

JOÃO LUIZ VIEIRA RIBEIRO

O USUÁRIO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
HOSPITALAR: NECESSIDADES E USOS NO
CONTEXTO DA INFORMAÇÃO

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2002

JOÃO LUIZ VIEIRA RIBEIRO

O USUÁRIO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
HOSPITALAR: NECESSIDADES E USOS NO
CONTEXTO DA INFORMAÇÃO

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Ciência da Informação.

Área de concentração: produção, organização e utilização da informação.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo José Wense Dias

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2002

**"Tudo tem seu tempo, há um momento oportuno para cada
empreendimento debaixo do céu".**

- Eclesiáticos 3,1

**"A necessidade não aceita a demora, mas antes tarde do que
nunca".**

J.R.R. Tolkien

Ao meu pai, José Neto
e à minha madrinha, Maria Celeste,
que velam por mim ao lado do Pai,
dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus, que em sua infinita glória e misericórdia nos acolhe sempre e nos conforta.

Agradeço a minha mãe, Maria de Jesus, por suas orações e carinho. À minha esposa, Julia, por todo o amor que alguém pode receber. Aos meus filhos, Isaac, Arthur, David e Juliana por serem compreensivos com as ausências e as tensões desta árdua caminhada. À minha segunda mãe, Maria de Jesus, com o mesmo nome da primeira, que sempre acreditou em mim. À minha cunhada, Patrícia Maria, que deu todo o apoio logístico para esta pesquisa. Ao meu orientador, Prof. Eduardo, que foi paciente e acolhedor, um exemplo de professor a ser seguido. À professora Ísis, a quem eu devo o início de todo esse processo de pesquisa, tendo acredito desde o início. Aos colegas, Evaldo e Laurení, que me deram forças para chegar até o final. A todos os demais amigos que acreditaram e torceram por mim nesta jornada.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE FIGURAS | 9 |
| LISTA DE QUADROS | 10 |
| LISTA DE TABELAS | 11 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 15 |
| RESUMO | 16 |
| | |
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 Contextualização e Linha de Pesquisa | 17 |
| 1.2 Problema | 20 |
| 1.3 Objetivos da Pesquisa | 21 |
| 1.3.1 Objetivo Geral | 21 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 21 |
| 1.4 Hipótese de Trabalho | 21 |
| 1.5 Justificativa | 22 |
| | |
| 2 INFORMAÇÃO HOSPITALAR | 24 |
| 2.1 Sociedade da Informação | 24 |
| 2.1.1 Informação na Sociedade Pós-Industrial | 24 |
| 2.1.2 Conhecimento Médico e o Novo Paradigma da Saúde | 27 |
| 2.2 Instituição Hospitalar | 31 |
| 2.2.1 Formação e Inserção no Sistema de Saúde Atual | 31 |
| 2.2.2 Organização e Funcionamento dos Serviços de Informação Hospitalar | 34 |
| 2.3 Sistema de Informação Hospitalar | 36 |
| 2.3.1 Prontuário Médico compondo o Sistema de Informação Hospitalar | 36 |
| 2.3.2 Novas Tecnologias para o Sistema de Informação Hospitalar | 40 |
| | |
| 3 USUÁRIO HOSPITALAR: NECESSIDADES E USOS DA INFORMAÇÃO | 45 |
| 3.1 Usuário Hospitalar | 45 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.1.1 | Usuário Médico e Usuário Enfermeiro | 45 |
| 3.1.2 | Outros Usuários Hospitalares | 47 |
| 3.2 | Usuário como Centro do Sistema de Informação | 49 |
| 3.2.1 | Comunicação do Sistema com o Usuário | 49 |
| 3.2.2 | Qualidade do Serviço de Informação Centrada no Usuário | 54 |
| 3.3 | Necessidades, Usos e Satisfação do Usuário | 55 |
| 3.3.1 | Necessidades e Usos de Informação | 55 |
| 3.3.2 | Processo de Busca e Obtenção de Informação | 57 |
| 3.3.3 | Satisfação do Usuário | 59 |
| 4 | METODOLOGIA | 61 |
| 4.1 | População e amostra | 61 |
| 4.1.1 | Descrição da população | 61 |
| 4.1.2 | Delimitação da amostra | 61 |
| 4.2 | Coleta de dados | 63 |
| 4.2.1 | Descrição do instrumento de coleta | 63 |
| 4.2.2 | Pré-teste | 65 |
| 4.2.3 | Aplicação do instrumento de coleta definitivo | 65 |
| 4.3 | Análise dos dados | 66 |
| 5 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS. RESULTADOS | 67 |
| 5.1 | Identificação dos Sistemas Hospitalares | 67 |
| 5.1.1 | Perfil dos Hospitais..... | 67 |
| 5.1.2 | Perfil dos Gestores do Setor de Informação | 69 |
| 5.2 | Identificação dos Usuários | 69 |
| 5.2.1 | Perfil dos Médicos | 69 |
| 5.2.2 | Perfil dos Enfermeiros | 73 |
| 5.3 | Necessidades Informacionais dos Usuários | 76 |
| 5.3.1 | Tipos de Necessidades de Informação | 76 |
| 5.3.2 | Auxílio na Tomada de Decisão | 80 |
| 5.3.3 | Confiabilidade da Informação | 83 |
| 5.3.4 | Opinião sobre a Informação | 84 |
| 5.3.5 | Satisfação do Usuário | 85 |
| 5.4 | Usos Informacionais dos Usuários | 86 |

| | | |
|---------------|--|------------|
| 5.4.1 | Acesso ao Prontuário Médico | 86 |
| 5.4.2 | Manuseio do Prontuário Médico | 89 |
| 5.4.3 | Registro e Leitura do Prontuário Médico | 90 |
| 5.4.4 | Informatização do Prontuário Médico | 91 |
| 5.4.5 | Estrutura do Prontuário Médico | 93 |
| 5.5 | Participação e Treinamento dos Usuários | 94 |
| 5.5.1 | Serviço de Atendimento ao Cliente | 94 |
| 5.5.2 | Usuário na Montagem e Manutenção do Sistema | 94 |
| 5.5.3 | Treinamento do Usuário | 95 |
| 6 | CONCLUSÃO | 99 |
| | ABSTRACT | 107 |
| 7 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 108 |
| ANEXOS | | |
| | Anexo 1 - Questionário para o usuário médico | 118 |
| | Anexo 2 - Questionário para o usuário enfermeiro | 124 |
| | Anexo 3 - Questionário para o gestor do setor de informação hospitalar | 130 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| 1 – Fatores que influenciam as necessidades e o comportamento de busca de informações. | 58 |
| 2 – Interrelações entre as áreas do campo de estudo de usuários. | 59 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| 1 - Comparação entre a abordagem tradicional e alternativa dos estudos de sistemas de informação..... | 52 |
| 2 - Multidimensionalidade da qualidade da informação. | 54 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| 01 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - setor administrativo, leitos, internações mensais, médicos e enfermeiros. | 67 |
| 02 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - denominação do setor e do cargo responsáveis pelas informações. | 68 |
| 03 - Gestores do setor de informações dos hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - sexo e idade. | 68 |
| 04 - Gestores do setor de informações dos hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - titulação acadêmica, área de formação e tempo de atuação no setor. | 69 |
| 05 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - sexo e idade. | 70 |
| 06 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - especialidade e área de atuação..... | 71 |
| 07 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - renda mensal, carga horária semanal, regime de trabalho (plantão)..... | 72 |
| 08 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - tempo de permanência hospitalar, hospitais em que trabalha, setor administrativo dos hospitais freqüentados. | 73 |
| 09 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - sexo e idade. | 74 |
| 10 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - especialidade e área de atuação..... | 74 |
| 11 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - renda mensal, carga horária semanal, regime de trabalho (plantão). | 75 |
| 12 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - tempo de permanência hospitalar, hospitais freqüentados, setor administrativo dos hospitais freqüentados | 76 |
| 13 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre qual o principal tipo de informação em destaque no prontuário médico atual..... | 77 |

- 14** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o tipo de informação que precisa ser disponibilizado pelo prontuário médico e que não é atualmente encontrado.....78
- 15** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a frequência da busca pelo usuário por informações arquivadas de internações anteriores do paciente atualmente internado78
- 16** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o principal tipo de informação arquivada mais buscada pelo usuário, para estudo ou pesquisa, no prontuário médico.....79
- 17** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o auxílio do prontuário médico na tomada de decisões.....80
- 18** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o acesso do prontuário médico em uma situação clínica de urgência e solução apresentada à ausência do prontuário.....81
- 19** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a apresentação de informações do prontuário médico na forma de avisos automáticos, sem necessidade de solicitação direta.82
- 20** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a confiabilidade da informação do prontuário médico.83
- 21** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre os aspectos positivos das informações nos atuais prontuários médicos.84
- 22** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre os aspectos negativos das informações nos atuais prontuários médicos.85
- 23** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a satisfação quanto às informações do prontuário médico.....86
- 24** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a forma de acesso ao prontuário médico.....87
- 25** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - definição em uma palavra sobre o prontuário médico com informações acessíveis em qualquer lugar e a qualquer hora, conforme a comodidade do usuário.....87

- 26** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre os veículos de acesso às informações atualmente disponíveis ao usuário nos hospitais.....88
- 27** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o trabalho manual de folhear (manuseio) o prontuário médico.....89
- 28** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a perda de tempo durante a consulta às informações do prontuário médico na visita diária.90
- 29** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o formato do registro dos dados no prontuário médico.90
- 30** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a dificuldade em ler a escrita registrada nos prontuários médicos.....91
- 31** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a atividade profissional com o uso de prontuário médico em sistema informatizado92
- 32** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre se o usuário consulta prontuário médico diretamente em um sistema informatizado em algum dos hospitais em que trabalha.....92
- 33** - Funcionários responsáveis pelo setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - tipo de prontuário médico em funcionamento atualmente nos hospitais pesquisados.93
- 34** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a estrutura geral do prontuário médico atual93
- 35** - Hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - existência de S.A.C. (serviço de atendimento ao cliente).....94
- 36** - Hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - tipos de usuários do prontuário médico e o usuário que mais utiliza o prontuário.95
- 37** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre consulta pelo setor hospitalar responsável sobre sugestões ou mudanças para o prontuário médico.....96

- 38** - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre existência de treinamento ou orientação do usuário quanto ao uso do prontuário médico quando no primeiro contato com o hospital.96
- 39** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre existência de diferenças entre os prontuários médicos dos hospitais.97
- 40** - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre como considera sua habilidade de digitação em um teclado.97
- 41** - Hospitais gerais da cidade de Teresina, PI - treinamento de digitação para usuários..98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **ARIST** Annual Review of Information Science and Technology
- **CCCH** Comissão Conjunta para Credenciamento de Hospitais
- **CDCI** Centro de Documentação Científica e Informática
- **CFM** Conselho Federal de Medicina
- **CLT** Consolidação das Leis Trabalhistas
- **CPD** Centro de Processamento de Dados
- **DATASUS** Departamento de Informática do SUS
- **DDAM** Divisão de Documentação e Auditoria Médica
- **DID** Divisão de Informação e Documentação Médica
- **FIOCRUZ** Fundação Osvaldo Cruz
- **Hab.** habitante
- **IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- **IDB** Indicadores de Dados Básicos
- **INPS** Instituto Nacional de Previdência Social
- **OMS** Organização Mundial de Saúde
- **OPAS** Organização Pan-Americana da Saúde
- **SAME** Serviço de Arquivamento Médico e Estatística
- **SDM** Serviço de Documentação Médica
- **SEDIS** Serviço de Documentação e Informações em Saúde
- **SIAP** Serviço de Informações e Apoio
- **SIH** sistema de informação hospitalar
- **SM** salário mínimo
- **SPP** Serviço de Prontuário do Paciente
- **SRD** Serviço de Registro de Documentação
- **SUS** Sistema Único de Saúde
- **UTI** unidade de tratamento intensivo

RESUMO

RIBEIRO, J. L. V. **O usuário do sistema de informação hospitalar: necessidades e usos no contexto da informação.** Belo Horizonte, Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002, 136p. (Dissertação - Mestrado em Ciência da Informação).

