) identify the attributes of quality and service improvement in the use of management practices of information information in that case. Initially rescued among others, the concepts of information management, public health service, organizational processes, quality of care, public sector and health information users. Presented the survey results of exploratory qualitative character, the main result of the optimization process and considerable organizational quality of care with users confirming the effective organization and control information available. These findings help to understand the organization of information in organizations, thus facilitating decisions of organizations, when they focus on information as a competitive differentiator.

Keywords: Information management, public health system, quality of care, organizational processes.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama de um processo simples.....	34
FIGURA 2: Etapas da realização da pesquisa	48
FIGURA 3: Localização das listagens de acompanhamento.....	61
FIGURA 4: Listagens de acompanhamento I.....	62
FIGURA 5: Listagens de acompanhamento II.....	62
FIGURA 6: Listagens de acompanhamento III.....	63
FIGURA 7: Listagens de acompanhamento IV.....	63

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resultados perfis da população amostral.....	66
TABELA 2: Percepção do Paciente sobre o Atendimento recebido	67
TABELA 3: Percepção do paciente sobre o processo organizacional de marcação cirúrgica.....	69
TABELA 4: Percepção dos funcionários sobre o atendimento prestado	70
TABELA 5: Percepção dos funcionários sobre o processo organizacional de marcação cirúrgica	71
TABELA 6: Demonstrativo de atendimentos meses de janeiro a junho de 2014	72
TABELA 7: Demonstrativo de reclamações do serviço ambulatorial meses de abril de 2012 e abril de 2014.....	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Ferramentas para coleta de dados	51
QUADRO 2: Diagnóstico informacional do setor.....	58
QUADRO 3: Utilização e benefícios das Listagens.....	64
QUADRO 4: Relevâncias das informações geradas pelas listagens	65

LISTA DE SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Sociedade Anônima

G.I – Gestão da Informação

GM - Gabinete Ministerial

HU – Hospital Universitário

HUs – Hospitais Universitários

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MBC – Movimento Brasil Competitivo

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NEPI – Núcleo de Epidemiologia e Informação Hospitalar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBQP – Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade

PNHAN – Programa de Humanização da Assistência Hospitalar

REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Caracterização do Problema	17
1.2	Justificativa da pesquisa.....	18
1.3	Objetivos	19
1.3.1	Objetivo geral	19
1.3.2	Objetivos específicos.....	19
1.4	Estrutura da monografia	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	Serviço público em saúde	21
2.1.1	Usuários do serviço público em saúde	24
2.1.2	Qualidade no serviço público em saúde.....	25
2.1.3	Qualidade de atendimento no serviço público em saúde	28
2.2	HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	30
2.3	PROCESSOS ORGANIZACIONAIS.....	32
2.3.1	Melhorias de Processos Organizacionais.....	34
2.4	GESTÃO DA INFORMAÇÃO	36
2.4.1	Dado, Informação E Conhecimento.....	40
2.4.2	Informação em saúde.....	42
3	MÉTODOLOGIA	46
3.1	Etapas da pesquisa	47
3.2	Unidade de análise.....	49
3.3	População-alvo.....	50
3.4	Método para coleta de dados	51

3.4.1	Questionário	52
3.5	Coleta e análise de dados	53
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
4.1	Contextualização do ambiente da pesquisa	56
4.1.1	O serviço ambulatorial.....	56
4.1.2	Funcionamento do atendimento ambulatorial e marcação cirúrgica	57
4.1.3	Análise e diagnóstico informacional	58
4.1.4	Proposta de modelo: Listagens de controle dos pacientes em fila de espera de cirurgia.....	60
4.1.5	Aplicação do modelo de controle informacional	66
4.1.5.1	Demonstração dos resultados.....	66
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS.....	78
	ANEXO A Ficha de primeiro atendimento	86
	APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecimento	87
	APÊNDICE B Parte I Questionário pacientes e funcionários	88
	APÊNDICE C Parte II Questionário pacientes.....	89
	APÊNDICE C Parte III Questionário funcionários.....	90

1 INTRODUÇÃO

Na área de saúde pública a qualidade ainda é um movimento lento no Brasil. Insuficiência de recursos para investimentos e melhorias, mas também falta de eficácia e efetividade, frágil acolhimento dos usuários, baixo impacto das ações de saúde sobre os anseios da população, se constituem ainda problemas evidentes.

Torna-se extremamente necessário e urgente uma importante intervenção nesta realidade. Não basta injetar financiamento na saúde, é preciso corrigir os procedimentos organizacionais no âmbito do atendimento e acolhimento ao paciente como também reduzir a variabilidade nos processos de trabalho.

Cunha (2008) pontua que é importante entender, que o serviço público representa a atividade do Estado visando aos objetivos de bem-estar social e à satisfação das necessidades individuais do cidadão e que este serviço especificamente tem como objetivo único à satisfação coletiva.

Em que pese essa realidade, a saúde pública no Brasil solidificou-se em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, pelos princípios da universalidade, equidade, descentralização da gestão e integralidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), no território nacional, sendo estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde (LOS), o SUS é considerado um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Consiste num conjunto normativo, institucional e técnico que materializa a política da saúde definida na Constituição de 1988 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Nesse sentido, o Governo Federal não se encontra fora deste processo e considerando a importância da satisfação do usuário na área de saúde pública, vem lançando normas que disciplinam os direitos dos usuários dos serviços de saúde, como o Decreto Nº 6.932/09, que trata da qualidade de atendimento aos usuários do serviço público e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) através da Portaria GM (Gabinete Ministerial) nº 881/2001, reconhecendo a

necessidade de melhorar a qualidade de atendimento especificamente nos serviços em saúde.

Este setor especificamente é uma das áreas que apresentam uma das maiores, ou até mesmo a maior, indústria de serviços. Porém, é nele que pode ser observado, também, uma complexa estrutura de interação e características de natureza delicada, como as habilidades e a formação da força de trabalho, além de uma estrutura organizacional complexa, que tornam estes serviços, efetivamente, de difícil gerenciamento (CUNHA, 2008, p. 76).

A experiência de qualidade nas organizações brasileiras também se estende ao serviço público que consiste considerar “[...] qualidade em serviços é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tenha para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefício a alguém”. (SALLES, 2004, p. 32).

Na prestação de serviços em hospitais, é necessário que estas organizações prestem atenção nos seus usuários, não considerando apenas o fator técnico do atendimento, mas fazendo com que eles sejam ouvidos, compreendidos, queridos, respeitados e que se sintam ajudados.

Assim, a área de saúde pública é um ambiente único e desafiador para implantar mudanças organizacionais, e especialmente quanto à gestão da informação. Nesse âmbito específico, a informação também toma uma dimensão de extrema importância, pois vivendo uma fase de maior controle pelo cidadão, a transparência surge como uma obrigação, assim:

as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção – apesar de insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis – são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações. (BRASIL, 2004).

O acesso e uso à informações dos órgãos/entidades do serviço público contribuem para o desenvolvimento social e o exercício da cidadania. Todavia, mais que fornecer informação precisa ao cidadão, cabe às entidades públicas torná-las de

fácil acesso. Uma melhor interação entre o Estado e o cidadão repercute na ampliação e maior qualificação dos direitos deste último, além de aumentar a eficiência dos serviços governamentais (ARAÚJO, 1999, p. 155).

1.1 Caracterização do Problema

A gestão da informação no serviço público constitui o tema desta pesquisa, que discorre em duas abordagens: a primeira, com enfoque teórico; a segunda, com foco numa pesquisa exploratória, tomando como estudo o serviço ambulatorial em um Hospital Universitário de Pernambuco.

O desenvolvimento desse trabalho deu-se a partir da premissa que, se tratando de serviço de atendimento em órgão público, cujos serviços de necessidade prioritária ao cidadão, são garantidos por lei, torna-se pouco aceitável a hipótese de insatisfação, má receptividade ou descaso nos serviços prestados.

Sob este aspecto, considerando o setor em tela, especificamente no processo de marcação cirúrgica, no qual o elemento primordial para a assertividade desta atividade é a precisão e confiabilidade das informações dispostas no setor a respeito do paciente, as informações se encontravam dispersas, descontraídas, de difícil acesso e localização, configurando uma demanda muito grande na tarefa de marcação cirúrgica e causando desconfiança e falta de credibilidade nas informações prestadas acerca deste processo.

Portanto, é necessário produzir, processar, gerenciar e utilizar com mais acurácia as informações, a fim de gerar maior capacidade produtiva e articulações para melhoria de processos e, conseqüentemente gerar respostas rápidas, adequadas e confiáveis às necessidades e dúvidas dos usuários. É sob este aspecto que se configura o imperativo da gestão da informação para a qualidade no atendimento ao cliente, o qual o serviço público de saúde deve seguir essa tendência.

Nesta perspectiva, surgiu o interesse de compreender as seguintes indagações: a) Como a Gestão da Informação pode contribuir para a melhoria do processo organizacional de marcação de cirurgias de um hospital público

universitário de Pernambuco? b) Quais os modelos gerenciais de informações em saúde podem intervir na melhoria do acompanhamento dos pacientes em espera de cirurgia? Logo, a partir destes questionamentos nasce a contribuição da presente pesquisa.

1.2 Justificativa da pesquisa

A pesquisa justifica-se pela importância da gestão da informação na atual administração moderna, em especial no serviço público, pois novas tendências exigem uma postura condizente que também se configuram no ambiente das organizações públicas.

Paralelo a isto, o desenho formulado pela informação se apresenta como um desafio institucional, exigindo adequação para as reais necessidades do usuário, na qual, o uso ordenado e consciente da informação junto ao setor público não toma um rumo diferente, demonstra também o anseio de esforços voltados ao atendimento das necessidades dos usuários, comumente denominado cliente, que, para a organização pública, o público-alvo é o cidadão.

Falar em qualidade e melhoria na área da saúde pública no Brasil torna-se importante para a maioria das instituições e no contexto dos hospitais universitários isso não é diferente, pois é sabido o enfrentamento de crises estruturais e econômicas e da sua necessidade de adequação à EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A, cujo remodelamento de atuação se tornou premente, o que vem a confirmar que a área de saúde pública é um ambiente único e desafiador para a melhoria da qualidade e de seus processos de trabalho.

Dessa forma, este trabalho possui a relevância da prática da gestão da informação no serviço público de saúde, através da elaboração e aplicação de um modelo gerencial de informação, no qual há o controle e acompanhamento de pacientes em fila de espera cirúrgica, no qual foi sensível o olhar da autora nesse problema tão premente localizado no setor da pesquisa, local de trabalho da mesma, que posteriormente analisado através da opinião dos seus funcionários, usuário e

chefia proporcionou a visualização de fatores de melhorias na gestão de serviços, dificuldades, características e peculiaridades da sua adoção e implantação.

Assim, este estudo oferece informações aos gestores públicos para obtenção de maior qualidade e melhor atendimento aos cidadãos perante e contribui com a academia na discussão de novos temas na área para pesquisas, discutindo o papel da gestão da informação nesse ambiente.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão da informação no processo de marcação e espera de cirurgias em um serviço ambulatorial de um Hospital Público Universitário de Pernambuco no período de Janeiro a Junho de 2014.

1.3.1 Objetivos específicos

- a) verificar a existência da prática da gestão da informação em saúde no serviço ambulatorial estudado;
- b) identificar as necessidades de informação deste serviço;
- c) investigar os fatores bloqueadores e facilitadores no processo organizacional de marcação cirúrgica;
- d) Implantar um modelo de melhoria no controle de pacientes em espera cirúrgica – com base conceitual na G.I;
- e) identificar os atributos de qualidade e melhoria de atendimento na utilização das práticas de gestão da informação da informação no referido processo.

1.4 Estrutura da Monografia

Esta pesquisa está estruturada em cinco partes, as quais são explicitadas como se segue. Inicia-se com a **Introdução**, com breve apresentação do tema e do

objeto de estudo, explicita o problema de pesquisa, a justificativa do estudo e seus objetivos.

Em seguida, apresenta os **Fundamentos Teóricos** que constituem o alicerce desta investigação como: gestão da informação, serviço público em saúde, qualidade de atendimento e melhoria de processos organizacionais.

Posteriormente descrevem-se os **Procedimentos Metodológicos**, elucidando a natureza, a coleta e análise dos dados. Apresenta a **Discussão e Análise dos Resultados** e, para finalizar as **Conclusões** extraídas a partir de uma síntese geral da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Serviço público em saúde

O setor público brasileiro ou serviço público é um conjunto de organizações subordinadas ao governo, subdivido em diversas áreas de atuação e responsável pelo desenvolvimento de produtos e prestação de serviços direcionados à sociedade em geral. Já o setor privado busca atender bem a cliente a fim de obter lucros. A manutenção do setor público e seu desenvolvimento ocorrem em função do recolhimento de impostos pagos por toda a sociedade, buscando corresponder suas respectivas necessidades de maneira que o bem estar coletivo seja garantido (KISSLER, 1998, p. 10).

Verificando algumas definições, é possível um melhor entendimento do termo serviço, bem como sua importância para o setor público.

De acordo com Kotler (1996, p.403) “um serviço é qualquer ato ou desempenho que uma parte pode oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulta na propriedade de nada, sendo que, sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico”.

Carvalho e Paladini (2005, p. 332) asseveram afirmando que “serviço é o resultado gerado por atividades na ‘interface entre fornecedor e cliente’ e por atividades internas do fornecedor para atender às necessidades do cliente”.

Cunha (2008) apresenta a importância do olhar para o serviço público, que representa a atividade do Estado visando aos objetivos de bem-estar social e à satisfação das necessidades individuais do cidadão e que o serviço público tem como objetivo único a satisfação coletiva, ou seja, todos os serviços devem ser prestados em função da coletividade, do usuário final que é o cidadão.

Segundo o autor o serviço público tem como objetivo único à satisfação coletiva, ou seja, todos os serviços devem ser prestados em função da coletividade, do usuário final que é o cidadão.

Paladini (1994, p. 21) estabelece que serviços referem-se a bens intangíveis, representados por ações desenvolvidas por terceiros em atendimento a solicitações específicas de atividades a executar. Confirmando a ideia relativa à simultaneidade o autor ainda acrescenta outra importante característica: o serviço não pode ser estocado nem produzido com antecedência. Isto significa que tudo que não for consumido, será considerado desperdício, não sendo possível utilizar esta sobra para suprir necessidades posteriores.

Barbosa (2007) complementa que o serviço é um bem intangível, que não podemos armazenar nem inspecionar ou estimar seu tempo médio de vida, sendo sua qualidade muito subjetiva, visto que envolve o relacionamento entre pessoas, destacando que a característica mais significativa dos serviços é a simultaneidade entre a produção e o consumo, que dificulta a detecção e correção de falhas antes que cheguem aos clientes, provocando uma avaliação, por parte destes, quase instantânea da qualidade do serviço prestado.

Considerando o conceito contemporâneo de serviço público, Moreira Neto (2000, p. 107) aponta que são as atividades pelas quais o Estado, direta ou indiretamente, promove ou assegura a satisfação de interesses públicos, assim por leis consideradas.

Com base nas definições supracitadas de serviço público que se qualifica a necessidade de um olhar mais atencioso sob os serviços prestados, pois no país, a maioria da população depende de ações sociais e econômicas advindas do Estado, assim materializada através das atividades públicas dos diversos setores como segurança, transporte saúde e educação (MOREIRA NETO, 2000, p. 107).

Tal percepção segundo o autor se deve a burocracia excessiva, formalista, ritualista, centralizadora acrescidas, entretanto, de algumas especificidades como: apego às regras e rotinas, paternalismo nas relações, apego ao poder, entre outras que culmina na lentidão administrativa, excessiva comunicação formal, burocrática e na má qualidade dos bens e serviços públicos oferecidos pelo Estado.

Nesse sentido, a baixa qualidade dos serviços públicos provoca uma baixa expectativa em relação ao que pode ser oferecido, tanto para usuários quanto para prestadores de serviços, contribuindo, assim, para eternizar um ciclo vicioso de insatisfação e frustração tanto dos funcionários quanto dos usuários (MARQUES NETO, 2005, p. 187).