Na sociedade da informação, onde ocorre uma grande explosão na geração de informação e no processo de comunicação, a preocupação concentra-se no indivíduo, na multiplicidade, na globalização, na integração dos sistemas. No ambiente da ciência da informação há uma busca por conhecer as necessidades e satisfações dos usuários no contato com a informação, resultando em inúmeros trabalhos. Ao mesmo tempo, no campo da saúde, o setor no Brasil passa por mudanças estruturais profundas, com a implantação do Sistema Único de Saúde. Assim, as instituições hospitalares, como provedoras de informação em saúde, têm buscado adequar-se a essas novas circunstâncias. Objetivou-se por isso, desenvolver este estudo para identificar as necessidades e usos de usuários dos sistemas de informação hospitalares, no contexto da informação, sendo pesquisados os usuários dos sistemas dos hospitais gerais em Teresina, Piauí. Através de questionários direcionados aos médicos e enfermeiros, usuários principais desses sistemas, e aos gestores dos sistemas, pesquisou-se se o setor hospitalar ainda mantém seus sistemas de informação com focalização tradicional no próprio sistema ou se já adequaram a realidade ao discurso, no novo paradigma, de centralização no usuário. Realizada a pesquisa, encontrou-se que esses sistemas de informação estão buscando observar as necessidades e usos dos usuários; entretanto ainda não estão direcionados aos usuários, pois, médicos (74,90%) e enfermeiros (67,01%) afirmam que nunca foram contatados para sugestões ou mudanças no sistema de informação hospitalar; além disso, enquanto os usuários apontam que nunca tiveram treinamento no primeiro contato com os sistemas, os gestores, por seu lado, afirmam que nunca deram treinamentos básicos, como a digitação em computadores.

PALAVRAS-CHAVES: Estudos de usuários, sistema de informação hospitalar, prontuário médico.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e linha de pesquisa

O mundo atualmente passa por um processo intenso de transformações, chegando alguns autores a proclamar uma nova era, uma nova sociedade. Lévy (1999) relembra a definição de Roy Ascott para o momento atual de crescimento como “o segundo dilúvio”, o das telecomunicações, também definido por Albert Einstein, nos anos 50, como “a bomba das telecomunicações”. De Masi (2000) também alerta para as grandes mudanças do mundo atual, afirmando que “provavelmente, não existe época onde não tenha havido uma transição, porém nem todas as épocas mudam com a mesma intensidade e com a mesma velocidade”. O Papa João Paulo II, em discurso recente, afirma que atualmente “a revolução das comunicações e da informática está em pleno desenvolvimento”, portanto necessitando também a Santa Sé transformar-se, evangelizando por todo esse novo cabedal de meios de comunicação e informação (Joannes Paulus II, 2002).

“Existe o consenso de que na sociedade pós-industrial a informação passou a ser considerado um capital precioso equiparando-se aos recursos de produção, materiais e financeiros” (Moresi, 2000). A informação é hoje fator importantíssimo para a sociedade e para a economia, conforme o Governo Brasileiro, que relata em seu Programa Brasileiro para a Sociedade da Informação (Brasil, 2000), que “a economia da informação no Brasil, hoje, corresponde a cerca de dez por cento do Produto Interno Bruto”. O Programa diz ainda que “a transformação dos processos de produção, distribuição, comercialização e consumo tem forte impacto na forma como se distribui a riqueza entre nações e regiões”. Também a União Européia tem-se preocupado com a nova sociedade em formação, descrevendo como uma de suas linhas de ação para a integração trans-nacional o “desenvolvimento de novas capacidades de interação entre usuário e fontes de conhecimento” (García, 2001). O volume de produção de informação é gigantesco, processando-se em um ritmo assustador, chegando a ponto de pensadores como Demo (2000) alertarem para as ambivalências da sociedade da informação, onde pode ocorrer o inverso na busca do conhecimento: “desinformar faz parte da informação, assim como a sombra faz parte da luz”. O estoque de informações registrado em documentos físicos: materiais impressos, sonoros, imagens, meios eletrônicos está aumentando em progressão exponencial, em todas as áreas do universo

científico e tecnológico, necessitando cada vez maior trabalho de armazenamento, circulação e divulgação desses registros.

Por tradição o formato físico do registro ainda é o mais utilizado, principalmente no setor da saúde, onde o sistema de informação hospitalar (SIH) tem por alicerce o prontuário médico. No Brasil o sistema de saúde ainda se centraliza na atividade hospitalar, resquício do paradigma anterior da “doença”, sendo o mais oneroso, o que envolve maior quantidade de mão-de-obra e que detém o conhecimento tecnológico mais sofisticado. Seu financiamento é atualmente, em vista dos novos tempos, dividido entre o setor público e o privado. Os hospitais, como organizações da área da saúde, também estão passando por rápido processo de transformação, onde o inter-relacionamento entre pacientes, médicos, hospitais e financiadores da saúde está saindo do foco local para o ambiente internacional. Como a explosão informacional e das comunicações é que impulsiona essa transformação, suprir as necessidades evidenciadas pelos usuários do sistema de informação pode tornar mais firmes as relações entre os diferentes sistemas de saúde, em âmbito local, nacional ou internacional, bem como entre os participantes de cada sistema. Na ciência da informação, os estudos de usuários, iniciados na década de 40, têm despertado os profissionais a planejarem os sistemas de informação de forma orientada não mais ao próprio sistema, mas satisfazendo as necessidades de seus usuários. (Dervin; Nilan, 1986; Sugar, 1995)

Embutidas nos sistemas de informação hospitalar existem várias funções: dar suporte informacional aos profissionais de saúde em suas atividades diárias e de pesquisa clínica, dar amparo legal ao trabalho do profissional em saúde no contexto hospitalar, dar suporte administrativo à instituição hospitalar, dar parâmetros de pagamento ao agente financiador. Dessa forma são primordialmente os profissionais de saúde, que trabalham no hospital, os agentes administrativos da instituição e os agentes financiadores do sistema que constituem os usuários dos sistemas de informação hospitalar. Como quaisquer outros usuários de sistemas de informação, centralizam hoje, nos debates acadêmicos e mercadológicos, a atenção de quem lida com a informação. Conhecer suas necessidades, seus usos e satisfações para com os sistemas de informação que utilizam é um fator de estudo e pesquisa para a ciência da informação.

Diante desses fatos, uma indagação é feita: depois de décadas de estudos, os sistemas de informação hospitalar, responsáveis pela organização da explosão informacional no âmbito central do setor saúde, estão atendendo às necessidades de seus

usuários? Procurando identificar quais são as necessidades e usos de informação dos usuários dos sistemas de informação hospitalar e descrever se esses sistemas estão observando essas necessidades, foi organizada esta pesquisa. De forma mais específica, preocupou-se em identificar o perfil dos principais usuários do SIH; identificar suas reais necessidades, apontadas pelos próprios usuários da informação; identificar quais os usos do SIH realizados pelos usuários; identificar se os usuários sentem suas necessidades satisfeitas; identificar se os gestores dos SIH estão atentos às necessidades apontadas por seus usuários. Para a realização deste estudo, dissertação de mestrado, pesquisaram-se os usuários dos sistemas hospitalares existentes na cidade de Teresina.

Teresina, capital do Piauí, possui atualmente 715.360hab., com uma taxa de crescimento populacional de 2,01%/ano (taxa brasileira = 1,64%/ano), na última década. Seu grau de urbanização é 94,70%, enquanto que no Brasil é de 81,25%. Seus indicadores de recursos em saúde também são superiores à média brasileira: 4,31 leitos hospitalares/1000hab (Brasil: 0,87); 9,61 internações hospitalares/100hab (Brasil: 7,03). Quanto aos indicadores sanitários a cidade mantém também um bom padrão: 90,32% da população urbana são cobertas por rede de abastecimento de água (Brasil: 89,12%); 77,90% da população urbana têm esgotamento sanitário (Brasil: 70%); 85,70% da população são cobertas por coleta regular de lixo (Brasil: 91,13%). Esses são os dados atualizados pelo Censo 2000 (Brasil, 2001b) e IDB 2001 (Brasil, 2001a). Por sua localização histórico-geográfica, representa um ponto de convergência para uma vasta região do meio-norte do Brasil, centralizando grande parte do atendimento médico-hospitalar da região. Conta ainda com uma estrutura de porte em saúde, com grandes hospitais gerais.

Para melhor compreensão do trabalho é interessante que se defina o que sejam os “estudos de usuários”. Para Bettiol (1990), “implícita na maioria desses estudos está a identificação das necessidades de informação dos usuários, com o propósito de desenvolvimento de sistemas de transferência de informação, os quais deverão servir melhor a esses usuários”. Esses estudos procuram auxiliar no dimensionamento e na melhoria da interface entre o sistema de informação e a comunidade de usuários à qual serve, oferecendo uma visão mais ampla dos problemas e tendências dos usuários ao interagirem com o sistema. A literatura, no que se refere ao comportamento do usuário no momento de busca e uso da informação, apresenta três abordagens principais (Dervin; Nilan, 1986; Hewins, 1990): 1) a abordagem tradicional, que focaliza na percepção que o usuário tem da utilidade e do valor dos sistemas de informação, bem

como no seu relacionamento material com os sistemas; 2) a abordagem da construção do sentido (*sense-making*), que examina a forma como o usuário constrói ativamente sua busca de informação aos sistemas, analisando a interferência que suas características individuais interagem nessa busca; 3) a abordagem de estado anômalo do conhecimento (*ASK, anomalous states-of-knowledge*), em que se examina uma situação problemática de descontinuidade no conhecimento do usuário que busca completá-lo.

Cada uma das abordagens desenhadas tem objetivos e procedimentos metodológicos diferentes, conseqüentemente com vantagens e desvantagens específicas, ainda não se tendo uma satisfatória definição do assunto, como bem enfatiza Hewins (1990) em seu trabalho. O presente trabalho visou utilizar a primeira abordagem, centrada no valor do usuário, mais tradicional, direcionado à observação direta das necessidades quanto aos usos do sistema, não se detendo nos processos mentais dos indivíduos nem nas circunstâncias de problema em que cada um se encontrava.

Baseando-se nessas considerações, lança-se a pergunta que direcionou todo o desenrolar desta pesquisa:

1.2 O problema

Quais as necessidades e usos, no contexto da informação, dos médicos e enfermeiros, como usuários, que estão sendo observados pelos sistemas de informação dos hospitais gerais de Teresina?

A fim de estudar o problema, partiu-se da proposição de que os atuais sistemas de informação hospitalar em funcionamento nos hospitais gerais de Teresina, Piauí constituem sistemas ainda focalizados neles mesmos, sem ter partido ainda para o novo paradigma da centralização no usuário.

Com interesse nesse enfoque, localizaram-se os dois principais agentes do sistema de informação hospitalar, médicos e enfermeiros, e investigaram-se suas necessidades e usos que têm diante do prontuário médico, forma física tradicional do sistema de informação em pauta. Para checar o posicionamento dos sistemas de informação em funcionamento, questionaram-se os gestores desses sistemas sobre como estão observando as necessidades e usos dos usuários em relação a seus sistemas de informação.

Conseqüentemente, tornou-se possível apresentar, mais precisamente, os objetivos desta dissertação, quais sejam:

1.3 Os objetivos da pesquisa

1.3.1 Objetivo geral

Objetivou-se assim identificar as necessidades e usos, no contexto da informação, dos médicos e enfermeiros, enquanto usuários, observados pelos sistemas de informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí.

1.3.2 Objetivos específicos

Este trabalho pretendeu:

- a) Identificar o perfil dos usuários médicos dos sistemas de informação hospitalar dos hospitais gerais de Teresina, Piauí;
- b) Identificar o perfil dos usuários enfermeiros dos sistemas de informação hospitalar dos hospitais gerais de Teresina, Piauí;
- c) Identificar o perfil dos gestores dos sistemas de informação hospitalar dos hospitais gerais de Teresina, Piauí;
- d) Identificar as necessidades e usos dos usuários médicos dos sistemas de informação hospitalar de Teresina, Piauí, apontados pelos próprios usuários;
- e) Identificar as necessidades e usos dos usuários enfermeiros dos sistemas de informação hospitalar de Teresina, Piauí, apontados pelos próprios usuários;
- f) Identificar as necessidades e usos dos usuários dos sistemas de informação hospitalar de Teresina, Piauí, observados pelos gestores desses sistemas;
- g) Contribuir com a linha de pesquisa do tratamento da informação com uma identificação da realidade dos sistemas de informação hospitalares em Teresina, Piauí, quanto ao novo paradigma da centralização no usuário.

1.4 Hipótese de trabalho

A hipótese de trabalho foi que apesar do atual discurso de centralização no usuário nas esferas administrativas, o setor hospitalar ainda mantém seus sistemas de informação focalizados no próprio sistema e não focalizados no usuário.

1.5 Justificativa

A experiência empírica do autor como: médico; professor universitário de cursos de saúde (medicina e fisioterapia) e usuário da informação em vários hospitais de Teresina, conduziu à percepção de que há dificuldades no que concerne à observação das necessidades e usos informacionais dos usuários dos sistemas de informação hospitalar, por parte dos responsáveis por tais sistemas hospitalares, tanto no âmbito do trabalho clínico diário, quanto para a pesquisa e o ensino. Dessa maneira, constituiu motivação para a execução desta pesquisa tanto a constatação de deficiências como a possibilidade de um estudo mais realístico da área, dado o contínuo convívio do autor com os usuários dos sistemas hospitalares. Há de se notar, além desses dois elementos, a escassez de estudos na literatura corrente sobre o tema, em especial, na esfera nacional, quando os sujeitos da pesquisa são usuários de informação no âmbito hospitalar, até mesmo artigos internacionais, que geralmente enfocam a informação não concernente ao prontuário médico, mas às bibliotecas hospitalares ou fontes externas de informação, como livros, revistas e jornais.

A informação atualmente é considerada um capital precioso, equiparando-se aos recursos de produção, materiais e financeiros (Moresi, 2000; De Mais, 2000; Brasil, 2000; Davenport, 1998). Estudar o estado da informação em uma das áreas do setor saúde brasileiro, que passa por mudanças desde a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1990, é importante para ajudar o país na construção dessa nova sociedade em formação.

Dessa forma este trabalho pode configurar-se como contribuição relevante para os estudos de usuários de sistemas de informação na área da saúde, tanto em nível local como em nível nacional. Com os dados resultantes da pesquisa, pretende-se também oferecer ao sistema hospitalar de Teresina um diagnóstico das necessidades e usos de informação de uma parcela importante do seu universo de usuários.

Nos próximos capítulos serão tratados os temas sobre a informação hospitalar e sobre as necessidades e usos da informação pelo usuário hospitalar. Procurar-se-á descrever o destacado papel que a informação exerce na atual sociedade pós-industrial, fazendo surgir novo paradigma na relação médico-paciente, no qual predominam a promoção da saúde e a satisfação das necessidades dos pacientes. Também, no próximo capítulo será abordada a formação e a inserção dos hospitais no atual sistema de saúde, destacando-se como os serviços de informação hospitalar foram organizados e que mecanismos de funcionamento apresentam. Dando fechamento à descrição da

informação hospitalar, o prontuário médico será descrito desde suas origens até sua presença atual como ponto principal do sistema de informação hospitalar, relatando-se também o surgimento das novas tecnologias utilizadas pelos sistemas de informação hospitalar.

No capítulo seguinte, no qual serão tratados os temas referentes às necessidades e usos da informação pelo usuário hospitalar, será inicialmente feita a descrição dos vários usuários do sistema de informação hospitalar, com destaque aos usuários médicos e usuários enfermeiros, seguida pela exposição sobre o relacionamento do usuário com o sistema de informação, destacando-se a comunicação do sistema com o usuário e a qualidade do serviço de informação centrado no usuário. Fechando o capítulo, serão discutidos os temas sobre as necessidades e usos de informação, sobre o processo de busca e obtenção de informação e a satisfação do usuário.

A seguir será descrita a metodologia seguida no desenvolvimento desta pesquisa, bem como a análise de discussão dos dados levantados e a conclusão sobre a identificação dos sistemas hospitalares, a identificação dos usuários, as necessidades informacionais dos usuários, os usos informacionais dos usuários e a participação e treinamento dos usuários em relação aos sistemas de informação hospitalar.

2 INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Para se analisar a informação hospitalar tornou-se necessário descrever o contexto da sociedade atual, onde se estrutura o conhecimento médico diante do novo paradigma da saúde, bem como a instituição hospitalar, sua formação e inserção no sistema de saúde, comentando-se a organização e o funcionamento dos serviços de informação hospitalar.

2.1 Sociedade da informação

2.1.1 Informação na sociedade pós-industrial

Conforme Dervin e Nilan (1986) o paradigma tradicional definia a informação como “uma propriedade da matéria, consistindo em qualquer mensagem, documento, fonte ou dado, qualquer material simbólico publicamente disponível”, enquanto que no paradigma alternativo, centrado no usuário, a informação é definida como “o que é capaz de transformar a estrutura da imagem que a pessoa tem acerca de algo ou qualquer estímulo que altera a estrutura cognitiva do receptor”.

Dentro desse novo paradigma, o do usuário, a informação pode ser abordada como sendo “estruturas significantes, com a competência de gerar conhecimento no indivíduo, em seu grupo, ou na sociedade. A informação é qualificada como um instrumento modificador da consciência. Deixa de ser, unicamente, uma medida de organização por redução de incerteza, para ser a própria organização em si” (Barreto, 1994). “A informação, quando adequadamente assimilada, produz conhecimento, modifica o estoque mental de informações do indivíduo e traz benefícios ao seu desenvolvimento e ao desenvolvimento da sociedade em que ele vive” (Barreto, 1994). Conforme Christóvão e Braga (1997), “a informação pode ser definida como a interface, o evento, entre um estímulo externo (mensagem) e um cognóscio, que tal estímulo ou mensagem altera”. “A informação é o resultante de uma interação; é um mentefato volátil que se transforma, ao configurar-se, em conhecimento, e que como tal armazenase no cérebro humano” (Christóvão; Braga, 1997).

O dado em si vale pouco, considerando-se que não tem significado, pois depende do contexto, sem o qual é um produto de baixo valor. “Estruturas semióticas como textos (livros, periódicos, vídeos), mapas, partituras, programas de computador

são conjuntos de mensagens que necessitam penetrar na mente humana e alterar sua estrutura cognitiva. Essas mensagens podem conter dados, notícias e ser expressas em diversas linguagens - imagens, notas musicais, caracteres numéricos ou alfanuméricos e impulsos eletrônicos, entre outros, que, ao serem comunicados podem ou não gerar informação”. (Freire; Araújo, 1999).

Para não se ficar perdido em um oceano de indagações, divagações, traça-se um perfil dos conceitos, de forma a delinear o caráter e a inserção da informação para o presente trabalho. Assim, passa-se a considerar como **dado** a todo fato que existe por si, natural ou artificial, cuja presença independe da presença humana momentânea para existir: uma pedra, um animal, um livro, um *site* da Internet. Quando tal dado entra em contato com o ser humano, seu intelecto passa a funcionar de imediato, o contexto (espacial, temporal, espiritual, biológico, social) de ação de sua mente o traduz para si como **informação**: evento dependente da presença, da ação da mente na concepção do dado. Seguindo adiante, quando a informação introjeta-se no ser humano, fazendo parte do mesmo, configura-se agora como **conhecimento**, que transforma a pessoa, modificando seu eu e também o seu ambiente cultural.

Já no processo de **comunicação** temos dois seres humanos em contato, como na relação médico-paciente, na qual um traz seu conhecimento próprio, e ao se porem em contato, sempre transferem informações, em ambos os sentidos, o que promove modificações nos conhecimentos de cada um (Saracevic, 1981). Em cada relação humana se tem a construção de novas informações e modificações dos conhecimentos, tanto dos indivíduos como o conhecimento da humanidade, visto ser este o *pool* de conhecimentos de todos os seres humanos.

A existência dos fatos, como as estruturas semióticas de Freire e Araújo (1999) ou os dados não trabalhados, independe da contingência social. Podem-se ter dados naturais que independem até da própria presença humana. Mas a transformação desses fatos em informação passa por um processo de comunicação, que se insere no contexto social. A integralização da informação pela mente humana, gerando o conhecimento, depende do contexto de transmissão em que se dá, o qual é eminentemente um fato social. Para a análise da informação há que ter o contexto social dissecado, esmiuçado. No seu espaço social é que o homem possui a capacidade de gerar e assimilar a informação podendo transformá-la em conhecimento. E, é o conhecimento aplicado e ampliado no seu dia-a-dia que o torna competente em suas tarefas, em sua profissão, como as atividades profissionais realizadas dentro de um hospital.

Sveiby (1998) afirma que o conhecimento apresenta quatro características: é tácito, orientado para a ação, sustentado por regras e está em constante mutação. O conhecimento apesar de pessoal é construído de forma social e transmitido no contexto, confundido com a experiência que o indivíduo tem da realidade. Os conhecimentos do profissional médico e dos demais trabalhadores da saúde colocam-se como uma fatia do processo informacional humano que acontece frequentemente dentro do âmbito hospitalar.

Atualmente a sociedade encontra-se em um novo estágio, conforme descrito pelo americano Daniel Bell em seu livro *The Coming of the Post-Industrial Society*, publicado em 1963, no qual descreve os cinco fatores que indicam o aparecimento da sociedade pós-industrial: a passagem da produção de bens à produção de serviços; a crescente importância dos profissionais liberais e técnicos em relação à classe operária; o papel central do saber teórico; o problema relativo à gestão do desenvolvimento técnico; o advento de uma nova tecnologia intelectual, ou seja, as máquinas pensantes (De Masi, 2000). O termo “sociedade pós-industrial” foi inicialmente utilizado por Alain Touraine em uma coletânea de ensaios publicados em 1969, no qual procura sintetizar os cinco fatores de Bell em um único ponto: a sociedade atual distingue-se pela sua necessidade e capacidade de projetar o próprio futuro (De Masi, 2000).

Uma das características marcantes desse novo mundo da sociedade pós-industrial, o mundo pós-moderno, é o fenômeno da globalização, descrito inicialmente no conceito de “aldeia global” de McLuhan (De Masi, 2000). Atualmente são globalizados os meios de comunicação de massa, a ciência, o dinheiro e a cultura. Qualquer componente da sociedade atual sofre o fenômeno da globalização. A informação do mundo pós-moderno encontra-se envolta nesse novo contexto, modificando todo o conjunto de conhecimento da humanidade e tornando-se um dos principais alicerces, configurando no que já se denominou de sociedade da informação (Lévy, 1999).

A construção do pensamento atualmente passa por uma busca da totalidade, “é preciso complementar o pensamento que separa por um pensamento que une” (Morin, 1996). Para Morin (1996) a teoria da informação, a teoria cibernética e a teoria dos sistemas dão uma forma de alcançar o objetivo da complexidade de unir (contextualizar e globalizar). Fundindo as três teorias citadas aparece o fenômeno da cibercultura, envolvendo todo o tecido social do momento, inclusive o conhecimento médico-hospitalar e o sistema de informação hospitalar. Cibercultura é definida por Lévy (1999)

como “o conjunto de técnicas (materiais e intelectuais) de prática, de atitudes, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço”. O pensador ainda define o ciberespaço como “o novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. O termo especifica não apenas a infra-estrutura material da comunicação digital, mas também o universo oceânico de informações que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam esse universo”. (Lévy, 1999).

Com o ciberespaço, o homem passa a fazer parte de dois mundos, duas realidades, como se fossem duas dimensões tempos-espaciais distintas. Pois, corporalmente situa-se e relaciona-se apenas com uma, porém, sua mente percorre dois espaços distintos. Como o contexto é importante para a existência da informação, ao estar o homem em duas dimensões, com características distintas, ao mesmo tempo, seu conhecimento passa a ser múltiplo, com vislumbres provenientes de um portal bidimensional. Com a presença dos seres humanos no ciberespaço, forma-se uma sociedade no ciberespaço, pois há atores sociais presentes, com suas ações sociais estruturadas. Nesse ambiente social o sistema de saúde também está presente, também tem responsabilidades com o indivíduo e com o grupo social imerso nesse ambiente.