De certo, vários autores estudiosos do tema e boa parcela da sociedade certificam a questão do distanciamento do Estado de sua função primeira, a de servir à sociedade. Teixeira (1996, p. 45), por exemplo, afirma que:

o governo foi criado para servir ao homem, vale dizer, para resolver aquelas questões para as quais não bastava apenas a ação individual. A burocracia criada e a expansão desmedida das funções governamentais levaram o Estado a desprezar o seu objetivo primário de servir ao homem, à sociedade.

Vale salientar que a burocracia surgiu como a maneira ideal de organizar o governo, descrita pelo sociólogo Max Weber na década de 1930, e neste contexto, o sistema burocrático difundiu-se no setor público. O modelo burocrático designava um método de organização racional e eficiente, com autoridade hierárquica e especialização funcional, para substituir o exercício arbitrário do poder pelos regimes autoritários. A burocracia tornou possível a realização eficiente de tarefas amplas e complexas (TEIXEIRA, 1996).

Todavia, o modelo burocrático se desenvolveu em condições diferentes da atualidade, numa sociedade de ritmo mais lento, quando as mudanças ocorriam mais lentamente. Assim, os governos burocráticos ao longo do tempo se tornaram inchados, ineficientes, funcionando com desperdício (MARTONE, 2007, p.19).

Neste sentido, de acordo com Ferreira (1996), o desafio para enfrentar a excessiva burocracia e vivenciar o contexto de mudança atual está no processo de reforma do aparelho do Estado. Esse processo de transformação e, conseqüente modernização, impõe ao Estado a necessidade de rever seus papéis, funções e, especialmente, mecanismos de gestão.

Na visão de Bresser-Pereira (1998, p. 76) o modelo burocrático está sendo substituído paulatinamente pela abordagem gerencial – gerenciamento baseado na qualidade, eficiência e eficácia dos serviços. Ao adotar esse modelo a

administração pública brasileira dá um passo para a modernidade, uma vez que a excelência é atingida quando os serviços públicos colocados a disposição dos cidadãos, além de atenderem à legislação, também, são capazes de apresentar resultados.

De certo, constata-se que lentamente o serviço público brasileiro começa a atentar para a necessidade de promover mudanças nas arraigadas atitudes burocrática para uma cultura gerencial voltada para o atendimento de qualidade ao cidadão, a racionalidade de modo de fazer, a definição de objetivos e as metas para resultados.

2.1.1 Usuários do serviço público em saúde

A gestão da qualidade nos serviços de saúde, apresenta como um dos seus principais objetivos a satisfação do seu paciente, como destaca Mezomo (2001), ao afirmar que a melhoria contínua da qualidade tem exatamente como objetivo fazer com que a organização como um todo, possa atender e exceder as expectativas dos seus clientes.

Ainda segundo Mezomo (2001, p. 229) “cliente é toda pessoa dentro do sistema que mantém qualquer relação com outra, seja ele de caráter temporário ou permanente”. É importante destacar que todo paciente é consumidor de um serviço, o que o caracteriza como um cliente.

Dessa forma, todo paciente é um cliente, parecendo, então, ser mais apropriado referir-se a ele como paciente/cliente, possibilitando um melhor entendimento das suas necessidades e expectativas, além de uma melhor compreensão de como satisfazê-lo.

Porém, dentro da realidade do serviço público, para melhor corresponder às expectativas da sociedade de maneira que o bem estar coletivo seja garantido a nomenclatura que melhor denomina esse cliente, seria o cliente-cidadão que segundo Fresneda (1997, p.16) ele possui dois papéis:

[...] Primeiro ele é receptor dos produtos e serviços gerados pela organização (papel comum de um cliente de uma dada organização), segundo de um cidadão, no qual ele está preocupado com a performance

geral da organização com o intuito de ter certeza de que o imposto pago está sendo utilizado apropriadamente.

Sob esta perspectiva, Bresser-Pereira (1998, p. 78) afirma: “ver o cidadão como um cliente significa apenas dar-lhe a devida atenção, dedicar-lhe o respeito que ele não tem nas práticas da administração pública burocrática”.

Para efeito desta pesquisa o foco de estudo é a categoria primária (usuário primário/final) segundo a classificação dos pacientes da Revista Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde (2001) e os pacientes que são atendidos no SUS em sua grande maioria das classes C, D e E, representando 120 milhões de brasileiros, ou seja, 70,5% de todos os habitantes do país (BRASIL, 2000a).

2.1.2 Qualidade no Serviço Público de Saúde

O aumento da diversidade de produtos e serviços, bem como a maior percepção dos consumidores, torna cada vez mais difundida a importância da qualidade. Apesar do crescente interesse das organizações pelo tema, a polivalência em torno do seu significado é inevitável.

Em virtude dos diferentes pontos de vista, sempre haverá ambiguidade quando o assunto é a qualidade de um produto ou serviço (GARVIN, 2002). Uma das mais reconhecidas definições de qualidade é apresentada por Juran *apud* Paladini (1994) que defini qualidade como adequação ao uso.

Gil (1997) acredita que qualidade consiste na habilidade em atender aos anseios do cliente, em prever os seus desejos, deste modo, define qualidade como a imagem da empresa perante a sociedade em geral. Além disso, acrescenta que é preciso aperfeiçoá-la cada vez mais, através da melhoria contínua.

O conceito de qualidade está em constante atualização, por isso Barbosa (2007) acredita em uma definição mais ampla, que a prática da qualidade envolve todas as técnicas e modelos de gerenciamento que primam pela qualidade, tanto na

manufatura, quanto no setor de serviços, já que a gestão desta característica imprescindível é praticada em todos os tipos de organizações.

Já despertado o interesse e preocupação pela qualidade nas organizações, é preciso maior enfoque na melhoria de serviços, principalmente devido a maior interação da empresa com o cliente (BARBOSA, 2007, p. 218).

A característica da qualidade em serviços torna-se ainda mais importante quando direcionada aos serviços públicos. Tais organizações são as maiores prestadoras de bens e serviços, tendo como principal característica uma relação de responsabilidade direta com a sociedade (MEZOMO, 2001, p. 155).

As teorias que norteiam a qualidade em saúde se apresentam numa gama de conceitos: Mezomo (2001), diz que a qualidade se torna mais complexa na área da saúde porque não age em função de um único serviço (produto final), pois este é sempre incerto, não obedece a padrões estabelecidos e não tem qualidade uniforme; Urdan (2001) cita três singularidades principais das instituições de saúde: (1) não há uma clareza na conexão entre entradas e saídas; (2) os pacientes geralmente têm dificuldades em avaliar aspectos técnicos; e (3) existe, em grandes hospitais, duas linhas de autoridades distintas, o administrativo e o médico.

Notadamente Donabedian (1980, *apud* Hartz e Pouvourville, 1998, p. 72), um dos principais estudiosos sobre a qualidade em saúde, diz que a definição de qualidade em serviços de saúde se inicia a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento, e os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipe de saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários.

Analisando-se de forma breve o histórico do sistema de saúde no Brasil, identificam-se como características a centralização federal; desigualdade de acesso; divisão entre ações de prevenção e reabilitação; utilização irracional dos recursos

humanos, tecnológicos e financeiros; e, pela prática dissociada do contexto de vida dos sujeitos; acarretando baixa resolutividade dos problemas de saúde e gerando alto grau de insatisfação, tanto na população, como nos gestores e profissionais da saúde (BARROS, 1997; BRASIL, 2000a; SOUZA, 2000).

Numa tentativa de reorganizar o sistema e propor novas formas de atuação da saúde pública, visando maior acesso e qualidade aos serviços, o Governo Federal considerando a importância da satisfação do usuário e qualidade na área de saúde pública, vem lançando normas que disciplinam os direitos dos usuários dos serviços de saúde, como o Decreto Nº 3.507 que trata da qualidade de atendimento aos usuários do serviço público e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) através da Portaria Gabinete Ministerial GM nº 881/2001, reconhecendo a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento especificamente nos serviços em saúde. (BRASIL, 2000a).

Em serviços públicos, a interação entre o cliente/cidadão, organizações e a qualidade dos serviços prestados determina o nível de satisfação e modela o índice de reclamações dos usuários. “Atender somente com educação e cortesia não basta, é preciso qualificação profissional” (MEZOMO, 2001, p. 154).

Neste sentido, a qualidade de um serviço de saúde está diretamente relacionada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência à saúde.

Assunção (2006) afirma que as longas filas, as condições precárias de atendimento e o tratamento desumano da população, frequentemente divulgado pela mídia de massa, corroboram para denegrir cada vez mais a imagem das instituições públicas de saúde.

Como forma de sanar tal problema faz-se necessário o incentivo a humanização da assistência à saúde além da incorporação de noções relacionadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais (CUNHA, 2008, p. 158).

2.1.3 Qualidade de atendimento no serviço público em saúde

O atendimento ao público é um serviço complexo, sua simplicidade é apenas aparente. Trata-se de uma atividade social mediadora que coloca em cena a interação de diferentes sujeitos em um contexto específico, visando responder a distintas necessidades (MILET, 1997, p. 40).

Presume-se então que atendimento ao público é muito mais do que fornecer documentos ou encaminhar pessoas, é entender o usuário, agir com presteza e segurança nas informações em um ambiente agradável e organizado a fim de suprir os anseios dos usuários dos serviços (DINIZ e CARVALHO, 2001, p. 02).

Godri (1994, p.59) afirma “atendimento é sinônimo de empatia e atenção. O cliente deve ser tratado com prioridade, ser ouvido, tratado preferencialmente pelo nome e, acima de tudo, com respeito às suas decisões e opiniões”.

É preciso procurar rever a forma como os serviços de atendimento ao público vêm sendo prestados, buscando sua realização com maior eficiência, mudando o comportamento da cultura das organizações públicas, tendo o cidadão como foco (MILET, 1997, p. 42).

Sob a ótica da tradição burocrática de que prestar um bom atendimento na administração pública brasileira se limitava apenas a obediência de requisitos legais, prazos e rotinas, nesta perspectiva foram desenvolvidos mecanismos de avaliação de desempenho estruturais que apenas atestavam a regularidade ou não dos atos administrativos, do uso de recursos e do cumprimento a normas estabelecidas, mas não atestavam a qualidade dos serviços prestados à população, seu impacto na sociedade e nem se os mesmos estavam atendendo às expectativas de seus usuários (ALBRECHT, 1992, p. 89).

A qualidade do atendimento no contexto da realidade brasileira, no âmbito público apresenta-se como um desafio institucional que parece exigir transformações urgentes. Essa necessidade tem múltiplas facetas e a visibilidade de uma delas se expressa nas queixas frequentes dos usuários consumidores (CARR; LITTMAN, 1992, p. 145).

A ideia geral de atendimento dos serviços públicos no Brasil, por parte da sociedade é de ineficiência e ineficácia obtida pelo padrão de resultados insatisfatórios que ecoam dos mesmos. A insatisfação da coletividade é cada vez mais evidente no Brasil e a percepção de que é preciso melhorar o desempenho da Gestão Pública, visando oferecer serviços com maior qualidade e agilidade, faz-se necessária para reverter esse quadro de insatisfação e descontentamento (ALBRECHT, 1992).

De certo segundo Albrecht (1992), os serviços de atendimento ao público devem primar pelos interesses dos usuários no ato da prestação dos serviços, sendo que, são eles os usuários ou clientes, a razão de existência da organização bem como também da empregabilidade do servidor para o suprimento das necessidades dos usuários dos serviços.

Com o crescimento da importância da adoção da qualidade, com seu significado ampliado para a satisfação do cliente e a busca da excelência dos processos organizacionais, o Brasil, inicia uma preocupação com a qualidade através a criação de dois programas na década de 1990: O Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) e a instalação do Movimento Brasil Competitivo (MBC).

Assim, desde 1991 o Programa de Qualidade no Serviço Público vem procurando transformar as organizações públicas brasileiras dando orientação diretiva da prestação de serviços públicos com qualidade, retirando assim o foco dos processos burocráticos (BRASIL, 200a).

Segundo Gil (1997), no âmbito do serviço público, a qualidade é uma maneira de gerir, de modo continuado, a melhora no desempenho da organização. Está relacionada com a cultura dos servidores e a satisfação do cliente, significa o melhor que se pode fazer, o padrão mais elevado de desempenho.

A projeção da qualidade em serviços rumo em direção a duas frentes sendo: entender o usuário e entender o próprio serviço, nesse olhar é dever da administração, no âmbito da oferta dos serviços públicos, tratar com dignidade o cliente-cidadão no exercício do Estado democrático (GIL, 1997, p 125).

Destaca-se ainda segundo Gil (1997) dentre os indicadores da qualidade pode-se citar, a exemplo, a eficiência e a eficácia quanto ao interlocutor, a ética no tratamento de informações e do público, a veracidade das informações transmitidas bem como também a rapidez no atendimento.

Deming (1990, p.5) diz que medir a qualidade em serviços é ouvir o usuário quanto à avaliação e satisfação de suas exigências, com o atendimento voltado às necessidades do cliente. Ao referir-se ao setor público, afirma: “na maioria das repartições públicas, não há um mercado a ser buscado, primordialmente um órgão público deveria prestar de forma econômica, o serviço prescrito na legislação vigente. O objetivo deveria ser destacar-se por um serviço bem executado”.

Na administração pública, a qualidade surge como meio para se atingir o princípio da eficiência, inserido na Constituição Federal Brasileira. A qualidade tornou-se então foco das atenções e cobranças pelo cliente/usuário, por ser considerada uma medida de controle da sociedade, com a finalidade de avaliar a gestão pública e o fiel cumprimento de suas funções, enquanto prestador de serviço público, mediante seus próprios atos.

Dessa forma, é notório que o setor público caminha a passos lentos para a qualidade em serviços, pois, além de oferecer resistência às mudanças necessárias, pouco se tem feito para agilizar e modernizar o serviço público, existindo apenas críticas. “As funções são ocupadas por profissionais despreparados e despreocupados com os serviços e usuários, constituindo uma barreira ao desenvolvimento do setor público” (MONTEIRO, 1991, p. 59).

2.2 Hospitais Universitários

Tradicionalmente se define um Hospital Universitário (HU) como uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde; (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino; (d) por propiciar

atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a população (REIS e CECÍLIO, 2009, p. 56).

No Brasil, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde. São responsáveis por grande parte das pesquisas clínicas e pela formação de um expressivo número de profissionais de saúde, em nível de graduação e pós-graduação, sendo o principal valor agregado que os hospitais universitários ainda podem trazer para os sistemas de saúde são o de serem centros de referência e alta tecnologia, contribuindo para o progresso técnico em saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, onde as empresas e instituições científicas ainda caminham de forma lenta sob esta questão (GRANEMANN, 2007).

São instituições cuja gestão está subordinada à Universidade Federal da qual corresponde, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) e ao Ministério da Saúde (MS) através da vinculação ao Sistema Único de Saúde - SUS, inserindo-se nos anos 90, na rede de saúde pública passando a ser remunerados pelo Ministério da Saúde tal parceria entre SUS e HUs está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (LOPES, 2005, p. 76).

O Brasil apresenta o total de 46 HUFs, os quais agregam as políticas de educação e saúde e em linhas gerais, falando-se de financiamento dessas instituições, o MEC é responsável pela despesa de pessoal, enquanto cabe ao MS os valores repassados mediante pactuação de metas (quantitativas e qualitativas) com o governo federal e estadual (BRASIL, 2009b).

A “crise” instalada nos Hospitais Universitários abre precedentes para a aproximação voraz da privatização das áreas sociais de responsabilidade do Estado. A saúde e a educação pública têm perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e se subordinam a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços (MÉDICI, 2001, p. 150).

Em 2010, para a continuidade de ações que regulamentam a reestruturação dos HUFs, foi elaborado o Decreto n. 7.082/2010, que instituiu o

Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf) — o qual tem em seu texto o discurso de “criar condições materiais e institucionais para que os HUFs possam desempenhar plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e também na assistência à saúde” (BRASIL, 2010a).

Ainda na tentativa de redesenho dos hospitais universitários, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), elaboram a Medida Provisória n. 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autorizou o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (Brasil, 2010b).

Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e o alto custo dos Hospitais Universitários, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSERH é apontada pelo governo da atual Presidente Dilma Rouseff como “única” solução e tem ganhado espaço e adesão junto às universidades federais.

Atualmente, dos 46 (quarenta e seis) Hospitais Universitários, 34 (trinta e quatro) aderiram à EBSERH e destes, 23 (vinte e três) já assinaram contratos, portanto a EBSERH já é uma realidade na conjuntura da existência dos HUs¹, restando a população e a sociedade acadêmica se adequar a mais esse tênue traço de gestão por resultados e lucros, não deixando a verdadeira missão dos HUs se apagar ou se perder em meio a voraz atividade capitalista.

2.3 Processos Organizacionais

Gerenciar os processos adequadamente significa reduzir variabilidade. Em organizações que não gerenciam seus processos, a variação no funcionamento

1

das tarefas é muito grande, ou seja, as atividades ocorrem de qualquer maneira (VALLE; OLIVEIRA, 2009, p. 02).

Percebe-se que o conceito de processo está relacionado a aspectos de transformação e a um conjunto de etapas que buscam produzir um resultado. Quando se fala de processo nas organizações, está-se referindo ao processo de trabalho ou de negócio, com os quais, atividades são feitas para que a organização obtenha determinado produto e resultado para a qual foi criada (ROTONDARO; CONTADOR *et al*, 2004, p.59).

Hall (1982) define processo como uma série de atividades e tarefas lógica e sequencialmente inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis.

Davenport (1994, p. 106) analisa:

Um processo é um conjunto de atividades estruturadas e medidas destinadas a resultar em um produto especificado para um determinado cliente ou mercado (...) é uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, e inputs e outputs claramente identificados: uma estrutura para a ação.

Gomes (2006, p. 77), afirma que os processos podem ser concebidos como um conjunto inter-relacionados de atividades e recursos que, ao receber insumos, seguido de uma lógica e valor agregado, seu resultado ou saída é um produto-serviço com objetivo de responderem às necessidades dos clientes.

Segundo os autores acima, pode-se entender processos como maneiras de fazer alguma coisa, envolve a transformação de um insumo em produto final. No interior do processo ocorrem transformações, que incluem as etapas necessárias para a obtenção do produto final, de valor agregado. Um processo seria uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, inputs e outputs claramente identificados, enfim, uma estrutura para ação (Rotondaro; Contador *et al*, 2004, p.59), demonstrada de forma simples na figura a seguir:

Figura 1- Diagrama de um processo.



Fonte: Adaptado de Scartezini, 2009.

Dessa forma, os processos, podem ser entendidos também como elementos centrais da operação das políticas públicas. Uma vez que as políticas públicas implicam ações do poder público, normalmente complementadas por um conjunto de atores da sociedade ou do Estado, também implicam a operação de processos que tornem estas ações viáveis, eficientes e eficazes.

Uma outra característica importante dos processos no setor público é a sua, 'inter-funcionalidade'" (Caulliraux; Yuki, 2004, p.47). Ou seja, os processos de negócio no setor público tendem a perpassar por diversas unidades ou áreas funcionais, e em alguns casos, até mesmo por mais de uma organização.

Martins e Marini (2010) afirmam a importância dos elementos alinhamento e otimização na gestão de processos no setor público. Com relação ao alinhamento, é fundamental que os processos de trabalho "[...] calibrados para gerar os produtos de forma alinhada com a agenda estratégica, de modo a gerar valor para o beneficiário" (MARTINS; MARINI, 2010, p.153).

Já no tocante à otimização, os autores afirmam que ela vai de encontro ao imperativo de eficiência trazido pela gestão para resultados, que vislumbra fazer mais e melhor com menos recursos, totalmente cabível nos modos atuais da gestão pública participativa.

2.3.1 Melhorias de Processos Organizacionais

Otimizar ou melhorar processos significa (re)configurá-los, alterando suas regras e procedimentos, usualmente com o emprego de novas tecnologias para

torná-los mais confiáveis, baratos, flexíveis (capazes de incorporar novas demandas e soluções) e integrados com processos no âmbito de outras organizações para tratamento de temas transversais. (MARTINS; MARINI, 2010, p.153).

Nesse contexto, quando se fizer necessária uma intervenção estruturada em um processo, a fim de otimizá-lo, Burlton (2001) propõe um modo de renovação de processos onde primeiro é necessário focar nos aspectos chave dos processos, aprendendo sobre os mesmos gradativamente, criando algo novo para o processo e revisando o trabalho feito para manter um ciclo de renovação.

Ainda para o melhoramento de processos é primordial a aquisição e gerenciamento de informações, no encadeamento destas informações para com o processo e, na concepção de modelos inovadores de mudança de processos essas informações são importantes, pois, a partir delas, podem-se estabelecer ações de melhoria, visando aumentar a satisfação do cliente ou usuário (BURLTON, 2001, p. 47).

O setor público deve realizar a mudança que trata primordialmente de alterar a atitude e adaptar os funcionários à nova forma de trabalhar, não de forma passiva, mas de maneira ativa, contribuindo para a melhoria contínua, buscando atender sempre a perspectiva do cliente (interno ou externo), às suas necessidades e preferências, ou seja, o processo começa e termina no cliente (HUNT, 1996).

Nessa perspectiva, (Martins; Marini, 2010) diz que a padronização dos processos reduz a variabilidade das operações, o que normalmente causa também a redução na variação dos resultados.

Ainda segundo os autores (2010), ao visualizar os processos no universo hospitalar, algumas questões ficam aparentes acerca da produção das ações em saúde: o cuidado em saúde apresenta-se de forma fragmentada através de uma equipe multiprofissional com a participação de muitos profissionais que vão compor a totalidade e integralidade da assistência. O que ocorre é que existem vários ruídos nessa interação, que evidenciam problemas ligados à organização do trabalho e a construção das relações entre as equipes.

Por estas razões, a organização de saúde apresenta-se com uma especificidade peculiar, na qual, a conduta para a qualidade no sistema de saúde pode não ser tão metódica focada apenas nos preceitos mecanicistas do apenas fazer, pois se lida com pessoas em um momento especial – acometida por uma doença.

Parece que na área de saúde, principalmente pública, a melhoria de processos juntamente com a gestão da qualidade prescinde de mais métodos e ferramentas que trabalhem a dimensão subjetiva das pessoas, no sentido de cuidar melhor delas para que possam cuidar melhor de seus pacientes (VALLE; OLIVEIRA, 2009).

2.4. Gestão da Informação

Em linhas gerais a palavra gestão está relacionada a um conjunto de processos que compreendem o planejamento, a organização, a direção, o controle e a distribuição de determinado recurso, produto ou serviço. Ferreira (1999, p. 85) define gestão como “ato de gerir; gerência, administração”. Esta definição enfatiza a essência do conceito: gerir, gerenciar e administrar.

Davenport & Marchand & Dickson (2004) apontam a Gestão da Informação como viabilizadora da Gestão do Conhecimento, pois ao utilizar a informação disponível um novo conhecimento é gerado e este, por sua vez, se explicitado, se transformará em uma nova informação.

Marchiori (2002) afirma que a Gestão da Informação consiste nos processos de criação ou pesquisa, tratamento, distribuição e uso da informação. A realização sistemática requisita mecanismos de obtenção e utilização de recursos humanos, tecnológicos, financeiros, materiais e físicos, a fim de disponibilizar informações precisas e de uso estratégico pelas organizações.

Davenport (2000, p. 173) define a Gestão da Informação como: “um conjunto estruturado de atividades que incluem como as organizações obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento”. O autor aborda a GI através de

quatro passos: 1 – determinação de exigências, 2- obtenção de informação, 3- distribuição, 4- uso da informação.

Passo 1: Determinação das exigências

Envolve identificar como os gerentes percebem os ambientes informacionais nos quais estão inseridos e como compreendem que tipo de informações em administrador realmente precisa. Implica entender o mundo dos negócios e requer perspectivas política, psicológica, cultural, estratégica e ferramental, além de avaliação individual e organizacional.

Passo 2: Obtenção

Obter informações é uma atividade que deve incorporar um sistema de aquisição contínua que, de forma geral, engloba as atividades de exploração de informações; classificação da informação e formatação e estruturação das informações.

Passo 3: Distribuição

Refere-se às formas de comunicação e divulgação das informações utilizadas.

Passo 4: Uso da informação

Diz respeito à utilização da informação disponibilizada. Está ligado à maneira como se procura, absorve e processa a informação antes de tomar uma decisão.

Prusak (2001), afirma que a gestão da informação tem sua origem na documentação, é uma disciplina mais consolidada do que a gestão do conhecimento, a qual começou a despertar o interesse da comunidade acadêmica e gerencial a partir do final da década de 1980.

De acordo com Carvalho (2001), gerenciar informação como um recurso organizacional, implica primeiramente em verificar as necessidades informacionais dos indivíduos da organização, na segunda etapa prospectar e coletar o que é relevante, em terceiro selecionar (filtrar), organizar, tratar, armazenar, e por último disseminar, transferir e gerar novas necessidades.

Torna-se assim necessário buscar metodologias e ferramentas para desenvolver essas atividades de maneira eficiente, a fim de gerar conhecimento e inteligência, visando subsidiar o processo decisório.

Diante dos conceitos mencionados é compreensível que o papel da Gestão da Informação dentro de uma organização seja complexo e ao mesmo tempo essencial. Complexo por não envolver apenas uma única função, uma vez que a tarefa do gestor da informação é potencializar os recursos informacionais da organização e prover, assim, uma melhora na estrutura, identificando os entraves e os possíveis pontos de melhorias, sinalizando primordialmente o objetivo da Gestão da Informação que é refletir, compreender e organizar o fluxo da informação, com ênfase no conhecimento explícito.

No contexto de informação no setor público a política de informação está associada ao Estado que deve enxergar a informação como insumo estratégico passível de gestão para o desenvolvimento científico e tecnológico. Esta política norteia caminhos e ações a serem realizadas, partindo do geral (discurso) para o específico (ação) e tenta ser equitativa nas questões que norteiam a informação (MARSHALL, 1996).

Conforme destaca Castells (2003, p. 128) “[...] todos os registros públicos, bem como um amplo espectro de informação não sigilosa, poderiam ser disponibilizados *on-line*”, reforçando a ideia de que todas as informações produzidas pelo Governo devem ser disponibilizadas em rede para toda a sociedade.

Este compromisso precisa ser assumido pelo Estado através de uma política de informação priorizando a sociedade civil no tocante a garantir o acesso irrestrito às informações governamentais de todas as esferas do governo e de interesse público, no estadual, municipal, federal no sentido de orientar e fornecer subsídios para a tomada de decisões nas questões coletivas e individuais.

Nesse sentido, todo cidadão tem direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, coletivo ou geral (Brasil apud Freixo, 2004, p. 60). Além disso, o Estado – que é um grande produtor de informação de interesse dos cidadãos – tem obrigação de formular diretrizes e políticas, desenvolver atividades e projetos relacionados à gestão e disponibilização dessas informações para a população.

O acesso e uso às informações dos órgãos/entidades do serviço público contribuem para o desenvolvimento social e o exercício da cidadania. Assim, mais

que fornecer informação precisa ao cidadão, cabe às entidades públicas torná-las de fácil acesso. Uma melhor interação entre o Estado e o cidadão repercute na ampliação e maior qualificação dos direitos deste último, além de aumentar a eficiência dos serviços governamentais.

O Brasil carece de uma política de informação nacional de cunho geral, que trate da informação em todos os seus aspectos e busque sistematizar e organizar o caos informacional nos organismos de governo, bem como promover legislação unificada que regule questões como privacidade, direito de acesso, propriedade da informação, entre outros (BRASIL, 2011).

Ganha significado o reconhecimento da importância do uso de mecanismos de gestão para a divulgação, o uso, a disseminação das informações, os serviços e os produtos no âmbito do setor público. Um passo importante nesse sentido foi a publicação da Lei n. 12.527/2011, a chamada "Lei de Acesso à Informação".

Segundo esta Lei, pode-se entender por informação: “dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato” (Lei nº 12.527/2011).

Assim, considerando a referida Lei, tem-se o entendimento de que todo dado produzido é considerado informação, esteja ele registrado em papel, em arquivos de computador, em filmes ou em qualquer outro meio. Sabemos que os agentes públicos produzem diariamente uma grande quantidade de informações na forma de planilhas, atas de reuniões, editais, contratos, projetos de leis, decisões judiciais, bancos de dados eletrônicos, relatórios, pareceres, pesquisas – todas para propósitos públicos.

É sabido também que o Estado atua em nome da sociedade; portanto, ele não é o proprietário, mas apenas o guardião dos bens públicos. Dessa forma, nada mais coerente que as informações produzidas pelo Estado também pertencem à sociedade, já que elas foram geradas para atender a finalidades públicas. E, se a informação é um bem público, ela deve estar acessível à sociedade.

Essa é a ideia geral da Lei 12.527: as informações produzidas pelo Estado dizem respeito ao interesse público e, portanto, devem estar acessíveis a

todas as pessoas. Naturalmente, a Lei prevê também os casos específicos em que o sigilo se faz necessário.

Nessa nova lógica, o acesso à informação pública passa a ser a regra e o sigilo, a exceção. Para que o direito de acesso seja respeitado, é fundamental que os agentes públicos cuidem das informações que produzem.

Portanto, organizar bem as informações que estão sob o cuidado do servidor público é essencial, gerindo, registrando e zelando pelos arquivos (impressos e digitais), pois a qualquer momento pode ser acionado para atender a um pedido de informação (CGU, 2011).

No âmbito específico do setor saúde,

as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações (BRASIL, 2004).

O setor público vive uma fase de maior controle pelo cidadão, assim a transparência surge como uma obrigação. A definição e a boa gestão das informações são de fundamental importância para o alcance dos objetivos das organizações; para o setor público, tais organizações cuidam de informações em nome do governo e devem cumprir certas obrigações perante a sociedade.

Assim, “a gestão e o estudo dos fluxos de informações como processos que agregam valor à informação podem ser explorados para a promoção da governança no setor público” (MIRANDA, 2010, p. 97).

Notadamente, o acesso e uso de informações dos órgãos/entidades do serviço público contribuem para o desenvolvimento social e o exercício da cidadania. Assim, mais que fornecer informação precisa ao cidadão, cabe às entidades públicas torná-las de fácil acesso. Uma melhor interação entre o Estado e o cidadão repercute na ampliação e maior qualificação dos direitos deste último, além de aumentar a eficiência dos serviços públicos (ARAÚJO, 1999, p. 155).

2.4.1 Dado, informação e conhecimento

Ao situar a pesquisa sob o enfoque da gestão da informação, faz-se pertinente estabelecer os principais conceitos de dado, informação, conhecimento e da própria gestão da informação.

Dados são, segundo a concepção de Davenport (1998, p. 19), “observações sobre o estado do mundo”, ou seja, fatos brutos, quantificáveis, facilmente estruturados e transferíveis, podendo ser observados e mensurados pelas pessoas ou através de uma tecnologia apropriada.

Conforme Oliveira (1997), dado é qualquer elemento identificado em sua forma bruta que por si só não conduz a uma compreensão de determinado fato ou situação. São elementos de informações ou representações de fatos que servem de base para a formação de uma análise, cujo resultado será influenciado por diversos fatores.

Para Setzer (1999), dado é uma sequência de símbolos quantificados ou quantificáveis. Como são símbolos quantificáveis, dados podem ser armazenados em um computador e processados por ele. “Um dado é puramente objetivo – não depende do seu usuário.”

O desafio que se instaura na contemporaneidade, é fundamentalmente os mais abrangentes usos, conceitos e definições que podem ser associados ao termo informação.

Porém, mesmo diante de um quadro que corrobora o caráter múltiplo do conceito de informação, diversos autores vêm pensando a informação a partir do escopo teórico da Ciência da Informação, ainda que a partir de pontos de vista por vezes bastante estanques e divergentes, ratificam tal complexidade e heterogeneidade do fenômeno:

Drucker (1999) conceitua informação como dados organizados dotados de significado, Miranda (1999) complementa esta definição afirmando que a informação é composta de dados organizados significativamente para subsidiar a tomada de decisão.