2.1.2 Conhecimento médico e o novo paradigma da saúde

A saúde mudou com as mudanças profundas pelas quais passou a sociedade humana. Conforme o desenvolvimento tecnológico alcançado pela humanidade, possibilidades e preocupações na saúde foram retrabalhadas. No seu primeiro estágio, as atividades de saúde concentravam-se, sobretudo, na cura do indivíduo acometido pela doença. O objetivo básico das pesquisas e dos trabalhos da área de saúde era combater a moléstia instalada no indivíduo, procurando diminuir sua angústia e sua dor, buscando diminuir sua incapacidade de trabalho, relacionamento e sobrevivência.

Em um segundo estágio, com o advento da industrialização e do pensamento moderno, novos conceitos se instalaram na saúde. A tecnologia trouxe novos insumos ao arsenal terapêutico: a anestesia e a anti-sepsia possibilitaram o avanço cirúrgico de extirpação; a manipulação bioquímica e os estudos farmacológicos trouxeram a possibilidade de cura real a diversos males; o advento de máquinas mecânicas e elétricas veio auxiliar no combate às doenças. Além desses fatos, novos conceitos se interpuseram nas políticas de saúde: o contágio de doenças entre os homens e o saneamento básico do meio ambiente (Foucault, 1989). Agora as políticas de saúde já

não visavam mais apenas curar as doenças, mas também preveni-las, e não apenas de forma individual, mas coletivamente.

Conforme citado por Dantas (1998), “a medicina existe para prover o ser humano de um nascimento seguro e de uma morte confortável, proteger o sadio, curar o doente quando possível, sempre aliviar o seu sofrimento e confortá-lo, e cuidar do deficiente durante a sua vida”. A doença é uma abstração, mas o ser humano doente é o problema real para a medicina. O conhecimento médico se concentra no que se poderia chamar de “a arte de tratar o ser humano doente de uma forma individualizada e de acordo com a evolução dos seus sintomas, obedecendo a critérios ditados pela experiência e guiados por uma observação rigorosa e detalhada” (Dantas, 1998).

Atualmente, o setor da saúde encontra-se em novo estágio. Como citado anteriormente, Daniel Bell definiu cinco princípios para caracterizar esta nova sociedade, a sociedade pós-industrial, os quais estão impressos nas atuais políticas do setor de saúde. A produção de serviços, a composição por técnicos e profissionais liberais, a centralização no saber teórico, a preocupação constante com o desenvolvimento técnico e a presença da informática em larga escala, inclusive com diversas máquinas robotizadas, são características marcantes do setor saúde deste século. Além dessas características, a necessidade de projetar o próprio futuro tem marcado profundamente as ações da saúde. Contudo, não apenas ocorre a necessidade da humanidade em manipular o próprio futuro, mas a tecnologia atual traz a capacidade de fazê-lo.

Assim, no ambiente estrito da saúde ocorreu uma grande mudança paradigmática. O foco inicial de combater e posteriormente também prevenir a **doença** passou a ser de promover a **saúde**. Todos os esforços de pesquisa, ação e políticas na área da saúde agora se concentram na promoção da integridade física, mental, social, espiritual e ambiental do ser humano e não mais no combate aos estados de desagregação dessa integridade. Dessa forma se se considerar o novo paradigma da saúde, onde a procura não é pela cura da doença, mas pela manutenção da saúde, também se tem que gerar, manter e difundir o conhecimento sobre o indivíduo sadio, em todos seus aspectos.

Desde os primórdios o homem procura ter conhecimento sobre como manter seu estado de saúde, e como retornar a esse estado, quando uma doença o assola. A informação médica gerada pelos indivíduos não se reporta apenas aos profissionais da saúde. Manter e difundir o conhecimento médico é mais um ato médico (aqui incluindo

todos os profissionais da saúde); porém, a geração desse conhecimento não se limita apenas ao profissional, mas também ao indivíduo doente quando no processo de comunicação, são contextualizadas as informações.

Na sociedade humana, o estar doente é um problema grande para o indivíduo, mas também é um problema para todo o tecido social que o envolve. Não apenas no aspecto do perigo de contágio, de disseminação do mal entre outros indivíduos. Há que se considerar sua inserção na sociedade, e contemplar suas conexões dentro do agrupamento humano. O provedor da família, pai ou mãe, na sociedade, ao adoecer coloca em risco a manutenção, a sobrevivência daquele núcleo familiar, sustentáculo social. Os filhos, dependentes e responsabilidade do casal, também representam, em suas doenças, o fim da continuidade da família, um aleijamento daquela faceta familiar na composição da sociedade no futuro. O profissional da saúde deve considerar todo o aspecto que envolve o conhecimento especializado com que trabalha. A informação médica não é apenas produto de sua atividade. Deve ser parte integrante e integral do indivíduo e da sociedade.

O homem detém o conhecimento na área da medicina desde tempos imemoráveis. Há achados arqueológicos, como no Museu do Homem Americano, em São Raimundo Nonato, Piauí, demonstrando artefatos humanos que assinalariam ter o homem pré-histórico algum conhecimento na prática da preservação da saúde e no combate às enfermidades que lhe afligiam. Do período da escrita, das tábuas sumérias aos papiros egípcios, nos chegam relatos que apresentam fatos descritos, os quais nos levam a inferir sobre o conhecimento médico da época.

Por longo período o conhecimento médico era montado individualmente ou em pequenos núcleos de profissionais, com grande perda. Com o Renascimento houve uma reorganização do saber, surgindo as universidades como entidades de fomento e preservação do conhecimento, através dos compêndios escritos e da concentração de profissionais em um só lugar, de forma que o gerenciamento do conhecimento fosse mais eficaz, tornando o aluno mais rapidamente apto a absorver o conhecimento dos especialistas.

Após a revolução industrial, o número de obras médicas, escritas, e de associações médicas, onde a transmissão oral e discussões promoviam formas mais ágeis de transferência do conhecimento médico, houve um crescimento da capacidade e da versatilidade com que se poderia gerir tal conhecimento. Também, a revolução biomédica realizada por Pasteur no séc. XIX e a revolução sanitária trazem um

crescimento do saber médico, da sua forma de ser gerado e principalmente, de como e para quem ser transmitido. Juntando-se a esse fenômeno, a revolução informacional, com o advento dos computadores, das redes, da telecomunicação, transforma o conhecimento médico em um conjunto colossal, crescendo de instante a instante, em várias direções (Foucault, 1989).

Desde muitos anos o médico é chamado de **doutor** (do latim *doctor*, o mestre, aquele que ensina) enquanto o homem doente é chamado de **paciente** (do latim *patiens*, o que sofre, o que suporta). Ora, se o médico é um educador, a atividade médica é pura educação, a qual não ocorre apenas nos centros de ensino, no momento de contato mestre-aluno das universidades, durante as palestras de especialistas para especialistas. Na relação médico-paciente, ocorre o fenômeno do ensinar, do transmitir o conhecimento médico.

A compreensão do ser humano doente suplanta o próprio conhecimento do indivíduo, e perpassa o seu próprio eu, englobando suas interações com as outras pessoas, o ambiente em que vive, sua alimentação, sua espiritualidade, sua cultura (Pires, 1989). Como já foi dito, o conhecimento se dá pela introjeção da informação contextualizada. O saber médico baseia-se no diálogo, no contato, na troca de informações entre médico e paciente.

Quando se discute sobre o conhecimento médico é comum associá-lo à educação médica nas escolas de medicina, aos alunos e aos grandes professores. Entretanto, o conhecimento médico vai além do transferir conhecimento entre pares, entre médicos e alunos ou entre médicos e médicos. O conhecimento médico repousa em cada contato médico-paciente, e é nesse ponto, que se dá a transmissão da informação, que ocorre a geração do conhecimento. As entidades que estudam e trabalham com o conhecimento médico procuram voltar sua atenção não mais apenas ao contexto educacional das escolas médicas e associações médicas, mas também ao foco da transferência de informação que se dá do médico ao paciente e do paciente ao médico, quando ocorre a relação médico-paciente. No ato médico, as informações que o paciente tem sobre si mesmo é algo novo, desconhecido ao médico, enquanto que para o paciente, o conhecimento do médico sobre vários doentes, englobando-os na imagem da doença, é o que ele busca, para tornar-se são.

2.2 Instituição hospitalar

2.2.1 Formação e inserção no sistema de saúde atual

Os hospitais, instituições hoje bem definidas, no centro das inovações tecnológicas da medicina, com estruturas e funções próprias, nem sempre foram assim. A medicina iniciou-se como uma atividade de pessoas isoladas, como a maioria das atividades humanas. Os médicos, até o século XVII, trabalhavam em suas casas ou nas casas de seus pacientes. Quando as cidades começaram a crescer e os problemas sanitários avolumaram-se, os administradores resolveram “acumular” os doentes em grandes “armazéns” de forma que não contaminassem o resto da população. Dessa forma, os primeiros hospitais iniciaram-se mais como depósitos humanos do que como uma organização social com objetivos claros. Até então, segundo Foucault (1989) o hospital não tinha função médica e nem a medicina era uma prática hospitalar.

O controle burocrático da vida do cidadão, com normas, regras, obrigações em sua vida individual para um bem social iniciou-se no século XVII na Alemanha, não com o objetivo de bem-estar pessoal, mas de controle político da situação. Esse controle se estende para a França e para a Inglaterra, de formas diversificadas, mas repercutem na organização dos hospitais, que passam a ter pessoas responsáveis pela entrada e saída de indivíduos, bem como pelo controle de dejetos e contatos com a população sã. “A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (Foucault, 1989). Os relatos dessa época marcam a invenção do hospital como tecnologia médica.

Os hospitais eram lugares onde se recolhiam pobres moribundos, uns morredouros, cuidados por religiosos e leigos caridosos atrás de salvação de suas almas por ajuda aos necessitados. O médico só era chamado em último caso, para um pouco de conforto na morte, enquanto que a atividade médica era extremamente individualista, dada a sua qualificação pela corporação dos médicos a partir da compreensão dos conhecimentos de textos, nada importando sua experiência. “Nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina” (Foucault, 1989).

O surgimento do hospital como instituição de saúde acontece primeiro para conter a desordem: econômica, sanitária e militar. Contrabandos de riquezas nos

hospitais marítimos burlavam o fisco; os hospitais eram centros de epidemias para as cidades; os soldados agora custavam tempo e dinheiro de treinamento não podendo mais ser descartados facilmente pelos exércitos que exigiam dos hospitais militares baixa mortalidade, baixa permanência e baixa fuga de doentes. Foram impostos à organização hospitalar os ditames da disciplina: “técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII” (Foucault, 1989). Pela disciplina precisava-se orientar a distribuição espacial dos indivíduos, vigilância perpétua e constante bem como um registro contínuo.

Os médicos são trazidos ao seio hospitalar, primeiro como visitantes, depois como coordenadores do ambiente e então como administradores dele. Assim, o conhecimento médico hospitalar passa a crescer e a regulação de escritos passa a compor fonte de discussão e ensino aos futuros médicos. O conjunto de anotações obrigatórias: relatos das visitas; discussões e ordens médicas; receitas e dispensários de medicamentos; estatísticas de óbitos, curas e fugas; descrições arquitetônicas e disposição de canos, água e materiais; passam a compor o que virá a se chamar de prontuário médico.

De lá para cá, a instituição hospitalar desenvolveu-se consideravelmente, adquirindo, o que se diz na administração hospitalar, um conglomerado de empresas em uma só empresa. Administrar um hospital atualmente é administrar um *pool* de empresas: farmácia, restaurante, laboratório, hotel, fábrica de confecções, lavanderia, loja de departamentos; tudo isso visando ao objetivo principal: manter e promover a saúde dos indivíduos, com ambulatórios, enfermarias, centros cirúrgicos, unidade de tratamento intensivo (U.T.I.), várias unidades de diagnóstico. Com o crescimento das cidades e a organização estatal, o sistema foi burocratizado, em face da preocupação com a situação de controle de epidemias e guerras, com a intenção de excluir grandes males para a população em geral.