Davenport e Prusak (1998) define a informação como um termo que engloba dados, informação e conhecimento, abrangendo também a conexão entre os dados e o conhecimento obtido.

Nonaka (1997, p. 67), afirma que a informação é considerada como sendo uma representação do conhecimento explícito – conhecimento objetivo, racionalizado, digitalizável e sequencial em contraposição ao conhecimento tácito, como conhecimento subjetivo, experimental, simultâneo e analógico.

McGarry em seus estudos “dota a informação de variados atributos sendo o mais relevante aquele que considera a informação como algo que reduz a incerteza em determinada situação” (1999, p.4).

Nas explicações das autoras Lastres e Albagli (1999) tem-se a distinção de informação e conhecimento no qual Informação e conhecimento estão correlacionados, mas não são sinônimos. Também é necessário distinguir dois tipos de conhecimentos: os conhecimentos codificáveis – que, transformados em informações, podem ser reproduzidos, estocados, transferidos, adquiridos, comercializados e os conhecimentos tácitos, cuja transformação em sinais ou códigos é extremamente difícil já que sua natureza está associada a processos de aprendizado, totalmente dependentes de contextos e formas de interação sociais específicas.

Davenport e Prusak (1998) assevera que, conhecimento por sua vez, é criado e aplicado na mente das pessoas, é intuitivo, composto de valores, experiências, *insights*, fazendo parte da complexidade e imprevisibilidade humana. No meio organizacional, conhecimento está embutido nas pessoas e disperso em manuais, documentos, repositórios, rotinas, processos, práticas, normas dentre outros.

Para Nonaka e Takeuchi (1997) as organizações recebem conhecimentos e informações do meio, se adaptam a eles e criam, de dentro para fora, novos conhecimentos e informações, recriando assim seu meio.

Nessas perspectivas, dado, informação e conhecimento são entidades de diferentes propriedades, no entanto, possuem uma ligação singular: o dado dotado

de valor e uso pode servir de base para informação e desta origina-se o conhecimento, sendo, portanto, matéria-prima para este.

2.4.2 Informação em Saúde

O termo informação em saúde certamente pode ser pensado como um conjunto de transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde. Assim sendo, não se pode, com precisão, demarcar o início do uso dessa terminologia no campo da saúde (ROSEN, 1994, p. 34).

Informação em saúde está intrinsecamente vinculada à pesquisa em saúde, que se constitui em fonte inesgotável de novos saberes, haja vista a dinamicidade inerente à própria ciência sendo sua função macro detectar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, oferecer elementos que subsidiem a análise rigorosa desse quadro e, então, apresentar alternativas para minimizar a situação encontrada (HERNON e RELYEA, 1991, p.176).

Porém é a partir do século XIX, começo dos estudos em epidemiologia, que a necessidade de comunicar questões relacionadas à saúde das populações se torna a grande alavanca para a disseminação das Informações em Saúde, sendo compostas das primeiras peças de estatísticas vitais e pelas tábuas de sobrevivência, primeiros enfim, por instrumentos de inferência de estados de saúde a partir do *status* atual de um grupo de pessoas em determinado contexto de saúde (ROSEN, 1994).

É nesse cenário que surgem as primeiras manifestações de se registrar topografias, gêneses epidemiológicas da vigilância sanitária, atividades e análise de dados das condições de saúde e controle sanitário da saúde do país, em decorrência dessa e de outras ações semelhantes, surgiram os inquéritos de morbidade e as estatísticas dos serviços de saúde (MEDINA *et al.*, 2002, p.102).

Ao recorrer às novas tecnologias, admitimos que há na atualidade, bem mais agilidade tanto na produção como na disseminação das informações em saúde, dito isto torna-se também, de suma importância destacar o papel

fundamental do desenvolvimento da computação, e, portanto, da informática como instrumento necessário e multiplicador tanto das metodologias estatísticas quanto desse tipo de informação na atualidade (GOMES; MORAES, 2007, pg. 53).

Salienta-se, também, que esse desenvolvimento tecnológico tem papel crucial nas inovações referentes à área da saúde, tais como: a) disseminação e facilitação da acessibilidade às bases de dados em saúde; b) surgimento e a propagação da informática médica; c) concepção e implementação do prontuário eletrônico do paciente, entre outros (UHLIR, 2006, p. 14).

Então, apreciando o acima mencionado, tem-se a considerar também que, apesar de estar intrínseco à informação seu potencial de fabricação, desenho (projeto) ou concepção, a informação em saúde, por si só, não tem significado quando em um contexto isolado (RIPSA, 2002, p. 52).

Informação em saúde apartada de uma política nacional de informação na saúde que preza pelo controle social e pela utilização ética e fidedigna de dados produzidos com qualidade em relação ao cidadão, aos gestores e aos serviços da área de saúde, não é mais do que um dado insignificante, uma expressão vazia.

É nesse aspecto que se firma o pensamento que a produção de informações em saúde requer precisão dos indicadores, acurácia nos sistemas de informações integrados (bancos de dados) e confidencialidade dos dados pessoais (ARAÚJO, 1999).

De certo, vale reforçar que informação em saúde não é unicamente um sistema de informação em saúde, muito menos constructo dependente exclusiva e diretamente da informática (CAMARGO Jr. *et al.*, 2007, p. 252).

Ainda segundo o autor, torna-se importante registrar sucintamente a composição dos sistemas de informação em saúde em nosso país, atualmente sediados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- Datasus, uma vez que estes são incontestáveis mananciais de Informações em Saúde: bancos de dados nacionais com informações sobre nascimentos, óbitos, atenção básica, imunizações, procedimentos ambulatoriais, atendimento de alto custo, hospitalizações, estabelecimentos de saúde e orçamentos públicos.

Outro aspecto a ser considerado é o cuidado que se deve ter quanto a deficiências oriundas do sistema de informação em saúde, como à qualidade dos dados e à ausência de variáveis importantes para as análises e/ou construção de indicadores em saúde, esses bancos de dados representam fontes importantes que podem ser utilizadas rotineiramente em estudos epidemiológicos, na vigilância em saúde na pesquisa e na avaliação de programas e serviços de saúde (BRANCO, 2006, p. 79).

Ainda cabe mencionar os desafios atuais voltados para a concepção e produção de mecanismos que garantam a confidencialidade dos dados em nível individual, formatando de maneira segura o uso das informações em saúde para a produção de meios e insumos voltados à melhoria da qualidade de vida das populações e a exposição indevida de dados confidenciais e, portanto, resguardados pela ética em saúde.

Finalizando, vale ressaltar sobre a multidimensionalidade do que seja informação em saúde, no qual não se apresenta uma definição única e encapsulada que possa ser decorada e reproduzida sem que sobre ela se faça uma genuína reflexão. Ao contrário disso vale situá-la no campo dos saberes polissêmicos e fornecer dados suficientes para que se faça excelentes considerações sem resumi-la a uma expressão definitiva e concludente (BRASIL, 2004).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A estratégia de investigação utilizada foi a do estudo de caso único com observação participante.

A pesquisa realizada passa pela abordagem da pesquisa qualitativa, pois:

a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação (ROESCH, 2005, p.154).

A pesquisa também se configura como descritiva, pois para Marconi e Lakatos (1996) o estudo descritivo objetiva descrever, registrar, analisar e interpretar fenômenos atuais segundo um estudo realizado em determinado espaço-tempo.

Pode-se ainda apontar a natureza bibliográfica e documental da pesquisa, que para tanto foi realizado um levantamento do acervo de documentos organizacional referente ao tema estudado, sendo ainda consultados livros, artigos científicos, anais de congresso e revistas especializadas que tratam do assunto. O intuito de uma pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato com o que foi produzido sobre determinado assunto (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Considerando seu delineamento, esta pesquisa caracteriza-se como exploratória, pois, segundo Gil (2006), este tipo de pesquisa é desenvolvida com objetivo de proporcionar visão geral acerca de determinado fato. Ainda segundo o autor uma investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado.

Finalmente, quanto aos meios, tem-se o estudo de caso, que segundo Godoy (1995), visa ao exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular, partindo de focos de interesse mais amplos, de tal forma que as abstrações e o quadro teórico vão se consolidando à medida que os dados são

coletados e examinados e a observação participante, que permeia a interação entre pesquisadores e autores que configuram as circunstâncias em estudo.

Esta técnica abrigou os métodos de aplicação de questionários estruturados, conversas informais e observação direta da autora, pois esta integra o quadro de funcionários do setor.

3.1 Etapas da pesquisa

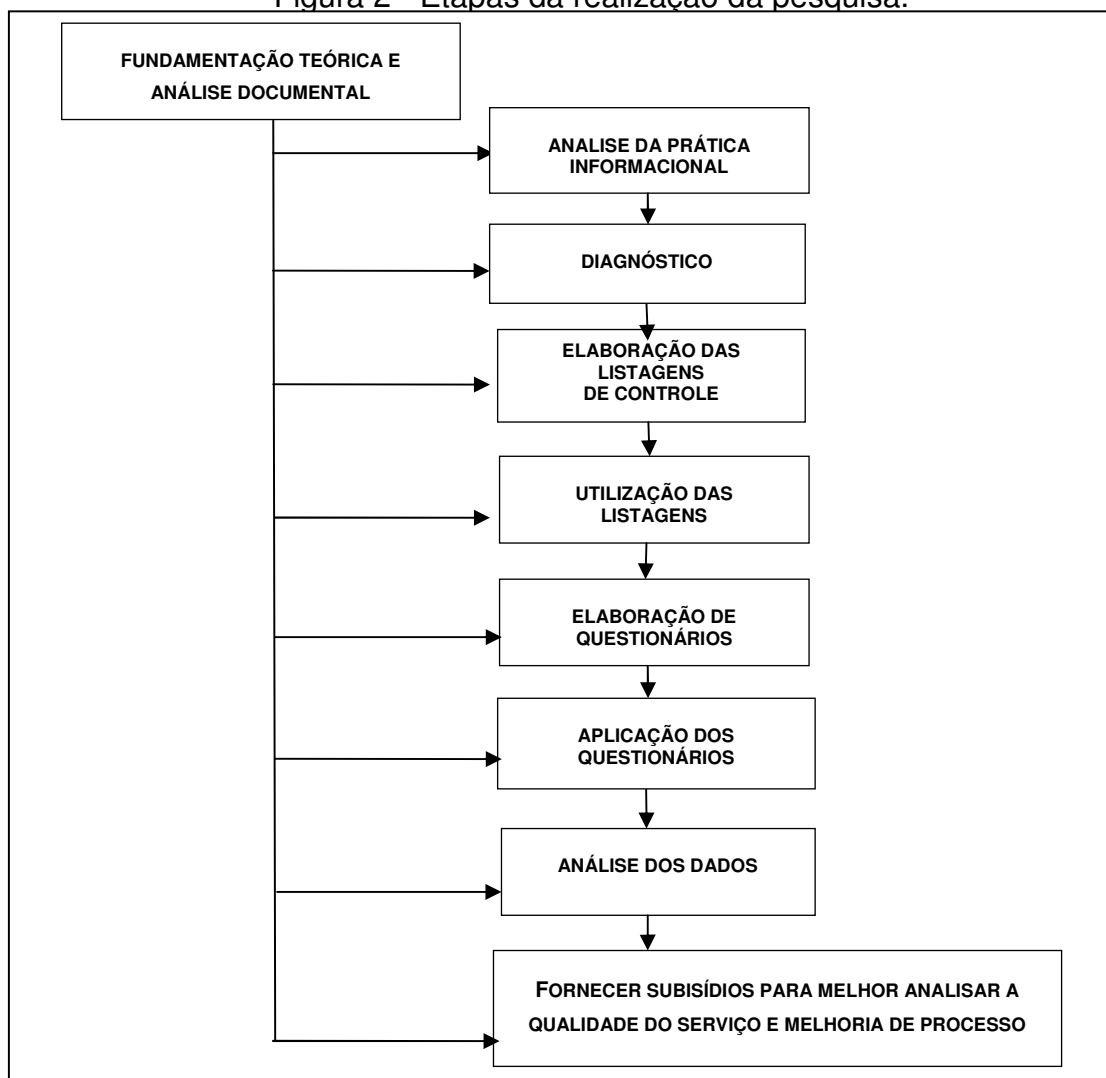
Objetivando analisar a gestão da informação em um serviço ambulatorial de um Hospital Público Universitário de Pernambuco, com a proposta da elaboração e aplicação de um modelo gerencial de informação, tendo como resultado a composição de listagens de controle de pacientes em espera de cirurgias, e quanto esta prática pode melhorar o processo organizacional da marcação cirúrgica e a qualidade de atendimento ao público, a presente pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas:

- Realização da fundamentação teórica através da busca bibliográfica, através de revistas especializadas, artigos científicos, livros e literatura especializados;
- Pesquisa documental utilizando documentos e dados do órgão em relação à prestação de serviços ofertados e realizados;
- Análise do contexto informacional do setor, objetivando caracterizar o principal fluxo de informação entre os usuários do serviço e as boas práticas de informação para com estes para que, de ciência do diagnóstico seja apontado seus principais gargalos;
- Elaboração das listagens de controle de pacientes em fila de espera para melhor gestão da informação;
- Utilização deste modelo para melhor controle das informações e melhor qualidade no atendimento e no processo de marcação cirúrgica;
- Elaboração do instrumento (questionários) para coletar os dados pretendidos para aferição da prática de gestão da informação através da utilização das listagens;
- Aplicação dos questionários para pacientes/usuários, chefia, residentes médicos, enfermeira, técnico de enfermagem e assistente em administração;

- A coleta dos dados foi realizada através da aplicação do questionário (apêndices B, C e D);
- A análise dos dados foi realizada através das repostas dos questionários, sendo estas tabuladas e analisadas estatisticamente para possibilitar uma leitura da percepção da população amostral referente ao tema estudado e respectiva apresentação dos resultados.

Para uma melhor compreensão de como o trabalho foi realizado, o quadro a seguir ilustra as etapas de realização da pesquisa:

Figura 2 - Etapas da realização da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa (2014).

3.2 Unidade de Análise

Segundo Yin (2004), a unidade de análise está relacionada com a definição do que o caso é, podendo ser ela um indivíduo, uma decisão, um programa ou sobre a implantação de um processo ou uma mudança organizacional. A definição da unidade de análise está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas.

Desta forma, foi realizado o estudo junto a um serviço ambulatorial de um Hospital Universitário de Pernambuco, tradicionalmente um Hospital Universitário (HU) se caracteriza por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, promovendo treinamento universitário na área de saúde sendo reconhecido oficialmente como hospital de ensino propiciando atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a população.

No Brasil, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde, que é uma unidade de saúde vinculada a uma instituição de ensino que tem como objetivo além de oferecer atendimento médico e hospitalar à população nas mais diversas áreas.

Considerado um hospital modelo entre as unidades universitárias de saúde, ele reúne profissionais renomados e serve de campo de atuação para centenas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social. Como órgão suplementar, tem como função básica apoiar o ensino de graduação e pós-graduação.

A instituição ocupa uma área física construída de 62 mil m². Os números ainda envolvem 175 consultórios de atendimento ambulatorial, 11 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo (adulto), dez leitos na Unidade de Tratamento Intensivo (neonatal), dez salas de centro cirúrgico, sete salas no centro cirúrgico ambulatorial e três salas no centro obstétrico².

² Fonte: Site institucional. Acesso em: 31 abr. 2014.

3.3 População-alvo

Segundo Roesch (2005) população é o grupo de pessoas que será relevante pesquisar. Segundo Lakatos e Marconi (2001) é necessário delimitar o grupo que fará parte da pesquisa, o que evita uma questão de pesquisa muito abrangente e sem um foco a seguir. No caso do serviço ambulatorial, o quadro de funcionário, evidenciado na pesquisa, totaliza 14 servidores entre estatutários e não permanentes (residentes), os demais são pacientes/usuários do serviço.

Portanto, o público-alvo está dividido em dois grupos: o corpo funcional contribuindo para a elaboração e prática do modelo de gestão da informação no processo de marcação cirúrgica, e uma amostra de usuários deste serviço contribuindo com a percepção de uso e melhoria da ferramenta proposta. Tem-se conforme tabela a seguir:

Tabela 1- População amostral

SETOR	CATEGORIA SÓCIO-PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	TOTAL DA POPULAÇÃO AMOSTRAL
SERVIÇO AMBULATORIAL	Pacientes	40	54
	Chefia	01	
	Médicos-Residentes	06	
	Supervisora de Enfermagem	01	
	Técnico de Enfermagem	01	
	Assistentes em Administração	05	

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

3.4 Métodos para coleta de dados

Foram realizados para a coleta os dados relacionados a este estudo: aplicação de questionários, conversas informais com os servidores públicos do ambulatório e com os pacientes deste serviço, relatórios de reuniões com o chefe do setor e com os residentes e análise de documentos da instituição.

Outros dados foram obtidos adicionalmente através da observação participante da autora, pois sendo servidora do setor em estudo foi possível um incremento na análise e levantamento de dados por meio da observação direta das atividades e serviços executados pela equipe objeto central deste estudo. Apresenta-se abaixo um quadro explicativo dos métodos de coleta de dados.

Quadro 1- Ferramentas para coleta de dados.

PRÁTICAS ADOTADAS PARA COLETA DE DADOS		
FERRAMENTAS	DESCRIÇÃO	FINALIDADE
Análise documental	Checagem de relatórios, fichas de atendimento, estatísticas mensais da ouvidoria e do NEPE – Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares.	Visão interna do serviço prestado bem como o objetivo organizacional.
Conversa informal (pacientes e funcionários)	Contato com a realidade livre do rigor de normas ou regras pré-dispostas	Verificação do nível de satisfação do serviço prestado, levantamento das dificuldades e melhorias no trabalho.
Questionário	Instrumento aplicado para delineamento de soluções e/ou avaliação de melhorias.	Aferir o perfil geral da amostra e ilustração do grau das melhorias proposta
Relatórios de Reuniões	Encontro programado com a equipe de trabalho, nos quais	Delimitar as dificuldades encontradas e propostas das

	foram gerados relatórios para consultas posteriores.	melhorias pretendidas
Observação participante	Relação direta e interativa entre pesquisadores e autores que busca a realidade de dada circunstância.	Observar atentamente de forma atuante um objeto para dele adquirir um conhecimento claro e preciso.

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

3.4.1 Questionário

O método exploratório de aplicação de questionários, no intuito de coletar dados, foi utilizado para conhecer a percepção dos usuários e funcionários e assim obter melhor compreensão e desenvolvimento da pesquisa. Segundo Gil (2002), “o questionário é a forma mais rápida e barata de obtenção de informações, além de garantir o anonimato e não exigir treinamento de pessoal”.

Por meio de dois tipos de questionário estruturados e fechados (apêndices B, C, e D), elaborados com dez perguntas e cinco alternativas sugestivas para escolha de uma resposta, a primeira parte visa o levantamento do perfil socioeconômico dos participantes, já a segunda visa obter as impressões dos pacientes/usuários e aferir a percepção dos funcionários em relação a qualidade de atendimento e a melhoria do processo organizacional de marcação cirúrgica.

Todas as questões são fechadas e respondidas numa escala de 0 (discordo totalmente) a 10 (concordo plenamente) que para o alinhamento do estudo apresentado considerou-se apenas cinco categorias. Dos 54 questionários distribuídos todos foram respondidos satisfatoriamente. O instrumento de medida adotado nesse estudo foi a escala de Likert, definida como:

Uma escala de medida com cinco categorias de respostas que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, e que exige que os participantes indiquem um grau de concordância ou de discordância com cada uma de uma série de afirmações relacionadas com os objetos de estímulo (MALHOTRA, 2001 p. 255).

A primeira parte do questionário é composta por cinco perguntas fechadas para identificação do perfil do entrevistado. A segunda parte constituída

também por cinco indagações trata da visão geral que o paciente/usuário tem da utilização das listagens de espera e da qualidade do serviço de atendimento prestado e qual a percepção dos funcionários quanto a melhoria do processo de marcação cirúrgica a partir da utilização das mesmas, respectivamente.

A elaboração do questionário foi com base na literatura e no próprio conhecimento que a autora possui sobre este tema. Para facilitar o posicionamento dos respondentes frente às afirmativas do questionário, optou-se por incluir as alternativas “sem condições de opinar” e “não respondeu”, para garantir maior liberdade de resposta.

3.5 Coleta e análise de dados

Os dados presentes nesta pesquisa foram coletados em três principais momentos: **Análise documental**, onde se buscou na Ouvidoria do Hospital, no NEPI (Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares) e nos relatórios do setor, nos dias 27 e 30 de Junho de 2014 os dados estatísticos sobre o número de consultas, marcações de cirurgias e reclamações e/ou elogios acerca dos serviços prestados pelo serviço ambulatorial referente ao período de Janeiro a Junho de 2014; **Relatórios de Reuniões** encontros acontecidos com a chefia e a equipe de funcionários em: Fev/12, Out/12, Mar/13 e Jun/13, nos quais foram gerados relatórios que serviram de base para consultas posteriores que embasaram esta pesquisa e finalizando a coleta, ocorreu a aplicação dos **Questionários**.

Os questionários foram aplicados pela própria autora *in loco* aos pacientes/usuários, funcionários, chefia e residentes do referido órgão, durante o horário de funcionamento do órgão, das 7h às 12h00 e das 13h00 às 16h00, no período de 02 a 20 de junho de 2014, sendo entregues na portaria de atendimento aos pacientes e aos demais participantes nos seus postos de trabalho. O prazo de aplicação fora estendido em três semanas consecutivas para atingir o maior número possível de pacientes, principalmente os de marcação cirúrgica que acontece apenas às sextas-feiras pela manhã.

Concomitante a utilização dos questionários, foi utilizado o método da observação participante, conforme Vergara (2003, p. 55), a observação pode contribuir para as análises dos fatos e situações surgidas durante toda a pesquisa, por buscar a realidade da execução dos serviços por parte dos pesquisados e participantes, e também porque a autora faz parte do quadro de funcionários e conhece a realidade diária do órgão em pesquisa.

Segundo Cervo e Bervian (1996, p. 24) “sem a observação, o estudo da realidade e das suas leis reduzir-se-á à simples conjectura e adivinhação”. Já que observar é aplicar atentamente os sentidos a um objeto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso. A aplicação da observação auxiliou e gerou um conhecimento sobre os serviços públicos oferecidos pelo setor evidenciado nesta pesquisa.

Após, a aplicação dos questionários e da observação, todos os dados foram tratados de forma a obter informações estatísticas e qualitativas, conforme orienta Cervo e Bervian (1996) a observação para ser precisa deve aliar valores quantitativos ao fenômeno observado, representando a realidade estudada com base no referencial. Permitindo ao pesquisador a emissão de uma conclusão com a máxima isenção e coerência dos fatos e condizente com as referências literárias.

Os dados foram tabulados com base em uma escala Likert, uma escala de respostas gradativa com a intenção de validar e ilustrar a pesquisa facilitando assim o entendimento do estudo atribuindo um escore numérico de acordo com o grau de concordância do entrevistado em relação a um determinado item.

Assim tem-se notas atribuídas de 0, 5, 7 e 10, sendo 0 (discordo totalmente), 5 (discordo), 7 (concordo), 10 (concordo totalmente) e sem opinião formada. Com esta metodologia, os resultados foram apresentados de forma que a interpretação dos dados fornecesse uma facilidade de compreensão da realidade encontrada na pesquisa.

Prosseguiu-se a tabulação no software Excel, expondo os resultados sob a forma de tabelas, sendo calculados os percentuais de cada item pesquisado. Para

um melhor entendimento, tanto dos dados como dos resultados, são apresentados os resultados obtidos em cada afirmativa presente nos questionários.

Segundo Lapponi, (2000, p.20) “a estatística ajuda a tomar decisões com informações incompletas, tendo presente que o sucesso da decisão dependerá da habilidade do analista para compreender as informações contidas nos dados”.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Contextualização do ambiente da pesquisa

4.1.1 O serviço ambulatorial

Considerado um Hospital modelo entre as unidades universitárias de saúde do Estado, o HU reúne profissionais renomados e serve de campo de atuação para muitos estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social.

No setor escolhido para a pesquisa, é oferecido diariamente a população serviços como atendimento ambulatorial, internação, cirurgias, além de encaminhamentos a exames e tratamentos o qual médicos/professores ministram práticas médicas junto ao corpo de Residência Médica.

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação (curso de especialização), caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, com a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

O serviço ambulatorial possui em sua totalidade 22 colaboradores, sendo eles: uma Chefia, cinco Médicos Especialistas, uma Gerente de Enfermagem, uma Técnica em Enfermagem, seis Residentes Médicos fixo por dois anos, uma Assistente Social, uma Psicóloga, uma Nutricionista e cinco Assistentes em Administração.

Para fins desta pesquisa, não entraram na população amostral a Assistente Social, a Nutricionista e a Psicóloga, pois são profissionais assistencialistas que atuam mais expressivamente no pós-cirúrgico não atuando precisamente na marcação cirúrgica e os médicos concursados, que atuam essencialmente como professores/orientadores não coordenando a utilização das listagens. O serviço ambulatorial está funcionalmente subdividido em:

- Equipe das pequenas cirurgias - atendimento de intervenções cirúrgicas pouco evasivas;

- Equipe do ambulatório - atendimento preliminar e acompanhamento dos pacientes encaminhados a este serviço.
- Equipe do bloco cirúrgico - Realização das cirurgias de grande porte.

4.1.2 Funcionamento do atendimento ambulatorial e marcação cirúrgica

Com um atendimento médio diário de 17 consultas e 78 cirurgias efetuadas por mês³, os pacientes têm como meio de marcação as formas de interconsulta, feitas por solicitação de outras especialidades do próprio Hospital; e encaminhamentos de outras unidades de saúde, sendo realizadas na central de marcação e apenas pessoalmente.

Ao dar entrada no ambulatório é gerado o prontuário do paciente e realizada a consulta preliminar, na qual para controle interno, pois o prontuário não fica disposto no setor, é preenchida uma ficha de primeiro atendimento (anexo A). Averiguado o estado do paciente, este é encaminhado para realização de uma bateria de exames e posterior marcação cirúrgica.

É importante salientar que este serviço em estudo trata-se exclusivamente de tratamentos invasivos de cirurgia, não se tratando de acompanhamento de doenças terapêuticas ou consultas de rotina. Diagnosticado a urgência do paciente, este após apresentar todos os resultados dos exames, classificados como aptos, são encaminhados à marcação cirúrgica que acontece toda sexta-feira pela manhã.

Tratando de um serviço público de saúde com uma demanda alta, os pacientes costumam configurar na fila de espera por cerca de um a dois anos, o que requer um acompanhamento humanizado e de informações precisas quanto aos motivos de espera ou remarcação.

³ Dados fornecidos pelo NEPE- Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares, referentes ao mês de Jan. 2014.

4.1.3 Análise e diagnóstico informacional

O serviço público é de certo, um serviço fragilizado de agilidade e capacidade de gerir com eficiência toda demanda de serviço oferecido.

Notória a dificuldade em notificar e /ou localizar dados dos pacientes para marcações cirúrgicas no setor aqui apresentado, havendo pouco controle das informações acerca de atendimento, procedimentos ou dados pessoais dos pacientes, ocasionando transtornos e falta de confiabilidade nas satisfações dadas aos pacientes e na própria troca de informações entre os funcionários.

Foi sensível a autora, diante desta situação a necessidade de melhor gerir as informações, pois a marcação cirúrgica é feita com base nas fichas de atendimento que contém informações determinantes do diagnóstico e resultado de exames dos pacientes.

A partir desta perspectiva, foi considerada a ideia de aplicar um modelo de gestão da informação que amenizasse o impacto de caos, desorganização e baixa confiabilidade das informações prestadas.

Inicialmente houve um estudo das necessidades de informação específica para este público/usuário/paciente, o que o setor tinha de informação registrada a respeito deste processo, como se dava o atendimento ao público na prestação das devidas informações e finalmente o que se tinha de sistema de informação para suporte.

Faz-se aqui necessário a pontuação dos entraves perceptível que incorriam na má gestão da informação no setor, que ao pontuá-los houve o primeiro passo para então sanar o problema e propor uma reestruturação confiável através do surgimento das listagens de acompanhamento e controle dos pacientes em espera de cirurgia:

Quadro 2 - Diagnóstico informacional do setor.

DIFICULDADES ENCONTRADAS	MELHORIAS PROPOSTAS
Informações incorretas, insuficientes ou incoerentes	Treinamento interno + Incorporação de Checklist

Fichas preenchidas com letras ilegíveis	Ficha de atendimento preenchida apenas com letra de forma
Suporte deteriorado, impressos errados	Padronização dos impressos
Falhas de comunicação	Checagem de procedimentos com a Enfermeira
Falta de sinergia da equipe	Reuniões periódicas, treinamento e dinâmica de grupo
Ausência de local apropriado para arquivamento das fichas de atendimento	Estruturação de prateleiras com pastas de fácil acesso
Atendimentos errados	Triagem antecipada dos pacientes feita pela Técnica em Enfermagem
Falta de comprometimento da equipe	Treinamento e dinâmicas de grupo com mais momentos de interação.

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

A análise inicial desses entraves do setor foi para que houvesse um trabalho de qualidade em relação ao atendimento aos pacientes e melhoria do processo de marcação cirúrgica, sendo estas duas atividades primordiais. Um dos principais problemas que envolveu a implantação de um modelo de gestão da informação estava intrinsecamente relacionado à cultura do setor, ou seja, refletia de maneira clara a forma, a maneira, o jeito e a execução de realizar as atividades cotidianas.

Outro ponto tratado foi a falta de encadeamento das informações que compõe o processo de marcação cirúrgica, onde todos os profissionais dentro de suas atribuições específicas não se interagiam ocasionando falhas na comunicação. A divisão de tarefas bem definidas, porém, com um fluxo de informação coerente e com feedback constante diminuiria bastantes erros pequenos mais extremamente prejudiciais.

Todos os entraves levantados para que houvesse um trabalho de melhoria em relação a eles, aqui destacados, foram compreendidos como fundamentais para o destaque das primeiras percepções de melhorias, o que não torna outros menos fundamentais.

Em seis meses de trabalho para implantação das listagens foi necessário um esforço maior em lidar com o estado de indulgência e comodismo do grupo de trabalho, que ora refletia bem a cultura enraizada da morosidade do serviço do serviço público.

Modificar a forma com que cada um já estava acostumado a realizar as atividades, e, por conseguinte, aumentar o nível de organização, controle e assertividade das informações fora o que mais ocasionou impacto e resistência, foi necessário um trabalho diário que envolveu a motivação dos colaboradores, a estipulação de novos processos organizacionais e a definição de novas rotinas de trabalho causando em muitos momentos o trabalho ou incentivo de poucos funcionários da equipe e não de todos como se esperava.

4.1.4 Proposta de modelo: Listagens de controle dos pacientes em fila de espera de cirurgia

Após o diagnóstico, houve uma reunião com a chefia do setor, com os médicos residentes e com o servidor público responsável (autora) para formular a melhor maneira de alimentação, controle, apresentação e acesso de tais informações. Como o Hospital não dispõe de um sistema de informação integrado optou-se por um controle interno de quatro tabelas confeccionadas no programa Excel, classificadas de acordo com o tipo de cirurgia (hérnias bloco cirúrgico com 308 pacientes cadastrados, hérnia pequena cirurgia com 269 pacientes cadastrados, vesícula com 85 pacientes cadastrados e proctologia com 60 pacientes cadastrados), inicializadas com a digitação dos dados de todas as fichas de atendimento dos pacientes dos últimos quatro anos, no qual os campos de controle da tabela seriam os mesmos das fichas de atendimento: data de atendimento, nome, registro, idade, diagnóstico, cirurgia, parecer cardiológico, telefone, observações, nome do residente que atendeu, situação (exames prontos e/ou pacientes em espera).

O indicador de controle de posicionamento na lista, ou seja, a ordem de classificação dos pacientes deu-se por data de consulta, havendo vários atendimentos na mesma data, a prioridade de posição seria por idade.