No ambiente hospitalar, a relação humana fundamental para sua existência é a relação médico-paciente. No contato entre o médico e o paciente desencadeiam-se todos os outros eventos desse ambiente. Assim, é nesse contato que surgem os componentes da informação hospitalar. A informação hospitalar acontece quando os fatos clínicos ocorridos a partir do momento da internação do indivíduo enfermo até sua alta, situados nesse contexto. Apesar de a instituição hospitalar ser uma conjunção de setores

diferentes, como se fosse um conglomerado de empresas, sua especial função é devolver a saúde à pessoa humana, doente, que ali se encontra internada.

Entretanto, o hospital não está sozinho no contexto social; ele apenas faz parte de um conjunto para a preservação da saúde individual e social. A saúde pode ser considerada como uma característica do indivíduo, conforme a definição da O.M.S. (Organização Mundial de Saúde): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Ferreira, 1989), ou melhor explicado: “saúde é a condição de equilíbrio fisiológico com o ambiente em que se encontra o organismo quando reage satisfatoriamente às solicitações dos fatores de risco que o ameaçam na vida, desde o nascimento” (Ferreira, 1989), sendo também considerada uma qualidade social.

Quando o Estado, a sociedade ou a comunidade reúne diversos tipos de recursos: financeiros, humanos, materiais, e tem a intenção de organizar uma prestação generalizada de cuidados com a doença e de promoção da saúde, dá-se a terminologia de **sistemas de cuidados de saúde** ou, simplesmente, **sistemas de saúde** (Ferreira, 1989). Para que as pessoas e instituições que compõem esse sistema possam alcançar seus objetivos, obtendo resultados pré-determinados, há que se ter suprido a necessidade de uma estrutura de serviços bem organizados em suas funções e meio de ações de forma que facilitem aos usuários a sua utilização. Um sistema nacional de saúde congrega todos os serviços: tanto os de cuidados primários quanto os hospitalares, com a intenção de dar cobertura médico-sanitária às definições políticas de saúde de um governo. Por definição, esses sistemas nacionais têm características universal, integral e gratuito.

No Brasil, o sistema de saúde está em constante transformação desde o século XX, seguindo as mudanças por que passa a sociedade brasileira: econômicas; políticas e sócio-culturais. Do início do século XX a meados da década de 60, havia um modelo de saúde: o sanitarismo campanhista (Luz, 1979; Costa, 1985, citado por Buss; Labra, 1995). A assistência médica, em torno dos anos 30 e 40, ocorria nas grandes cidades, com a assistência hospitalar concentrada nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas (Buss; Labra, 1995).

Com a evolução da sociedade brasileira, introdução de uma industrialização pesada, ocorre a mudança para um modelo médico-assistencial privatista (Luz, 1979, citado por Buss; Labra, 1995), vigorando dos anos 60 a meados dos anos 80, baseado em um tripé: 1) o Estado como grande financiador do sistema; 2) o setor privado

nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; 3) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos (Mendes, 1993, citado por Buss; Labra, 1995). Ocorre uma concentração das ações de saúde nas instituições hospitalares, com investimentos, acúmulo de tecnologia, treinamento e diversificação de mão-de-obra.

Com a democratização brasileira ocorrida pela nova Constituição Federal de 1988, são encampadas várias idéias debatidas no chamado “movimento sanitário” (Rodriguez Neto, 1992, citado por Buss; Labra, 1995), formando um modelo de reforma sanitária. Os hospitais, como centros tecnológicos, educacionais e assistenciais no novo contexto de saúde social, precisam possuir e fornecer informações adequadas aos cidadãos, preocupando-se cada vez mais com o sistema de informação do hospital.

2.2.2 Organização e funcionamento dos serviços de informação hospitalar

Sendo o centralizador das ações e financiamentos da saúde, mas também encarregado, no novo contexto social, de disseminar informações para a formação do perfil do novo cidadão brasileiro, o hospital tem que reorganizar a complexidade do seu ambiente administrativo. Como o enfoque atual, pelas novas leis brasileiras, está voltado ao cidadão consumidor de informações, a instituição hospitalar necessita apresentar um espaço de interlocução entre o usuário e o seu sistema de informação.

Nos hospitais brasileiros, o S.A.M.E., serviço de arquivamento médico e estatística, foi o primeiro serviço de informações hospitalares, tendo hoje diversas denominações e funções. O primeiro SAME brasileiro foi organizado em 1943 pelo Hospital das Clínicas de São Paulo, que se utilizou das recomendações da CCCH (Comissão Conjunta para Credenciamento de Hospitais), comissão criada nos Estados Unidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões para impor padrões nas áreas física, administrativa e clínica dos hospitais americanos, ainda na década de 20 do século passado. Conforme as recomendações da CCCH, os hospitais eram orientados a manterem um programa de padronização de seus prontuários médicos, organizando suas informações e sendo geridos por um setor, o SAME. Na década de 60, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) disseminou a obrigatoriedade de organização dos prontuários em todo o país, obrigando suas instituições conveniadas a manterem os dados padronizados para justificar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes, daí surgindo uma infinidade de organizações de serviços de registro e informações em saúde para manipular e manter organizado os prontuários dos hospitais.

Como os serviços foram organizados sem uma orientação técnico-acadêmica centralizada, várias denominações e funções foram impingidas. Encontram-se hoje denominações como SDM – Serviço de Documentação Médica; SPP – Serviço de Prontuário Médico; DDAM – Divisão de Documentação e Auditoria Médica; DID – Divisão de Informação e Documentação Médica; SIAP – Serviço de Informações e Apoio; SRD – Serviço de Registro e Documentação; CDCI – Centro de Documentação Científica e Informática; SEDIS – Serviço de Documentação e Informações em Saúde; CPD – Centro de Processamento de Dados (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1999).

Conforme a OPAS (1990), os serviços de registro e informação em saúde têm por objetivos: “1) contribuir para a prestação da melhor assistência possível ao paciente, assegurando que seu prontuário único seja exato, confidencial e acessível; 2) proporcionar à direção da instituição hospitalar informações fidedignas e apropriadas para a determinação de necessidades; 3) prover os níveis hierárquicos superiores com indicadores de saúde necessários para a gerência e planejamento; 4) providenciar os prontuários e outros registros para estudos e pesquisas; 5) zelar pela proteção dos interesses legais do paciente, do corpo clínico e da instituição”.

Sua estruturação implica conhecimentos bibliotecários, com algumas nuances, tendo como um dos seus enfoques os registros clínicos efetuados durante a assistência médica prestada ao paciente. Esses registros devem facilitar a continuidade de melhor assistência clínica, proporcionar indicadores administrativos, dar respaldo à pesquisa clínica e ao ensino médico, providenciar a obtenção do ressarcimento financeiro às atividades realizadas. A máxima constantemente citada em hospitais e empresas conveniadas diz: “a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada”. Portanto, para a instituição hospitalar, foi mais cômodo direcionar o espaço de interlocução do usuário e o sistema de informação, direcionando essa tarefa ao setor de registro e informações já existente em seu contexto.

No entanto, a maioria dos setores em foco contém em seu cerne o antigo paradigma do tratamento da informação centrado no sistema, pois sua formulação e estruturação aconteceram durante as primeiras décadas do século XX, quando a preocupação era organizar e padronizar para uma produção em massa, “em escala industrial”. O usuário pós-moderno, em pleno século XXI, possui direitos constitucionais amplos, com necessidades e satisfações bem diferentes das existentes há cem anos atrás. Se anteriormente valia a “sociedade programada” de Touraine, o qual

dizia que “o coração da sociedade é a programação”, agora vive-se na “sociedade criativa” de De Masi, onde, “o coração da sociedade é a invenção”, como cita Hegedas, ou “é a informação, o tempo livre e a criatividade científica e estética”, como apregoa De Masi (2000).

Como as instituições mudaram o caráter de fazer cultura, também os hospitais passam a encarar seu público usuário não apenas como o pólo receptor de seus insumos, mas também como pólo emissor de sua prática institucional (Le Marec, 2001). Muitos dos hospitais, então, trazendo a influência da ciência administrativa, da empresa orientada ao mercado, passam a compor um novo setor, que alguns denominam de **serviço de atendimento ao cliente**, no intuito de se utilizar todo o conhecimento adquirido pela indústria e comércio no lide com o novo modelo de cidadão, de cliente globalizado, porém personalizado. O setor de registro e informação hospitalar tem que trabalhar voltado a um novo modelo, centrado no usuário, criativo, dinâmico, que atenda às necessidades não do próprio sistema, mas que satisfaça aos seus usuários, respeitando suas particularidades. Há uma procura nos setores hospitalares por uma nova definição dos seus sistemas de informação hospitalar.

2.3 Sistema de informação hospitalar

2.3.1 Prontuário médico compondo o sistema de informação hospitalar

A literatura propõe empregar a denominação de sistema de informação para designar o conjunto de canais formais e informais de comunicação da informação dentro de uma organização ou ambiente. Vários autores têm estudado uma base conceitual geral para explicar os sistemas de informação (Buckland, 1991a) bem como propor modelos que facilitem a construção desses sistemas (Dervin, 1983; Kuhlthau, 1991; Taylor, 1986). Dervin (1983) propõe um modelo “*gap-situation-use*” enquanto Kuhlthau (1991) expõe um modelo cognitivo para os sistemas de informação, porém são modelos sem uma verificação prática convincente.

Há alguns elementos que caracterizam os sistemas: a intangibilidade, pois não têm dimensões concretas; a inseparabilidade, pois há simultaneidade entre a execução e o consumo do sistema; a variabilidade, pois há percepções, expectativas e reações diferentes de um usuário a outro (Cohen, 1995).

O sistema de informação hospitalar tem como alicerce o prontuário médico do paciente. A história do prontuário médico iniciou-se com Hipócrates no século V a.C., e procurava refletir o curso da doença e indicar possíveis correções para a mesma. Para ele, os achados eram tão importantes quanto sua documentação escrita. Observa-se que, já nos primórdios, o prontuário médico, ou registro clínico do paciente, procurava ser uma fonte de informação para o médico, que nele tudo anotava, de forma a ter uma decisão mais precisa sobre a doença. Hipócrates já se preocupava com o gerenciamento da informação médica. Em seus achados, há os primeiros registros tomados como registros clínicos, onde descrevia os relatos dos pacientes, seus sinais físicos, suas dúvidas e indagações, bem como seus procedimentos e fórmulas de tratamento. Para a medicina hipocrática, onde o fazer médico se dava através do contato do discípulo com o mestre, também os relatos clínicos eram muito valorizados.

A partir do século XIX, com o primeiro grande avanço tecnológico na medicina, a introdução por Laenec em 1816 do estetoscópio na prática médica, o prontuário foi acrescido por mais observações, pois o médico passou a buscar os dados de dentro do corpo do paciente. Agora já se escrevia não somente achados e observações, mas também os resultados dos tratamentos e dos exames realizados.

Em 1880, William Mayo, da Mayo Clinic, faz uma mudança fundamental na estrutura do prontuário. Passa a fazer as anotações relativas ao paciente, e não apenas à doença, como ocorria anteriormente, quando se confundiam vários doentes numa anotação só. Em 1907, a Mayo Clinic, como organização, passa a adotar arquivos separados para cada paciente, sendo que em 1920 se distingue o conjunto de dados mínimos a conter um prontuário (padronização do prontuário). Com isso possibilitou melhor reflexão e uma linha de raciocínio mais fidedigna na tomada de decisão.

Hoje, o prontuário médico apresenta vários objetivos: suporte ao cuidado médico (facilita e documenta a atenção ao paciente, assegura continuidade da atenção médica, ajuda na tomada de decisão médica); registro legal das ações e cuidados médicos; suporte à pesquisa e ao ensino; suporte ao controle de qualidade e à auditoria médica; suporte ao sistema administrativo e financeiro do hospital (organização, manutenção, projetos). (Shortliffe; Perreault, 1990). Todos esses sistemas, agrupados no termo de sistemas de informação hospitalar, procuram registrar as informações hospitalares dos pacientes, de forma compartilhada entre os vários setores do hospital.

As principais atividades administrativas envolvidas nos prontuários médicos atualmente são: controle de reserva de leitos, pré-admissão, admissão, altas,

armazenamento de informações e registros de diversas clínicas, manutenção de índice dos registros médicos, elaboração de estatísticas dos registros, sistema de conta dos pacientes, gerenciamento financeiro, folha de pagamento dos funcionários, controle de recursos materiais.

Há que se ter um sistema de informação completo, com todos os seus subsistemas funcionando e integrados. Podemos utilizar a subdivisão de Araújo (1994): subsistemas de entrada (seleção e aquisição, descrição, representação, organização de arquivos, armazenamento); subsistemas de saída (análise e negociação de questões, estratégia de busca e recuperação, disseminação e acesso ao documento) e o subsistema de avaliação que se refere a cada subsistema e ao sistema como um todo.

Entre os subsistemas de entrada encontramos o subsistema de arquivamento hospitalar. Como em qualquer outro sistema de informações, apresenta como função “a guarda e a manutenção dos documentos propriamente ditos” (Araújo, 1994). Para o subsistema de arquivamento hospitalar ocorrem alguns fatores peculiares, que o distinguem dos subsistemas de arquivamento mais conhecidos. Desde que Hipócrates, no século V a.C., considerou em sua escola que o registro clínico dos achados e considerações sobre o tratamento médico era tão importante quanto o diagnóstico e o tratamento da enfermidade em si, a medicina não mais se afastou do registro. No Código de Ética Médica Brasileiro, em seu artigo 69, está escrito: “é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente”. E também, no artigo 39: “é vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos”.

A documentação médica, fonte de informação médica e base para o conhecimento médico do passado, presente e futuro, com o crescimento da importância social da instituição hospitalar, passou a estar mais concentrada nos hospitais. Primeiramente os documentos médicos eram agrupados por doença, por médico, seguindo a evolução temporal da observação médica. Posteriormente houve a evolução de se agruparem os prontuários médicos por paciente, separando os dados de um paciente de outro. O que, como citado, é hoje uma exigência ética ao médico. Manteve-se, entretanto, a cronologia dos eventos dentro do prontuário.

Com o tempo, a tecnologia médica cresceu, além da evolução temporal da doença; o paciente começou a ser diagnosticado como um ser no qual várias doenças ocorrem e as observações médicas se ombreiam com observações por aparelhos. O

prontuário foi então subdividido não mais apenas na ocorrência cronológica dos eventos, mas setorizado em eventos distintos: observações clínicas, exames laboratoriais, procedimentos cirúrgicos, atendimentos de tratamentos intensivos, anotações de enfermagem, de nutrição, observações de auditores.

O arquivamento hospitalar tornou-se complexo. O prontuário não é um documento, que gerado, permanece estanque. É dinâmico e como ente físico ele cresce com o paciente. Como ente de representação ele se modifica conforme a evolução das exigências éticas, legais e técnicas. Outra característica importante dos documentos hospitalares é que são documentos do paciente, produzidos pelo médico, que ficam sob a guarda do hospital. Há mecanismos legais já referentes a essa particularidade.

Todavia, a importância de se guardarem documentos é que podem gerar a recuperação da informação que representam, que podem suprir de novos conhecimentos as pessoas que dele se utilizarem. “A avaliação de um subsistema de recuperação da informação é tradicionalmente baseado na efetividade de suas taxas de precisão (a proporção de documentos recuperados que são relevantes) e de chamadas (a proporção de documentos relevantes que são recuperados). A taxa de chamadas é particularmente difícil de estimar porque não é fácil determinar o número de documentos relevantes 'perdidos' pela pesquisa” (Smithson, 1994).

O compromisso assumido em desenvolver sistemas de recuperação eficientes passa por compatibilizar os dados e os contatos de base: as relações médico-pacientes intra-hospitalares. Além de tudo isso, há um grande problema estratégico e legal. O Código de Ética Médico diz, em seu artigo 11: “o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade”.

Recuperar a informação que se quer e que se pode ter, do ponto de vista ético, legal e estratégico, é um desafio ainda presente no planejamento e desenvolvimento dos sistemas de informação hospitalar. Como descrevem Wiederhold e Perrault (1990): “a finalidade de um sistema de informação hospitalar é gerenciar a informação que profissionais da saúde necessitam para executar suas atividades efetivamente e eficientemente”.

Além disso, o ambiente está em mudanças. Já não há apenas o mundo físico, o geográfico. Há também o mundo virtual, o ciberespaço. Com o advento das redes de computadores, da *internet*, das tecnologias *web*, o homem adentrou uma nova dimensão

e já ocorrem relações médico-pacientes no ciberespaço. Os sistemas de informação hospitalar devem também contemplar as vantagens e desvantagens desse espaço, mas dele não podem ausentar-se.

2.3.2 Novas tecnologias para o sistema de informação hospitalar

O sistema de informação hospitalar precisa envolver-se com a informação médica no ambiente virtual, o ciberespaço. Deve preocupar-se como o conhecimento médico vai ser transmitido, como o profissional de saúde deve e está agindo e como o cidadão tem seu direito à saúde assegurado. Com a entrada horária de milhares de novos internautas em um mundo bidimensional, o mundo globalizado se torna a cada dia real e virtual, geográfico e cibernético, e a informação médica gerada e tratada pelo sistema de saúde tem um comportamento dual.

Para o sistema de saúde e para os médicos, um cidadão pode estar relacionado com outro ao seu lado, em seu espaço geográfico, com necessidades e alterações corporais de mesmo porte, mas pode também, no mesmo momento, estar relacionado com outros, em seu espaço cibernético, com necessidades e alterações mentais diversas do seu ambiente físico. Seus aspectos sociais serão duplos, reunindo fatores locais do espaço real e do espaço virtual.

A interconexão hoje não se dá apenas entre computadores. Cada aparelho no ambiente médico hoje já traz um chip e uma placa de rede. Os protocolos de troca de sinais, imagens e dados já estão bem estabelecidos. A tecnologia da telecomunicação está crescendo, com centenas de milhares de celulares com acesso à internet somente no Brasil. A conexão ao espaço cibernético não se dá apenas em salas restritas, com aparelhos específicos, por pessoas especializadas. O ciberespaço está abrindo portais de comunicação com o espaço geográfico em cada lugar que tenha um ser humano. Em cada objeto que ele utiliza. Ocorre até a possibilidade de se confundir um espaço com o outro: o corpo no espaço geográfico e a mente no espaço virtual. A arte se precipita, como no filme *Matrix*.

Para o presente, o sistema de recuperação hospitalar via *web* é real. Os mecanismos de pesquisa que já existem na internet podem ser usados perfeitamente pelos sistemas hospitalares. “Os dois tipos básicos de motores de busca: listas classificadas e motores baseados em questões” (Schwartz, 1998) são tão viáveis que já são utilizados por hospitais americanos. Pode-se aperfeiçoar o sistema, usando motores

de busca mais eficientes, com particularidades de cada usuário, posicionados para agirem contatando os usuários à distância, em qualquer situação em que se encontre.

Os primeiros hospitais que se lançaram no caminho da informatização tiveram, como qualquer empresa na década de 60, enormes dificuldades. Havia pouca mão-de-obra conhecedora da área e de elevado custo operacional. As máquinas eram poucas, caríssimas, de difícil manutenção e manuseio. O conhecimento acumulado na área era muito pouco. Essas instituições então se lançaram a informatizar apenas sua área administrativa. Importante, mas não o essencial de um hospital. Então, com o advento dos microcomputadores, das redes de computadores, o ambiente computacional mudou.

Hoje, a maioria dos hospitais brasileiros possuem computadores em suas dependências. Muitos já têm serviços informatizados. Entretanto, a maioria segue a tendência inicial das primeiras informatizações: começando pelo setor administrativo. São poucos os hospitais brasileiros que se aventuram pelo campo da informatização do prontuário médico. Deve-se lembrar, no entanto, que apesar da melhoria da qualidade da gestão do conhecimento com a informatização da administração, a ação hospitalar se dá realmente no ambiente clínico.

Castells (2000) refere-se, como características fundamentais da sociedade da informação a: 1) a informação como matéria-prima; 2) a alta penetrabilidade social de novas tecnologias; 3) o predomínio da lógica de redes; 4) a flexibilidade; 5) a crescente convergência de tecnologia. Seguindo as tendências da sociedade atual, a informatização do prontuário clínico é um dos objetivos buscados pelos sistemas de informação hospitalar, no momento. As tecnologias web, baratas, disseminadas, integradas nos vários setores da sociedade, trazem ao ambiente hospitalar uma gama de facilidades na implantação de um sistema de informação automatizado que consegue tornar a função de gerir o conhecimento, durante essa explosão informacional, uma atividade mais eficiente.

Para Sabbatini (1999), o novo conceito de intranet, o uso da tecnologia da Internet no ambiente interno de uma organização, traz uma grande vantagem, “é que os próprios usuários da informação aprendem a colocar a informação no sistema. No paradigma anterior era necessário ir ao usuário, conversar com ele, pegar todas as informações, levá-las a um grupo de desenvolvimento e análise para ele fazer um software complicadíssimo, que levaria dois anos para funcionar. Esse modelo está começando a ser derrotado por uma tecnologia muito mais democrática e acessível, onde o próprio usuário gera informação de setor para toda a organização. Aos poucos,

estão se desenvolvendo ferramentas adequadas para isso, principalmente no sentido de manter o aspecto confidencial e da proteção dos dados, que são aspectos muito sérios”. Assim, o objetivo de se ter assegurado um bom sistema de troca e geração de conhecimento na organização hospitalar é alcançado mais facilmente. Os usuários do sistema, onde repousa o conhecimento, poderão interagir, eles mesmos, com a face informatizada, sem os entraves de interfaciamento com terceiros.

É para um ambiente informatizado que os hospitais brasileiros estão migrando. Nesse ambiente, a consistência das informações depende de um entendimento correto entre o usuário e o sistema. Para tanto, compatibilizar as idiosincrasias de cada ambiente, de cada organização, de cada elemento humano do sistema, com os outros sistemas: entre setores do mesmo hospital, entre hospitais, com fornecedores e clientes, com outros elementos do sistema de saúde brasileiro, torna-se muito importante.

“Dentro do universo da informatização do hospital, uma tendência muito interessante que ocorre no mundo todo é a possibilidade de se conectar, em todos os equipamentos, ou quase todos os equipamentos modernos que existem dentro do hospital, à própria rede de informática do hospital. Hoje, a maior parte dos equipamentos vendidos já têm uma interface ou uma placa de rede. Então, por exemplo, hoje, em um laboratório clínico, um analisador bioquímico do sangue que faz cerca de 300 análises por hora, já tem um computador embutido que pode ser ligado à rede do hospital, de forma que se elimina o intermediário de digitação dos resultados do laboratório, entrando diretamente o exame para a ficha do paciente” (Sabbatini, 1999).

A gestão do conhecimento médico no ciberespaço é uma indagação atual para o futuro próximo. A cada dia, milhares de seres humanos adentram esses portais interdimensionais, gerando um mundo novo, paralelo e conjugado com esse, coexistindo uma mente em dois corpos distintos. A relação médico-paciente se reporta agora não apenas ao contato físico, verbal, sensitivo de dois seres, mas ao relacionamento com interportais representantes dos indivíduos transeuntes de dois mundos, ao contato mente-espírito.

Na era tecnológica, novos fatos são agregados ao contato físico e ao processo mental. O olhar da máquina, penetrante, esmiuçante, passa a desvendar novos conhecimentos ao homem, mesmo que guardados nas entranhas do DNA, no submundo das moléculas. A gestão do conhecimento na medicina reordena-se para esse novo contexto, onde o homem busca na máquina um aporte à construção do seu conhecimento.

Há agora um novo elemento, no qual a mente fica, e o corpo esvai-se. No ciberespaço existe agora um mundo só de conceitos e idéias, onde não há o real representado. O que seria a representação passa a ser o próprio ser real. O conjunto formador do espaço cibernético é construído sem corpo.