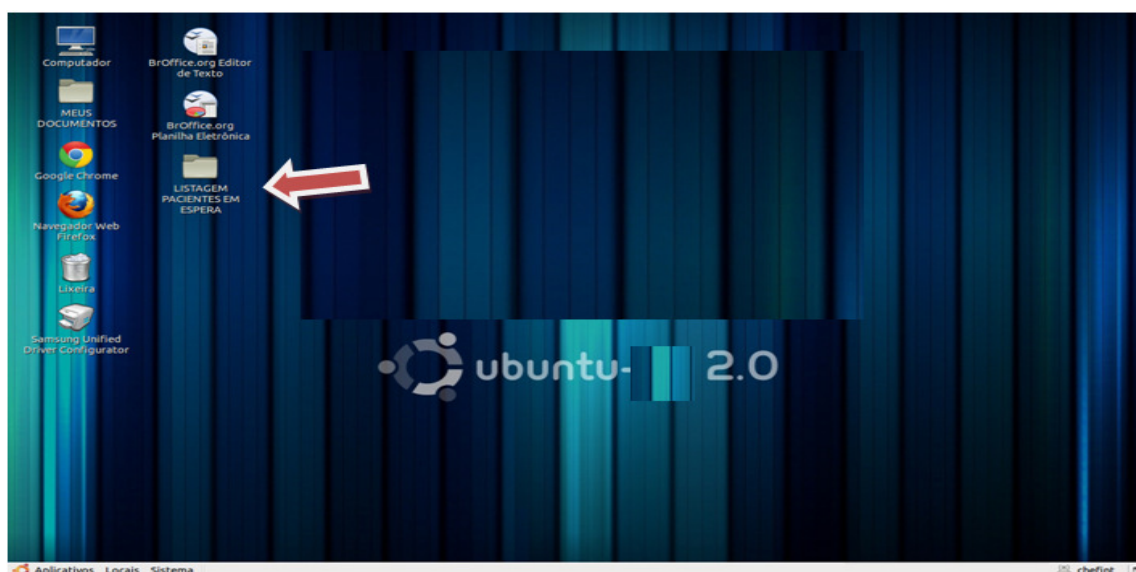
Imprescindível também se ter as notações de observações e prioridades, todas transcritas de forma destacada em caixa alta e cor da fonte vermelha.

A operacionalização das listas se deu através da inserção de novos pacientes semanalmente (as sexta-feira), havendo o cuidado de se aferir o novo nome de entrada na listagem, através da ferramenta de localização Ctrl + L, para que não ocorresse a duplicidade de nomes como também a retirada de pacientes já operados mensalmente (primeira sexta-feira do mês).

Após a confecção das listagens, ouve então uma integralização das principais informações a respeito dos pacientes em espera e uma reunião onde todos os envolvidos foram informados da importância da sintonia das atividades, como o primeiro atendimento ao paciente, das anotações com letra legível nas fichas de atendimento para posterior digitação e do atendimento ao público.

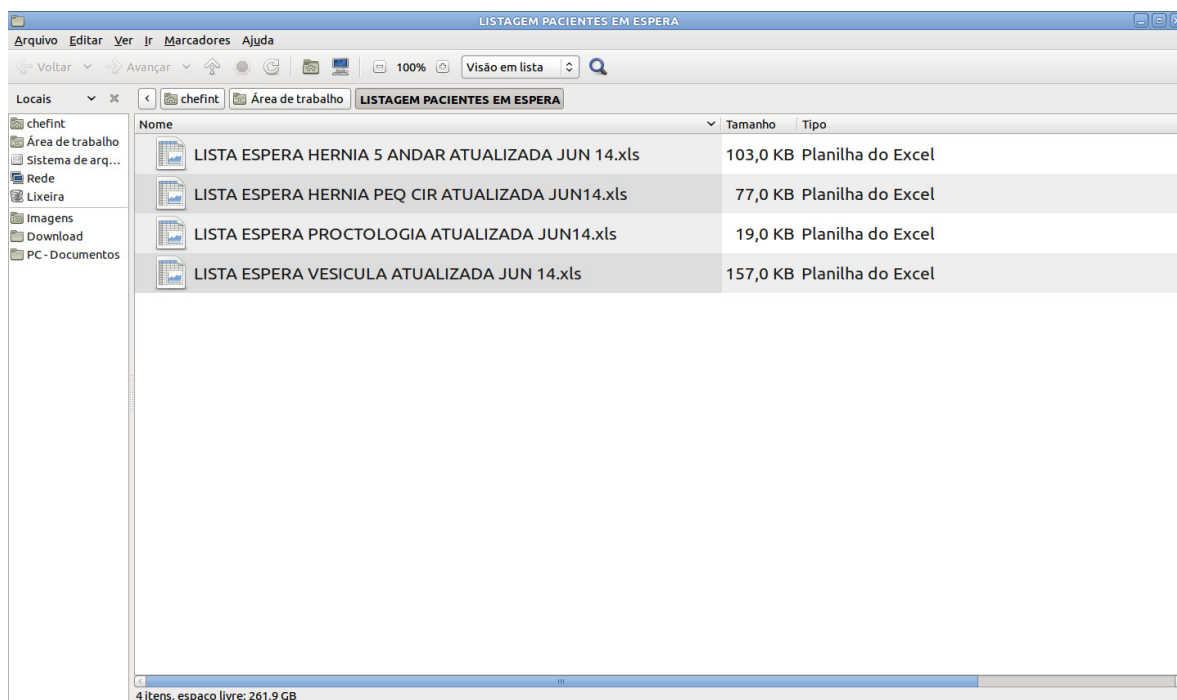
Começou-se desde a primeira consulta a instruir os pacientes quanto aos procedimentos de entrada na lista e sua posterior verificação, pessoalmente no balcão de atendimento ou por telefone. Também ouve modificação quanto a prestação de informação, antes de prestá-la, o servidor verifica primeiro as listas para então prosseguir no atendimento. A seguir para visualização, têm-se os *prints screens* das referidas listagens:

Figura 3 - Localização das listagens de acompanhamento



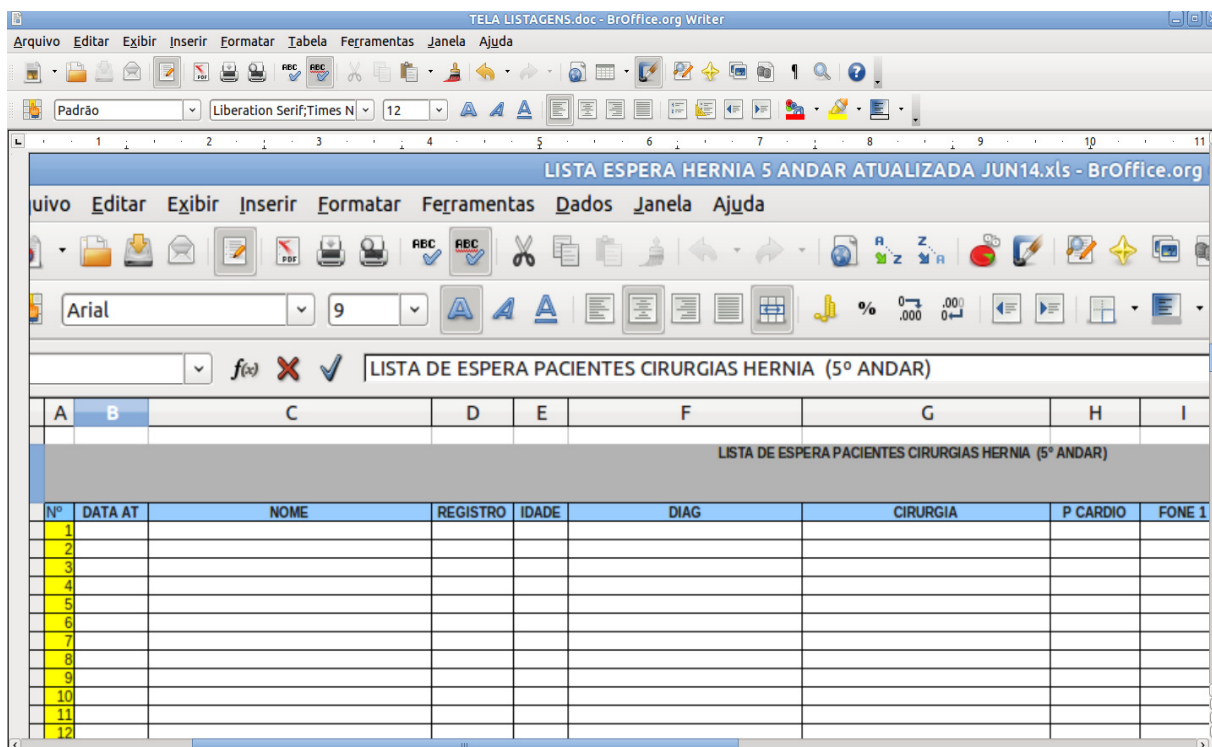
Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Figura 4 - Listagens de acompanhamento I



Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Figura 5 - Listagens de acompanhamento II



Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Figura 6 - Listagens de acompanhamento III

AR ATUALIZADA JUN14.xls - BrOffice.org Calc

(5º ANDAR)

RA PACIENTES CIRURGIAS HERNIA (5º ANDAR)

CIRURGIA	P CARDIO	FONE 1	FONE 2	OBS	RESIDENTE	SITUACAO

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Figura 7 - Listagens de acompanhamento IV

LISTA ESPERA HERNIOPLASTIA 5 ANDAR ATUALIZADA JUN 14.xls - BrOffice.org Calc

A304 f(x) Σ = 308

A	B	C	D	E	F	G
286						
287						
288						
289						
290						
291						
292						
293						
294						
295						
296						
297						
298						
299						
300						
301						
302						
303						
304						
305						
306						
307						

Localizar e substituir

Procurar por: [] Localizar Localizar todos

Substituir por: [] Substituir Substituir todos

☐ Diferenciar maiúsculas de minúsculas

☐ Células inteiras

Mais opções Ajuda Fechar

Planilha 1 / 3 PageStyle_Planilha1 PADRÃO Soma=308 170%

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Após o levantamento dos entraves informacionais do setor, inicializa a utilização das listagens de controle dos pacientes em fila de espera de cirurgia. A sistematização inicial das listagens dá-se com o atendimento do paciente e preenchimento da ficha de atendimento.

Logo após, as fichas são arquivadas para digitação, em pastas devidamente sinalizadas e localizadas em um birô em frente às salas de atendimento de acordo com o tipo de cirurgias.

Os pacientes são instruídos para acompanhar seu posicionamento na lista tanto pessoalmente, no balcão de atendimento ou por telefone. Para melhor delineamento apresenta-se abaixo a utilização das listagens pelos grupos distintos que compõe os principais usuários desse instrumento:

Quadro 3 - Utilização e benefícios das Listagens

CATEGORIA	UTILIZAÇÃO	BENEFÍCIOS
Pacientes	Após consulta e apresentação dos exames, as instruções de acompanhamento são dadas pelo médico. Pacientes são informados que seu nome entrou na listagem. O acompanhamento pode ser feito tanto presencial ou por telefone, bastando informar nome, tipo de cirurgia e número de prontuário.	Pode saber com precisão a evolução do seu posicionamento e em muitos casos os motivos da demora.
Médicos e Residentes	Toda quarta-feira são impressas as listagens atualizadas que são utilizadas para entrar em contato com os pacientes para convocação da marcação cirúrgica na sexta-feira. Caso falte algum paciente, as mesmas listagens são utilizadas para marcação via telefone.	Controle e confiabilidade das informações. Precisão dos dados pessoais concentrado em um único lugar, acarretando ganho de tempo na marcação cirúrgica que passou de 04:00h para 03:00h de duração ⁴ .

⁴ Tempo médio estimado na duração do processo de marcação cirúrgica comprovado pela própria autora que trabalha diretamente na etapa de digitação da programação cirúrgica, em se tratando de um dia sem intercorrências de urgências, eventualidades ou motivos de força maior.

Chefia	Recebimento mensal de relatório estatístico contendo toda a movimentação quantitativa das cirurgias para apresentação de desempenho do setor para Direção do hospital.	Demonstrativo do quantitativo de pacientes em espera de cirurgias, dados estatísticos das causas de suspensão de cirurgias ocasionando retardo em novas chamadas.
Funcionários	Rapidez no acesso, confiabilidade e controle das informações dos pacientes.	Maior segurança na prestação de informações.

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Abaixo um quadro demonstrativo das principais relevâncias das informações geradas pelas listagens de controle:

Quadro 4 - Relevância das informações geradas pelas listagens

PRINCIPAIS RELEVÂNCIAS DAS INFORMAÇÕES GERADAS PELAS LISTAGENS DE CONTROLE
• Posicionamento e evolução do paciente; • Precisão dos dados pessoais dos pacientes; • Demonstrativo do desempenho do setor; • Apresentação quantitativa de marcação cirúrgica; • Precisão nos motivos de espera e/ou remarcação de cirurgias. • Rapidez no processo de marcação; • Melhoria no atendimento ao público quanto a esclarecimentos e dúvidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

4.1.5 Aplicação do modelo de gestão informacional

4.1.5.1 Demonstração dos resultados

Esta pesquisa analisou a gestão da informação em um serviço ambulatorial de um Hospital Universitário de Pernambuco, que através da elaboração e aplicação de um modelo gerencial de informação, no qual há o controle e acompanhamento de pacientes em fila de espera cirúrgica surgiram as listagens de controle e acompanhamento de pacientes em fila de espera cirúrgica.

Para saber a aceitação e o funcionamento das listagens neste setor público, foi realizada a avaliação na opinião de seus usuários (pacientes e funcionários) através da aplicação de questionários, como também os resultados apontados através de dados oficiais fornecidos pelos setores do NEPI – Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares e Ouvidoria do Hospital respectivamente. A seguir podem ser visualizados nas tabelas, os resultados obtidos:

Tabela 1 - Resultados perfis da população amostral

CATEGORIAS	ALTERNATIVAS	%	UNIDADES	TOTAL
ESCOLARIDADE	ANALFABETO	3,7%	2	54
	FUNDAMENTAL	22,3%	12	
	MÉDIO	50,0%	27	
	SUPERIOR	24,0%	13	
FAIXA ETÁRIA	ATÉ 30 ANOS	5,55%	3	54
	DE 31 A 50 ANOS	75,92%	41	
	DE 51 A 70 ANOS	12,98%	7	
	MAIS DE 70 ANOS	5,55%	3	
PROCEDÊNCIA	INTERIOR PE	37,03%	20	54
	REGIÃO METROPOLITANA	61,12%	33	
	OUTRO ESTADO	1,85%	1	

FAIXA SALARIAL	ESTRANGEIRO	0%	0	54
	1 A 3 SALÁRIOS MINIMO	79,63%	43	
	4 A 6 SALÁRIOS MINIMO	3,7%	2	
	7 A 10 SALÁRIOS MINIMO	0%	0	
	MAIS DE 10 SALÁRIOS MINIMO	1,85%	1	
	NÃO RESPONDEU	14,82%	8	
SEXO	FEMININO	40,75%	22	54
	MASCULINO	59,25%	32	

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

A análise do perfil social mostra características bem marcantes no cotidiano do Hospital Público em foco, em sua grande maioria a escolaridade é o ensino médio e todos que possuem nível superior fazem parte do corpo de funcionário.

A faixa etária de maior expressão são os que estão entre 31 e 50 anos, enquanto que na população estudada apenas três pacientes fizeram parte da amostra apresentando mais de 70 anos, no somatório das cinco listas existem 32 pacientes nesta faixa de idade.

Quanto a procedência dos pesquisados, todos que apontam ser do interior do Estado são pacientes e todos os funcionários são da região metropolitana e sobre o gênero ficou bastante equilibrado a representação dos dois sexos.

Por fim salientando a faixa salarial foi o único item que fora marcada a alternativa de “não respondeu” talvez pela questão cultural de não se revelar a situação econômica, apenas um respondente afirmou perceber mais de dez salários mínimos, no restante os demais se enquadram entre um e três salários mínimos.