Os portais do ciberespaço são entradas do mundo real - corporal, ao mundo virtual - cibernético. No âmago da computação, portais seriam apenas documentos com softwares embutidos, que trariam informações na forma de ações de busca, troca de mensagens, imagens, sons ou qualquer evento multimídia que porventura se agregue ao mundo virtual: cheiro, odor, sabor.

Há os portais horizontais, agrupando inúmeras informações de áreas diferentes, coordenadas por uma só entidade ou organização, e há os portais verticais, que se especializam numa só área, intercalando informações de várias entidades ou organizações dessa área. Neste segundo tipo apresentam-se os portais médicos.

Porém, ao considerar um portal médico apenas do ponto de vista da computação, o mesmo não passaria de um conteúdo informacional ligando outros conteúdos informacionais, com a possibilidade de relacionamento entre seres humanos por troca de mensagens, imagens ou outros itens multimídias. No portal ocorre a interface dos dois mundos citados; ocorre o principal do conhecimento médico, a relação médico-paciente no ciberepaço.

A gestão do conhecimento em um portal médico não pode restringir-se apenas a preocupar-se com a troca de conhecimentos entre especialistas como se vêem hoje em dia em portais como MedWeb, MedStudents, HealthGate, IntraMed, Bibliomed, Hospital Virtual Brasileiro. Precisa ir além, tratando de gerar e transmitir conhecimento no momento da relação médico-paciente, onde se dá toda a plenitude do conhecimento médico.

Mitchell (1995) não apenas descreveu suas opiniões, mas demonstrou o que diz, publicando simultaneamente seu livro em papel impresso e na Internet, de forma on-line. Descreveu a existência desse mundo virtual presente no mundo real, com conexões diretas, como portais interdimensionais abertos na figura do ser humano, quando se põe em mente no ciberespaço e permanece o corpo no espaço geográfico. Mitchell (1995) vai mais além, chegando a confundir o indivíduo com o espaço, transtornando os ditames sociais. Diz que sua identidade no mundo virtual, como seu *e-mail*, confunde-se com sua localização nesse mundo, o próprio endereço eletrônico. Ser cidadão fica difícil, pois a própria identidade se confunde.

Os fatos administrativos e técnicos são importantes componentes da informação hospitalar, porém, um sistema de informação hospitalar reside fundamentalmente nos fatos clínicos. Os fatos contextualizados formam a informação, que mentalizada gera conhecimento. “O ambiente dinâmico das ciências da saúde constantemente incorpora avanços da biomedicina, tecnologia e prática educacional relacionados aos cuidados dos pacientes”. (Rankin; Sayre, 1993).

Com a era da informação, o acúmulo da mesma é gigantesco. Valauskas (1992) escreve que a produção mundial de material impresso é duplicada a cada 20 meses (menos de 2 anos), cerca de 1.000 (mil) livros são publicados por dia, aproximadamente 6.000 (seis mil) bases de dados eletrônicos servem a 4 milhões de usuários por dia, confluindo em uma verdadeira explosão documentária. A informação produzida é imensa e a instituição hospitalar não está fora disso. Há enormes quantidades de informações geradas diariamente, necessitando serem adequadamente tratadas pelos sistemas de informação, para que o hospital possa continuar prestando atendimento de qualidade. A informatização dos sistemas de informação é uma constante e uma exigência atual. Não há maiores colóquios sobre as vantagens e desvantagens sejam econômicas, de conforto ou praticidade, do uso da computação, nos dias atuais. Como bem desenvolve Davenport (1994), para a melhoria dos processos nas empresas, incluindo os hospitais, o uso da tecnologia da informação é atualmente vital, mas para ganhos de produtividade ou qualidade necessitaram acontecer inovações nos recursos humanos, os usuários dos sistemas. Assim, há que se discutir sobre como montar esses sistemas de informação de forma a satisfazer às necessidades dos usuários.

3 USUÁRIO HOSPITALAR: NECESSIDADES E USOS DA INFORMAÇÃO

Procurou-se descrever o usuário hospitalar, com maior detalhamento sobre o usuário médico e o usuário enfermeiro, bem como a relação do usuário com o sistema de informação, tanto na comunicação entre os dois como na qualidade do serviço de informação centrada no usuário. Após tais descrições passou-se a analisar as necessidades e usos de informação, comentando-se o processo de busca e obtenção da informação assim como a satisfação final do usuário com o sistema por ele usado.

3.1 Usuário hospitalar

3.1.1 Usuário médico e usuário enfermeiro

Na literatura se utilizam vários termos para os que usam os sistemas de informação: usuário, cliente, consumidor. “Apesar de apresentarem ligeiras diferenças de significado, assumem o mesmo sentido geral de ser um agente ativo que busca ou recebe informação de um sistema de informação” (Taylor, 1986). Preferiu-se, no entanto, trabalhar com o termo usuário nesta dissertação, que conforme o **Novo dicionário Aurélio** (1993) significa “cada um daqueles que usam ou desfrutam alguma coisa coletiva”.

Davenport (1998) propõe como passos básicos para analisar o processo de informação empresarial: “a identificação das necessidades e requisitos de informação; a coleta e entrada da informação; o armazenamento da informação; o tratamento da informação; o desenvolvimento de produtos e serviços de informação; a análise da informação para a tomada de decisão”. Em ambientes hospitalares, seguindo-se essas diretrizes, para a identificação das necessidades e requisitos de informação, o primeiro aspecto a se considerar seria o dos usuários primários da informação, que também seriam os principais geradores de conhecimento no ambiente hospitalar: os médicos e os outros profissionais de saúde, com destaque aos enfermeiros, pois a ação médica é a base da ação hospitalar, como base do cuidado ao paciente. A qualidade do hospital tem como elemento importante a qualidade do trabalho médico. É importante analisar como

se dá o processo de interrelação médico-paciente no âmbito hospitalar, os recursos que os atores desse processo solicitam e as maneiras de melhorar esse processo.

Historicamente, foi no século XIX que o governo brasileiro oficialmente reconheceu a profissão médica, delineando suas ações no ambiente hospitalar, suas obrigações e proporcionando uma autoridade social à profissão. No início do século XX, foi unificada a base cognitiva do ser médico, planificando-se em dogmas e conceitos básicos à ação profissional. Foram padronizados os treinamentos profissionais em escolas reconhecidas, que produzem as mesmas orientações, de forma que a sociedade pudesse cobrar uma qualidade única dos seus médicos. Surgiram então os comitês de ética para policiar o poder de autoridade conferido pelo governo e pelas escolas aos profissionais da área, estipulando-se assim uma expectativa de conduta padrão (Pires, 1989).

Estabelecido como profissional, o médico passa a ter lugar de destaque no ambiente hospitalar, onde gerencia as ações de cuidado com o paciente enfermo, coordenando os demais funcionários na lide clínica. Há um crescimento científico profundo, levando a maior complexidade do ambiente hospitalar. A função do médico é por natureza do processo de trabalho individualizado, com responsabilidade pessoal intransferível (Machado, 1996). A ele é dado o direcionamento técnico da equipe de trabalho em saúde. Sua relação com o sistema de informação hospitalar ocorre de forma contínua, dele necessitando para promover uma boa qualidade técnico-científica de suas ações, bem como para melhor coordenar o conjunto de trabalhadores da saúde ao seu gerenciamento. Também o controle legal do governo e dos comitês de ética, supervisionados pelos Conselhos de Medicina, ocorre via prontuário médico.

O profissional de enfermagem surge concomitantemente ao aparecimento das instituições hospitalares, pois o atendimento de saúde em larga escala, patrocinado pelo evento de internação, levou os médicos a delegarem tarefas auxiliares a outros, inicialmente às irmãs de caridade. Desse evento provém a íntima coexistência do profissional de enfermagem com o processo de hospitalização, decorrendo de sua presença constante e importante no sistema de informação hospitalar. Corcoran-Perry e Graves (1990) relatam que os enfermeiros sempre precisam de alguma informação do tipo: pessoas, equipamentos, medicações e relatórios, que buscam efetivamente no prontuário médico.

Para os sistemas de informação, colocando-se de lado os relatórios médicos, são os relatórios de enfermagem os principais reveladores da contínua atenção à saúde

patrocinada aos enfermos sob internação. A manipulação, a busca, a organização dos prontuários médicos é intensa e mistura-se à própria atividade básica dos enfermeiros em um centro hospitalar.

3.1.2 Outros usuários

Na coleta e entrada de informação para o sistema de informação hospitalar, há várias situações. Cada setor gera informações próprias, necessárias ao conjunto hospitalar: a lavanderia, a manutenção, o centro de esterilização, a cozinha, a farmácia, o setor financeiro, o setor de contas, o setor de pessoal, a UTI, a enfermaria, o centro cirúrgico, o laboratório, a radiologia. Contudo, um ponto básico para a entrada da informação é que seja prática ao usuário, coerente com o conjunto total de informação (o banco de dados do hospital, o banco de dados do sistema de saúde como um todo), e exequível de ser realizada.

Para se armazenar a informação, a preocupação é que seja um armazenamento produtivo. Guardar por guardar é inócuo, consome tempo e dinheiro. O armazenamento da informação tem por finalidade, além de cumprir uma norma legal, pois o hospital é obrigado por lei a guardar os documentos gerados na internação do paciente, que se relacionem com o mesmo (o prontuário médico), ser veículo do surgimento de novos conhecimentos: para o médico, para o hospital e para o sistema de saúde.

O tratamento da informação é um dos aspectos mais importantes e mais debatidos atualmente (Sugar, 1995). A informação solta, descontextualizada, não tem sentido. Porém, a informação precisa ser trabalhada, preparada na sua forma de ser recebida pelo sistema, armazenada e procurada no mesmo. A informação não deve ser só pensada no seu contexto hospitalar; deve procurar ficar compatível com todos os agentes do sistema de saúde. A grande intenção dos sistemas de informação é exatamente prover produtos e serviços com a informação. O sentido final é gerar conhecimento para os indivíduos. Logo, se forem melhores e mais úteis os produtos e serviços oferecidos, poderão trazer melhores respostas aos usuários do sistema. A informação hoje tem papel essencial para o exercício pleno da cidadania, e sua disseminação deve ser feita em todos os níveis (Brasil, 1994).

Outro aspecto a ser considerado é o da análise da informação para a tomada de decisão. O ser humano se vê em contato com a decisão diariamente, e a todo instante deve decidir entre uma coisa e outra. A tomada de decisão poderá ter melhor precisão caso o indivíduo tiver melhor conhecimento. Cada passo deve estar sempre observando

as outras etapas do processo. Um produto que percorra um processo ou fluxo de aprimoramento só estará acabado quando os vários passos do processo estiverem sintonizados entre si e cada um esteja sendo usado eficazmente pelo usuário.

O sistema de informação hospitalar desencadeia seus processos quando o paciente se interna. Há no ato da internação uma intenção, uma integração de vários fatores que para ali convergiram. É no ato de internar que os atores sociais do ambiente do sistema de saúde interagem mais diretamente, em um só momento. A instituição hospitalar, no ato da internação, demonstra a intenção de cuidar do paciente, durante sua estadia, em toda sua complexidade e necessidades de ser humano, especialmente no que tange à sua condição de enfermo, comprometendo-se a fornecer todo o apoio físico, tecnológico e do conhecimento médico para restabelecer sua saúde o melhor possível. É na internação que o hospital cumpre sua função social. Para o paciente, ser humano doente, na internação ele requer seu direito de cidadão, assegurado pela constituição, de atenção total à saúde. Ao se internar, o paciente também se entrega totalmente ao controle do médico e do hospital sobre os instantes de sua vida, que consistem no período de internação. Para o médico, profissionalmente comprometido com a preservação da saúde, durante o ato de internação ele se responsabiliza pela saúde do paciente integralmente, pois é obrigação sua supervisionar o provisionamento das necessidades em todos os sentidos.