Tabela 2- Percepção do Paciente sobre o Atendimento recebido

AFIRMAÇÕES	RESULTADO (40)				
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA

1-Tenho acesso fácil às informações sobre a marcação cirúrgica	75 %	20 %	5 %	0 %	0 %
2-Os funcionários prestam informações corretas, completas, claras e simples	5%	15%	65%	15%	0 %
3-Sou recebido com boa vontade e me respondem todas as perguntas	2,5%	15%	5%	77,5%	0 %
4-Se tenho algum problema sempre recorro ao setor de reclamações/ouvidoria	0%	2,5%	0%	97,5%	0 %
5-Estou satisfeito com o atendimento para marcação cirúrgica	0%	5%	15%	80%	0 %

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Para um melhor entendimento dos dados referentes a melhorias de atendimento para os pacientes, decorrente da utilização das listagens de acompanhamento, constatou-se que os fatores de melhorias mais presentes na dimensão avaliada foram:

- Tem-se informações mais corretas e mais confiáveis por parte dos funcionários (Médicos, residentes, Assistentes Administrativos e Técnicos de Enfermagem) e que os mesmos buscam averiguar os dados junto as listagens antes de passar a informação;
- Confirmam serem bem atendidos e em sua maioria recebem as informações que procuram de forma simples e clara;
- Notadamente estão bem atentos ao serviço de reclamações e de ouvidoria, pois por unanimidade se algo estiver errado procuram tais setores.

Já os indicadores que sinalizam poucas melhorias e qualidade foram:

- Ponto em destaque de entrave mostra-se quanto ao acesso facilitado as informações, que se mostrou precário, se o paciente não buscar de forma continuada as informações pertinentes ao seu tratamento, estas não serão nem estarão disponíveis facilmente.

Tabela 3- Percepção do paciente sobre o processo organizacional de marcação cirúrgica.

AFIRMAÇÕES	RESULTADO (40)				
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
1-Sinto-me seguro quanto ao sistema de colocação na listagem de espera	5%	7,5%	12,5%	75%	0 %
2-As informações contidas e prestadas nas listagens são corretas e seguras	0%	0%	15%	85%	0 %
3-O tempo de espera para marcação cirúrgica é satisfatório	100%	0%	0%	0%	0 %
4-Estou satisfeito com o método de marcação cirúrgica (uso das listagens)	0%	5%	25%	70%	0 %
5-Sei exatamente minha posição e acompanho frequentemente a atualização das listagens	0%	25%	25%	50%	0 %

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Quanto aos processos, as nuances mais acentuadas diante dos resultados obtidos foram:

- Os pacientes acharam seguro a colocação dos nomes nas listagens e afirmaram em sua grande maioria acompanhar seu posicionamento na lista frequentemente;
- Mostram-se satisfeito com a nova metodologia de marcação de consulta.

Pontos negativos apresentados:

- Em sua totalidade, independente do método adotado para melhoria da marcação o tempo de espera por uma cirurgia ainda é um grande agravante de insatisfação.

Tabela 4- Percepção dos funcionários sobre o atendimento prestado.

AFIRMAÇÕES	RESULTADO (14)				
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
1-Respondo prontamente às solicitações de informação a respeito da marcação cirúrgica	0%	0%	42,84%	57,2%	0%
2-Para melhor atendimento julgo importante a capacitação, treinamento e alinhamento da equipe	0%	0%	28,6%	71,5%	0%
3-Procuro emitir documentos e informações sem erros no menor tempo possível	0%	0%	14,3%	85,8%	0%
4-Compreendo a importância e necessidade de melhor prestar informações corretas ao paciente	0%	0%	0%	100%	0%
5-Nos reunimos para avaliar o desempenho do atendimento e das informações prestadas	85,8%	14,3%	0%	0%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Quanto à perspectiva do funcionário:

- Em sua maioria os funcionários responde prontamente às solicitações e questionamento dos pacientes referentes a marcação cirúrgica, também procurando emitir documentos e informações sem erros no menor tempo possível. Compreendendo a importância e necessidade de melhor prestar informações corretas ao paciente;
- Julga importante a capacitação, treinamento e alinhamento da equipe e que isto reflete em um melhor atendimento.

Os fatores de menor expressividade em termos de melhoria foram:

- Ao enxergar a importância de treinamento e capacitação para melhor atendimento, se destaca entre a maioria dos funcionários a falta de maior interação do grupo e reuniões para avaliação do desempenho do atendimento e das informações prestadas e como é importante tal fator.

Tabela 5 - Percepção dos Funcionários sobre o processo organizacional de marcação cirúrgica.

AFIRMAÇÕES	RESULTADO (14)				
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
1-As informações do paciente para a marcação cirúrgica estão sempre corretas e de fácil acesso	0%	14,3%	21,45%	64,35%	0%
2-O tempo médio para o processo de marcação é satisfatório	0%	0%	42,9%	57,2%	0%
3-Obtenho com facilidade informações dos pacientes em espera de cirurgias para relatórios, dados estatísticos, tomada de decisão	7,15%	0%	57,2%	35,75%	0%
4-Sinto-me seguro ao utilizar as listagens de acompanhamento de pacientes em espera de cirurgia	0%	0%	7,15%	92,95%	0%
5-São satisfatórios os resultados obtidos com a utilização das listagens de acompanhamento de pacientes em espera de cirurgia	0%	0%	50%	50%	0%

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Com base nos indicativos da melhoria de processos para os funcionários apresentou-se:

- Foi evidenciado de forma bastante entusiasmada a melhoria no processo de marcação cirúrgica, com redução do tempo da atividade de marcação, pois as informações necessárias estão ordenadas nas listagens;
- Enxergam a importância de maior precisão e detalhes nos dados coletados, na organização e no armazenamento destas informações;
- Sentem-se seguros com a utilização das listagens e são satisfatórios os resultados obtidos.

Demonstrados os fatores que ainda precisam de melhoria:

- No geral os resultados apontam que houve uma sensível melhoria no processo de marcação cirúrgica para os funcionários envolvidos, porém o fator de maior atenção é a importância e necessidade de melhor prestar informações

corretas ao paciente, no entanto a boa prática de reuniões, avaliações e treinamento para melhor atender aos pacientes inexistem, ocasionando uma ruptura no que se é esperado e no que se é praticado de fato.

Para melhor ilustração dos resultados dos dados documentais coletados junto ao órgão, seguem tabelas a seguir:

Tabela 6 - Demonstrativo de atendimentos dos meses de janeiro a junho de 2014.

MESES	CONSULTA AMBULATORIAL	CIRURGIAS EFETUADAS
Janeiro	355	78
Fevereiro	272	80
Março	189	69
Abril	127	91
Maio	102	86
Junho	177	85
TOTAL	1222	489

Fonte: NEPI – Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares (2014).

Tabela 7- Demonstrativo de reclamações do serviço ambulatorial – Meses Abril / 2012 e Abril / 2014 (2014).

MESES	RECLAMAÇÕES ATENDIMENTO	RECLAMAÇÕES REMARCAÇÕES CIRÚRGICAS
Abril/2012	187	198
Abril / 2014	72	57
TOTAL	259	255

Fonte: Ouvidoria do Hospital (2014).

Sobre estes demonstrativos, pode-se ao examinar o comparativo do espaço de tempo estudado, que o setor possui um atendimento médio elevado, com demandas de consultas e cirurgias de grande volume. Portanto é um setor que precisa está muito bem aparado quanto as demandas de informações para com efetividade e eficiência atender a população usuárias do serviço.

No quesito Ouvidoria, setor que acolhe primordialmente as queixas dos pacientes em relação a atendimento ou demanda reprimida (cirurgias ou consultas remarcadas), ouve uma significativa diminuição dos resultados quanto as queixas sobre atendimento e remarcações cirúrgicas, no comparativo do mês de Abril de 2012, ano em que não se tinha o apoio das listagens com o mês de Abril de 2014 período como o uso das listagens já consolidado.

De certo, não há um detalhamento mais minucioso da Ouvidoria que possa precisar se essa diminuição está diretamente relacionada à efetividade das listagens, pois os dados evidenciados apresentam-se desta forma, estatisticamente, não considerando em seus relatórios, levantamentos dos motivos intrínsecos do aumento ou diminuição de reclamações trazidas a este setor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que a qualidade é a maximização da expectativa do cliente, isto é, o cliente considera um serviço de qualidade quando suas necessidades são atendidas, ou seja, o sucesso é atingido.

É salutar dizer que, a rigor, os padrões de bons serviços aos cidadãos devem ser observados junto aos próprios usuários, verificando o que desejam. Portanto, passa a ser crucial a realização de pesquisas junto aos cidadãos-usuários, de forma a obter informações a respeito de suas necessidades, bem como sobre formas de melhorar o atendimento.

Diante dessa realidade, este trabalho teve como objetivo analisar a gestão da informação no serviço ambulatorial de um hospital público universitário. A partir dessa perspectiva, com a proposta da elaboração e aplicação de um modelo gerencial de informação, no qual há o controle e acompanhamento de pacientes em fila de espera cirúrgica surgiram as listagens de controle, e para identificar os atributos de qualidade e melhoria no atendimento ao público e no processo de espera e marcação cirúrgica, ouve a necessidade de mensurar a percepção dos usuários desses serviços quanto à qualidade, confiabilidade, presteza e segurança dos serviços prestados no atendimento ambulatorial e na marcação cirúrgica.

A análise dos dados fez-se considerar que os serviços, após a adoção das listagens são prestados de forma satisfatória, contudo alguns aspectos ainda precisam de atenção, por parte dos prestadores de serviços (funcionários), para que seja atingida a excelência esperada pelo cidadão.

Na saúde pública especificamente, as informações também exercem seu papel estratégico quando utilizadas como subsídios aos processos de tomada de decisão. As informações oferecem alicerces seguros aos tomadores de decisão, entretanto, só fazem sentido se forem analisados, interpretados e contextualizados à realidade.

Esta pesquisa confirmou a gestão da informação como ferramenta primordial para um bom funcionamento do processo organizacional de marcação de consultas, que embora o recurso informação seja extremamente vital e bastante

requisitado no setor saúde, carece de técnicas eficientes de disponibilização e de acesso.

Assim, o modelo de gestão da informação aqui apresentado surge como alternativa de solução às deficiências apontadas. Conforme previsto inicialmente, a metodologia aplicada nesta pesquisa possibilitou o alcance de todos os objetivos inicialmente propostos.

Este modelo posto em prática, a princípio simplista sem meios tecnológicos avançados, muito do esforço feito manualmente, dada a carência já sabida de recursos no setor público, foi percebido de forma estratégica e de grande valia na requalificação do processo de marcação cirúrgica, notadamente eliminando o retrabalho da equipe e instaurando a confiança nos pacientes quanto às informações prestadas.

Como resultado geral, obteve-se a análise da gestão da informação como prática na elaboração das listagens de controle dos pacientes em espera de cirurgias. Uma vez aplicado, este modelo tornou-se passível de mensuração de melhorias e qualidade, no que diz respeito ao uso e a geração de informação no atendimento ao público e no processo organizacional de marcação cirúrgica.

Pelos questionários distribuídos, foi possível identificar os aspectos essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa:

- Identificação de melhorias no atendimento;
- Identificação da importância de melhor gerir as informações;
- Identificação da precariedade de capacitação e interação da equipe;
- Identificação da disposição dos pacientes em procurar o serviço de reclamação e ouvidoria;
- Identificação da confiabilidade da informação tratada e organizada.

Quanto à ciência da informação, esta se preocupa em esclarecer um problema social concreto, o da informação, voltando-se para o ser social que procura informação, se coloca então, em um patamar que amplia o campo das

ciências sociais aplicadas, tornando-se um meio de acesso a uma compreensão do social e do cultural (LE COADIC, 1996).

Partindo dessa compreensão, esta pesquisa oferece contribuições importantes às Ciências Sociais aplicadas, à Ciência da Informação e a novas pesquisas, dentre as quais pode-se destacar a oferta de melhorias no ambiente organizacional notadamente na tomada de decisão, o estímulo das discussões sobre o desenvolvimento de novos modelos de gestão e uso de informação e de conhecimento no ambiente das organizações públicas.

Além das contribuições voltadas às Ciências Aplicadas e a Ciência da Informação, destaca-se também a contribuição aos gestores da saúde pública dos HUs pois a potencialização da produção, da gestão e do uso de recursos de informação melhora o ciclo do processo decisório em toda a sua extensão, conferindo melhor desempenho dos gestores em prol do desenvolvimento do Setor da Saúde dessa região.

O grande desafio enfrentado no desenvolvimento dessa pesquisa foi a ausência de literatura na área pública de saúde. Na falta de livros específicos, foi preciso uma busca minuciosa em artigos científicos.

Por ter sido uma pesquisa em um Hospital Público, houve todo um cuidado para não expor dados pessoais dos entrevistados e com isso demandou um tempo maior de preparo dos questionários e atenção dos dados colhidos.

Quanto a população-alvo, por ser composta somente em um ambulatório, devido ao tempo de pesquisa, não permitiu a comparação ou estudo aprofundado nos ambulatórios de todo o hospital, assim obtendo maior subsídio para o modelo de gestão da informação.

Outro entrave observado foi a questão da cultura organizacional, a resistência dos servidores públicos na adoção das listagens como uma nova ferramenta facilitadora do processo de marcação cirúrgica. Notadamente um processo simples demorou um pouco para o engajamento de toda a equipe, sendo inicialmente um trabalho feito apenas por um funcionário.

O objetivo deste trabalho, ao que foi proposto, foi seguramente alcançado, pois tinha o cunho de analisar a gestão da informação em um serviço ambulatorial e aplicar um modelo gerencial de informação. Este tema da pesquisa não se encontra encerrado, haja vista que o campo da ciência da informação e a atuação do gestor da informação são irrestritos e há latente necessidade de aperfeiçoamento e estudo.

Então, a partir dos resultados dessa pesquisa e das conclusões por elas apresentadas sugere-se para pesquisas futuras um maior aprofundamento referente a atuação do Gestor da Informação no setor público e quais são as atuações do Estado frente ao acesso e uso da informação pública, também será de grande importância novos estudos na área de fluxo da informação no setor público e e-Government.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

ARAÚJO, Eliany Alvarenga de. Informação, sociedade e cidadania: gestão da informação no contexto de organizações não governamentais (ONGs) brasileiras. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 155-167, mai./ago. 1999.

BARBOSA, R. **Valorizando o cliente interno**: Em busca pela qualidade na prestação de serviços. 2007. Disponível em: <http://www.ietec.com.br/ietec/techoje/techoje/gestaodeservicos/2004/02/20/2004_02_20_0004.2xt/-template_interna> Acesso em: 22 jun. 2014.

BARROS, M. E. D. **Política de saúde**: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, A. M. (org.). Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997. cap. 6. p.113-133.

BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde**: uma Ciência e suas Políticas em uma nova Era. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Decreto Nº 6.932, DE 11 de Agosto de 2009. Dispõe sobre a simplificação do atendimento público prestado ao cidadão, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma em documentos produzidos no Brasil, institui a “Carta de Serviços ao Cidadão” e dá outras providências, Brasília, DF. D.O.U. de 12 ago. 2009, P. 5.

BRASIL. Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF. D.O.U. de 18 nov. 2011, P. 1 (EDIÇÃO EXTRA).

BRASIL. Lei orgânica da saúde nº 8080. Brasília, DF. D.O.U, de 19 set. 1990, nº182, p. 19055-18694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial Portaria nº 881, Brasília, DF. DOU de 19 de Junho de 2001. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** –Disponível em:<http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf> Acesso em: 17 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. **Diretriz conceitual da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em:<<http://dtr2010.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2000a. Brasília, DF, Disponível em:<http://dtr2000.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:<http://dtr2009.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, caderno 1. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, caderno 1. Brasília, DF, 2011. Disponível em:<http://dtr2011.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. **Cadernos de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Programa de saúde da família. Brasília, DF, 2010d.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**. ENAP: ano 49, número 1, jan-mar, 1998.

BURLTON, R. T. **Estratégia Gerencial para a Melhoria de Processos, Produtos e Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002.

CAMARGO JR., KR, COELI, CM, MORENO, AB. Informação e Avaliação em Saúde. In: MATTA, G. C. & PONTES, A.L. de. **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p.251-266.

CARR, David K, LITTMAN, Ian D. **Excelência nos serviços públicos: gestão da qualidade total na década de 90**. Rio de Janeiro: Qualitymark , 1992.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Tradução de Roneide Venâncio Majer. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

CARVALHO, E. L. **Informação orgânica**: recurso estratégico para tomada de decisão pelos membros do Conselho de Administração da Universidade Estadual de Londrina. 2001. 93f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo 2001. Disponível em: , <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1703>>. Acesso em: 17 jun.2014.

CARVALHO, Marly Monteiro; PALADINI, Edson Pacheco (coord.). **Gestão da qualidade**: teoria e casos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CAULLIRAUX, H. YUKI, M. **Gestão Pública e Reforma Administrativa**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2004.

CERVO, Amado Luiz. BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

Cartilha Acesso à Informação Pública: Uma introdução à Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Controladoria Geral da União – CGU. Imprensa Nacional. Brasília, 2011.

CUNHA, Carlos Mendes da Silveira. O Conceito de Serviço Público: O caso do serviço público postal e a era digital. **Clubjus**, Brasília-DF: 24 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.clubjus.com.br/cbjur.php?artigos&ver=2.19950>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

DAVENPORT, T. H. **Reengenharia de Processos** - Como inovar na empresa através da tecnologia da informação. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

_____. **Ecologia da informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 1998.

_____. **Ecologia da informação**: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. 2. ed. São Paulo: Futura, 2000. 316 p.

_____; MARCHAND, Donald A.; DICKSON, Tim. **Dominando a gestão da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2004. 402 p.

_____; PRUSAK, L.. **Conhecimento empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

_____; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Trad.: Lenke Peres. 3. ed., Rio de Janeiro: Campus, 2001.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.

DRAGO, L. M. B. “**Servindo a dois senhores**”: a gestão do Hucam entre o ensino e a assistência. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-graduação em Política Social, Vitória, 2011. 210f.

DRUCKER, P. **A comunidade do futuro**: ideias para uma nova comunidade. In: HESSELBEIN, F. et al. *Civilizando a cidade*. São Paulo: Futura, 1999. p. 13 – 18.

FERREIRA, M. C. **Serviço de Atendimento ao público**: O que é? Como analisá-lo? Esboço uma abordagem teórico- metodológica em Ergonomia. Brasília: Laboratório de Ergonomia, Universidade de Brasília, 1999.

FREIXO, Aurora. Gestão da informação no estado brasileiro: aplicação da legislação sob a ótica das estruturas organizacionais e dos sistemas. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - **CINFORM**, 5., 2004, Salvador. Anais... Salvador: EDUFBA, ICI, 2004. p. 59-66.

FRESNEDA, Paulo Sérgio Vilches. **Transformando organizações públicas**: a tecnologia da informação como fator propulsor de mudança. Brasília: EMPRAPA, 1997. 21 p.

GARVIN, D.A. **Gerenciando a qualidade**: a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

GIL, A. de L. **Gestão da qualidade empresarial**: indicadores da qualidade. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, mar./abr. 1995.

GODRI, Daniel. **Conquistar e Manter Clientes**. 32. ed. Blumenau: Eko, 1994.

GOMES, L. F. A. M. **Tomada de decisão gerencial**. São Paulo: Atlas, 2006.

GRANEMANN, S. **Conferência Nacional de Saúde rejeita fundações estatais**. Jornal da Adufrj. Rio de Janeiro, out. 2007. Disponível em: <http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/08/Confer%C3%Aancia-Nacional-de-sa%C3%BAde-rejeita-as-Funda%C3%A7%C3%B5es-Estatais-26_11_07.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2014.

HALL, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1982.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. A avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 68-82, 1998.

HERNON, P. RELYEAM, H.C. Information policy. In: KENT, A; LACOUR, H. **Encyclopedia of Library and Information Science**, v. 48, supplement 11, New York: Dekker, 1991.

HUNT, J. G. **Fundamentos de comportamento organizacional**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1996. 328p.

KISSLER, Leo. Modernização do Serviço Público: caminhos e impasses na reforma administrativa alemã. **Revista de Negócios FURB**. Blumenau, v. 3, n.2, 1998.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: Análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo: Atlas, 1996.

LAPONI, Juan Carlos. **Estatística usando o Excel**. São Paulo: Laponi Treinamento Ltda, 2000.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 1996.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LASTRES, Helena; ALBAGLI Sarita. **Informação e globalização na era do conhecimento**. São Paulo: Campus Ltda, 1999.

LE COADIC, Y. F. A. **Ciência da informação**. Brasília: Briquet de Lemos, 1996.

LOPEZ, E. **A política hospitalar brasileira**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Aul%20ELAINE%20LOPEZ.ppt>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCHIORI, Patricia Zeni. A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional. **Ciência da Informação**, Brasília, v.31, n.2, maio./ago. 2002.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. **REDAE – Revista Eletrônica de Direito Econômico**, Salvador v.1, fev-abr/2005, Salvador. Disponível em:

<[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.direitodoestado.com%2Frevista%2FREDAE-1-FEVEREIRO-2005-FLORIANO MARQUESNETO.pdf&ei=eb_8U6rtPMHlsASFg4DYCQ&usg=AFQjCNE9cSPZ4-6fF_3J7me135zv01UNsA&bvm=bv.73612305,d.cWc](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.direitodoestado.com%2Frevista%2FREDAE-1-FEVEREIRO-2005-FLORIANO%2FMARQUESNETO.pdf&ei=eb_8U6rtPMHlsASFg4DYCQ&usg=AFQjCNE9cSPZ4-6fF_3J7me135zv01UNsA&bvm=bv.73612305,d.cWc)>
Acesso em: 16 jun. 2014.

MARSHALL, T. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

MARTINS, Humberto Falcão; MARINI, Caio et al. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Publix, São Paulo, 2010.

MARTONE, Celso L. **Instituições, Setor Público e Desenvolvimento: O Caso do Brasil**. Textos para Discussão FIPE nº 9. São Paulo, dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fipe.org.br%2Fweb%2Fpublicacoes%2Fdiscussao%2Ftextos%2Ftexto_09_2007.pdf&ei=hMD8U7zNKMTJsQS91oKgBw&usg=AFQjCNHEYEEHsYLqOGELBGGj7NzOid385g&bvm=bv.73612305,d.cWc>. Acesso em: 16 jun. 2014.

McGARRY, K. **O contexto dinâmico da informação: uma análise introdutória**. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 206 p.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D. C. **Rev. Ass. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; SOARES, M. Avaliando o Programa de saúde da família. In: SOUZA, M. F. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. cap. 8, p. 135- 151.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos**. 1. ed. Manole: São Paulo, 2001.

MILET, Evandro Barreira. **Qualidade em Serviços: princípio para gestão contemporânea das organizações**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

MIRANDA, Roberto C. R. O uso da informação na formulação de ações estratégicas pelas empresas. **Ciência da informação**, v. 28, n. 3, p. 284-290, set./dez. 1999.

MIRANDA, S. V. de. A Gestão da Informação e a modelagem de processos. **Revista do Serviço Público**, v.61, janeiro/março 2010.

MORAES, I. H. S. & GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MONTEIRO, José A. **Qualidade total no serviço público**: questionamentos e recomendações segundo os 14 pontos de W. E. Deming. Brasília: QA&T, 1991.

MOREIRA NETO, D. F. **Mutações do direito administrativo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 358 p.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas de informação gerenciais**: estratégias, táticas, operacionais. 8. ed., São Paulo: Atlas, 1997.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade no processo**: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE- RIPSa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

REIS, A. A. C.; CECÍLIO, L. C. O. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino**: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. Saúde em Debate [on-line], v. 33, n. 81, p. 88-97, jan./ abr. 2009.

Os caminhos da qualidade e o papel do IQS. "s.l.". **Revista Qualidade em Saúde**. Instituto de Qualidade em Saúde, set. 2002. 62p. Edição especial. Disponível em: <http://www.icgzn.pt/especial_-_setembro_2002.htm>. Acesso em: 18 jun. 2014.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC Editora da Universidade Paulista. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROTONDARO, R. G; CONTADOR, J.C. et al. Gerenciamento por Processos. In: CARVALHO, M. M. et al. (Org.). **Gestão da Qualidade**: Teoria e Casos. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

SALLES, Raquel Kuerten. **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizado**: sua influência no comportamento alimentar. Florianópolis. UFSC. 2004. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/86866/206115.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SETZER, V. W. Dado, informação, conhecimento e competência. Data Grama Zero – **Revista de Ciência da Informação**. Rio de Janeiro, n. zero. dez. 1999. Disponível em: <http://www.ime.usp.br/~vwsetzer/datagrama.html>. Acesso em: 15 jun. 2014.

SCARTEZINI, Luís Maurício Bessa. **Análise e Melhoria de Processos**. Goiânia, 2009.

SOUZA, H. M. de. O futuro tecido no presente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, DF, n. 1, p. 7-9, nov. 2000.

TEIXEIRA, Aníbal. **Reengenharia no governo**. São Paulo: Makron Books, 1996.

UHLIR, Paul F. **Diretrizes políticas para o desenvolvimento e a promoção da informação governamental de domínio público**. Brasília: UNESCO, 2006.

URDAN, Flávio Torres. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 64, n. 6, p. 46-59, nov./dez. 2001.

VALLE, R.; OLIVEIRA, S. B. de. **Análise e modelagem de processos de negócio: foco na notação BPMN (Business Process Modeling Notation)**. São Paulo: Atlas, 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 4. ed São Paulo: Atlas, 2003.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**, 3. ed., Porto Alegre: Bookman, 2004.

ANEXO A Ficha de Primeiro Atendimento

DATA DA MARCAÇÃO

DATA DE ATENDIMENTO: ____/____/____

NOME: _____ PRONT: _____

DIAGNÓSTICO:

IDADE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:

RESIDENTE:

TELEFONE(S):

DATA DO P. CARDIO: ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

DATA DA MARCAÇÃO

DATA DE ATENDIMENTO: ____/____/____

NOME: _____ PRONT: _____

DIAGNÓSTICO:

IDADE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:

RESIDENTE:

TELEFONE(S):

DATA DO P. CARDIO: ____/____/____

OBSERVAÇÕES

APENDECE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação na pesquisa intitulada: **GESTÃO DA INFORMAÇÃO APLICADA A UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO**. Fui informado (a) de forma clara e detalhada livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos desta pesquisa que faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão da Informação da Universidade Federal de Pernambuco com orientação do Prof^o Alexander Willian Azevedo. Esta pesquisa tem a finalidade de analisar a gestão da informação neste serviço ambulatorial deste hospital público universitário. Entendendo que preencherrei um questionário distribuído pela aluna e fui informado das justificativas e da relevância desse estudo, que não serei identificado quando da divulgação dos resultados, que poderei ter acesso aos resultados, se assim desejar, entrando em contato com a pesquisadora e que as informações obtidas serão utilizadas para fins científicos vinculados a presente pesquisa.

Alexander Willian Azevedo
Orientador

Bacharel e mestre em Ciência da Informação, professor vinculado ao Departamento de Ciência da Informação (DCI), Centro de Artes e Comunicação (CAC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
Email: azevedo.aw@gmail.com

Valquíria Barbosa de Almeida
Graduanda de Gestão da Informação UFPE

Graduanda no curso de Gestão da Informação do Departamento de Ciência da Informação (DCI), Centro de Artes e Comunicação (CAC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
Email: vb_almeida@yahoo.com.br

Recife, 02 de Junho de 2014.



Universidade Federal de Pernambuco | Centro de Artes e Comunicação

Departamento de Ciência da Informação | DCI/CAC/UFPE

Av. da Arquitetura, s/n | Campus Universitário | CEP 50740-550 | Recife | PE





APÊNDICE B Parte I Questionário Pacientes e Funcionários

CATEGORIAS	ALTERNATIVAS				
ESCOLARIDADE	☐ ANALFABETO	☐ FUNDAMENTAL	☐ MÉDIO	☐ SUPERIOR	☐ NÃO RESPONDEU
FAIXA ETÁRIA	☐ ATÉ 30 ANOS	☐ DE 31 A 50 ANOS	☐ DE 51 A 70 ANOS	☐ MAIS DE 70 ANOS	☐ NÃO RESPONDEU
PROCEDÊNCIA	☐ INTERIOR PE	☐ REGIÃO METROPOLITANA	☐ OUTRO ESTADO	☐ ESTRANGEIRO	☐ NÃO RESPONDEU
FAIXA SALARIAL	☐ 1 A 3 SALÁRIOS MINIMO	☐ 4 A 6 SALÁRIOS MINIMO	☐ 7 A 10 SALÁRIOS MINIMO	☐ MAIS DE 10 SALÁRIOS MINIMO	☐ NÃO RESPONDEU
SEXO	☐ FEMININO	☐ MASCULINO			☐ NÃO RESPONDEU



APÊNDICE C PARTE II QUESTIONÁRIO PACIENTES

BATERIA DE AVALIAÇÃO – ATENDIMENTO (INFORMAÇÕES PRESTADAS SOBRE A MARCAÇÃO CIRÚRGICA)					
QUESTÕES	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
1-Tenho acesso fácil às informações sobre a marcação cirúrgica	☐	☐	☐	☐	☐
2- Os funcionários prestam informações corretas, completas, claras e simples	☐	☐	☐	☐	☐
3-Sou recebido com boa vontade e me respondem todas as perguntas	☐	☐	☐	☐	☐
4-Se tenho algum problema sempre recorro ao setor de reclamações/ouvidoria	☐	☐	☐	☐	☐
5-Estou satisfeito com o atendimento para marcação cirúrgica	☐	☐	☐	☐	☐
BATERIA DE AVALIAÇÃO – PROCESSO ORGANIZACIONAL (LISTAGENS DE ACOMPANHAMENTO PACIENTES EM ESPERA MARCAÇÃO CIRÚRGICA)					
QUESTÕES	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
1-Sinto-me seguro quanto ao sistema de colocação na listagem de espera	☐	☐	☐	☐	☐
2-As informações contidas e prestadas nas listagens são corretas e seguras	☐	☐	☐	☐	☐
3-O tempo de espera para marcação cirúrgica é satisfatório	☐	☐	☐	☐	☐
4-Estou satisfeito com o método de marcação cirúrgica (uso das listagens)	☐	☐	☐	☐	☐
5-Sei exatamente minha posição e acompanho frequentemente a atualização das listagens	☐	☐	☐	☐	☐



APÊNDICE D PARTE II QUESTIONÁRIO FUNCIONÁRIOS

BATERIA DE AVALIAÇÃO – ATENDIMENTO (INFORMAÇÕES PRESTADAS SOBRE A MARCAÇÃO CIRÚRGICA)					
QUESTÕES	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
Respondo prontamente às solicitações de informação a respeito da marcação cirúrgica	☐	☐	☐	☐	☐
Para melhor atendimento julgo importante a capacitação, treinamento e alinhamento da equipe	☐	☐	☐	☐	☐
Procuro emitir documentos e informações sem erros no menor tempo possível	☐	☐	☐	☐	☐
Compreendo a importância e necessidade de melhor prestar informações corretas ao paciente	☐	☐	☐	☐	☐
Reunimos-nos para avaliar o desempenho do atendimento e das informações prestadas	☐	☐	☐	☐	☐
BATERIA DE AVALIAÇÃO – PROCESSO ORGANIZACIONAL (LISTAGENS DE ACOMPANHAMENTO PACIENTES EM ESPERA MARCAÇÃO CIRÚRGICA)					
QUESTÕES	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	SEM OPINIÃO FORMADA
As informações do paciente para a marcação cirúrgica estão sempre corretas e de fácil acesso	☐	☐	☐	☐	☐
O tempo médio para o processo de marcação é satisfatório	☐	☐	☐	☐	☐
Obtenho com facilidade informações quanto aos pacientes em espera de cirurgias para relatórios, dados estatísticos, tomada de decisão	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto-me seguro ao utilizar as listagens de acompanhamento de pacientes em espera de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
São satisfatórios os resultados obtidos com a utilização das listagens de acompanhamento de pacientes em espera de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