Também é no ato de internação que aparece o quarto membro da configuração do sistema de saúde atual, os planos de saúde, privado ou particular, finalmente exercendo sua função básica: financiar e prover condições econômicas para que seu cliente possa ter sua saúde restabelecida. No ato de se internar, o plano assume a responsabilidade de manter o cliente-paciente, o hospital e o médico livres de preocupações com a viabilidade econômica de qualquer ato que se faça necessário para o restabelecimento da saúde do ser humano enfermo.

Em um hospital a informação encontra-se nos seus corpos clínico, administrativo e técnico, mas também no paciente. Se os corpos administrativo e o técnico dão a base de apoio para manter o conglomerado de empresas, que é o hospital, funcionando, e o conhecimento desse funcionamento é essencial para a organização hospitalar, o corpo clínico detém, em seus membros, o conhecimento que justifica a existência do hospital: tratar de seres humanos doentes. Entretanto, o conjunto de pacientes, como seres humanos, detém também um conhecimento do seu eu, no qual se passa a doença, objeto de trabalho da instituição hospitalar.

Para o sistema de informação hospitalar, os vários componentes humanos são o principal recurso informacional a ser usado. Eles devem compreender que a gestão do conhecimento é vital para o bom funcionamento e crescimento do hospital. Tornar isso viável é a tarefa do sistema de informação, que deve estar atento para o ambiente macro e micro de sua instituição.

No seu micro-ambiente deve atentar para o ambiente operacional onde se encontram os atores locais: médicos, profissionais de saúde, proprietários, pacientes, fornecedores, concorrentes, parceiros; e para o ambiente interno: aspectos financeiros, de produção, comerciais, de pessoal (corpo funcional, administrativo, técnico e diretor). Com o primeiro há uma interação freqüente, mas sem muitas possibilidades de controle, com o segundo há a necessidade de manter um controle, se possível, um inteiro controle.

No macro-ambiente, formado por variáveis externas, econômicas, sociais, tecnológicas, demográficas, legais, culturais, políticas, a preocupação é estar-se sempre atento para as variações, as tendências. Pois é a parte totalmente sem possibilidades de controle, sua análise procura detectar o impacto das mudanças nessas variáveis, procurando identificar as possíveis ameaças e oportunidades para a organização hospitalar.

As variáveis de necessidades ficarão mais bem definidas quando se conhecem todos os usuários do sistema. Cada comunidade é formada por pessoas submetidas a uma educação e iniciação profissional ou social similar. A existência de uma matriz educacional e disciplinar própria para cada comunidade explica a abundante troca informacional profissional e uma certa unanimidade de julgamentos (Kuhn, 1975). Assim, a informação buscada por elementos de comunidades diferentes tem limites e necessidades diferentes.

3.2 Usuário como centro do sistema de informação

3.2.1 Comunicação do sistema com o usuário

Rodrigues (1990) explicita bem o processo da comunicação quando diz que o mesmo abrange tanto as transações entre indivíduos como a interação dos indivíduos com a natureza, dos indivíduos com as instituições sociais e ainda o relacionamento que cada indivíduo estabelece consigo próprio. Para o ser humano a comunicação vai além

da transmissão da informação, pressupondo reciprocidade, pelo estabelecimento de uma relação. Pela comunicação o homem procura tornar-se um agente determinante do sistema (Berlo, 1974). Um sistema de informação deve, portanto, manter uma boa comunicação com seus usuários, para atingir seus objetivos.

Martyn (1974) comenta que os primeiros estudos sobre usuários na ciência da informação deram início na década de 50. Menzel (1966) procurou sistematizar esses estudos pela primeira vez. Nesse período, durante os anos 60, o foco de pesquisa procurava estabelecer as características gerais dos usuários da informação para traçar sistemas que suprissem as suas necessidades. Esses estudos não responderam à complexidade das necessidades e hábitos dos usuários, sendo considerados estéreis (Crawford, 1978). Em 1986, Dervin e Nilan descrevem a contraposição dos estudos presentes: estudos centrados no sistema, dominantes, chamados “tradicionais”; e os estudos centrados no usuário, renovadores, chamados “alternativos”. Descrevem ainda que as abordagens se limitam às definições de necessidades dadas pelo sistema e estudam o comportamento do usuário ao interagir com o sistema. É proposto então que haja um ajustamento do sistema ao usuário e não o ajustamento do usuário ao sistema. Foi uma posição revolucionária para a ciência da informação, tomada pelos autores.

Dervin e Nilan (1986) traçam uma nova abordagem ao procurarem analisar as relações fundamentais que fazem a interação homem-sistema. Em seu trabalho os autores analisam a informação como um modelo construtivista, pois admitem que não é algo externo, objetivo, acabado, mas algo que resulta da participação e construção do usuário. Centrados nessa preocupação, buscam traçar um perfil de mudança paradigmática entre o modelo tradicional e o modelo proposto: objetividade tradicional versus subjetividade; usuários passivos, mecânicos, na ótica tradicional versus usuários ativos, construtores, na ótica proposta; posição trans-situacional do tradicional versus posição situacional; atomismo tradicional versus visão expansiva holística do modelo proposto; comportamento externo versus cognição interna; presença caótica versus sistemática individualidade.

No **QUADRO 1**, a seguir, há uma comparação entre as duas abordagens, propostas por Dervin e Nilan (1986).

Desde então a importância do usuário nos sistemas de informação vem crescendo como demonstram os sucessivos capítulos no ARIST (**Annual Review of Information Science and Technology**), incluindo mais e mais artigos a cada revisão (Herner; Herner, 1967; Paisley, 1968; Allen, 1969; Lipetz, 1970; Crane, 1971; Lin;

Garey, 1972; Crawford, 1978; Dervin; Nilan, 1986; Hewins, 1990). Allen (1996) ilustra que: “o desenho (de um sistema de informação) centrado nos dados foca a informação como coisa, enquanto o desenho centrado no usuário foca a informação como processo”. Centrar na informação como coisa é deixar o sistema preocupado com as estruturas e formatos dos dados, dando ênfase intensa à tecnologia da informação. Entretanto, quando focaliza o usuário, o sistema busca os vários comportamentos dos vários usuários do sistema, em cada um de seus aspectos.

Os sistemas com foco nos dados parecem opacos aos usuários, complexos em suas funções, pois procuram atender de uma única forma a todos os consumidores de informação (Allen, 1996). Desenhar um sistema focando no usuário é procurar, desde o início, compreender seu usuário em toda sua totalidade, com suas necessidades e aceitações, inserido no seu contexto social, discriminado nas suas peculiaridades individuais. Para a construção de um sistema com esse foco, Allen (1996) procura traçar um guia prático baseado em 6 passos: 1) identificar a população de usuários; 2) investigar as necessidades de informação para seu grupo de usuários; 3) descobrir que perguntas os usuários fazem quando explicitam essas necessidades de informação; 4) investigar que recursos os usuários requerem para completar suas perguntas; 5) resumir os passos precedentes em modelos de usuários; 6) considerar cada decisão desenhada em uma luz de recurso de argumentação e capacitação.

Por outro lado, Taylor (1986) propõe que os sistemas de informação dêem acréscimo de valor à informação, criando o que denominou de “modelo de agregação de valor”. Para o autor, a informação é essencialmente humana e não aceita a concepção de um sistema de informação desvinculado do usuário, sem preocupar-se com suas necessidades e seus usos. Para Taylor (1986), o estudo do contexto em que se insere o usuário é o que “estabelece as condições dos fluxos de entrada, internos e de saída da informação de qualquer entidade e determina os critérios de julgamento do valor das mensagens informacionais”.

Em outro momento, Davenport (1998) propõe o modelo de “ecologia da informação”, que refere quatro atributos-chave para o modo holístico de pensar a montagem e manutenção do sistema de informação: 1) integração dos diversos tipos de informação; 2) reconhecimento de mudanças evolutivas; 3) ênfase na observação e na descrição; 4) ênfase no comportamento pessoal e informacional.

Na abordagem proposta pelos estudos de Dervin (Dervin, 1983; Dervin; Nilan, 1986) de “construção de sentido” (*sense-making*), o objetivo “é fazer com que uma

Quadro 1: Comparação entre a abordagem tradicional e alternativa dos estudos de sistemas de informação.

| | Abordagem Tradicional (centrada no sistema) | Abordagem Alternativa (centrada no usuário) |
|---|---|---|
| Informação objetiva ou subjetiva | Informação objetiva com significado constante. | Informação subjetiva com significado variável. |
| Informação trans-situacional ou situacional | Informação que serve a todo usuário, em qualquer situação. | Informação situacional, depende da interação entre o usuário e o sistema. |
| Usuário passivo ou ativo | Usuário como receptor passivo da informação. | Usuário como agente ativo na construção da informação. |
| Visão atomística ou globalizante | Comportamento informacional do usuário contido no contexto de interação como sistema. | Comportamento informacional do usuário deve ser investigado fora do contexto do próprio sistema. |
| Comportamento externo ou cognição interna | Necessidade e uso da informação percebida de comportamentos externos do usuário. | Necessidade e uso da informação focada no comportamento cognitivo, interno do usuário. |
| Individualidade caótica ou sistemática | Necessidades individuais vistas de forma caótica, gerando instabilidade no sistemas. | Necessidades individuais vistas com uma possibilidades de sistematização, podendo ser incluídas sem desestabilizar o sistema. |
| Fonte: Adaptado de Dervin e Nilan (1986) | | |

situação de confusão, caracterizada pela falta da informação procurada, caminhe em direção à produção de um sentido para o usuário do sistema” (Bax; Dias, 1997). Dervin (1983) propõe a abordagem de “construção do sentido” no intuito de se estudar como os usuários se comportam no espaço e no tempo, tanto no sentido cognitivo (interno) quanto no sentido de procedimentos (externo). Esses estudos procuram reconhecer e entender as necessidades informacionais dos usuários diante do contexto em que se insere o indivíduo e de suas peculiaridades próprias. Há 4 princípios norteadores dessa abordagem: 1) incompletude da realidade (a realidade é descontínua, cheia de lacunas); 2) subjetivação da informação (a informação é produto do cognóscio humano); 3) parcialidade da informação (a informação é dependente do fisiologismo humano e da situação espaço-temporal do usuário); 4) construtivismo das necessidades e usos da informação (as necessidades e usos da informação são construídas pelo usuário em determinados condicionantes internos e externos); 5) sensibilidade do comportamento do usuário (o comportamento do usuário é sensível às modificações situacionais do seu meio interno e externo) (Dervin, 1983).

Apesar de a abordagem *sense-making* de Dervin (1983) considerar as necessidades e usos da informação como sendo particulares de cada indivíduo e decorrentes de uma situação espaço-temporal bem definida, há uma sistematização na ocorrência dessas necessidades e usos. O que esses estudos apontam é que se procurem as contingências de cada usuário no contato com o sistema e não seu comportamento individual (Dervin, 1983; Dervin; Nilan, 1986; Bax; Dias, 1997). Esse modelo revela 3 dimensões: 1) as situações (contexto espaço-temporal em que o sentido é construído); 2) as lacunas ou *gaps* (momento do vazio informacional do conhecimento do usuário, onde há movimentação do mesmo para construção de um novo sentido); 3) os usos (a utilização do novo sentido construído pelo indivíduo).

Diante disso, numerosos artigos, sistemas de informação e instituições passaram a se autodenominar de “amigável ao usuário”. Teorias como a do gerenciamento pela qualidade total nos negócios passou a se autodenominar “amigáveis ao usuário” (Sugar, 1995). Várias publicações, em diversos contextos profissionais diferentes, demonstram estudos sobre a necessidade e uso da informação pelo usuário. Wilson (Hewins, 1990) descreve em seu estudo a relação entre a necessidade de informação e seu uso na tomada de decisão clínica na área médica. O pesquisador descreve vários casos em que novas informações buscadas conseguiram modificar o tratamento médico, salvando a vida do paciente. Contudo, não basta centrar os olhos no usuário, há que se ter

conhecimento de suas necessidades reais, íntimas e de como elas podem e estão sendo satisfeitas.

3.2.2 Qualidade do serviço de informação centrado no usuário

Burton (1990) reclama da excessiva concentração de esforços dos sistemas de informação com os serviços técnicos do próprio sistema, dando um papel de menor importância aos serviços voltados aos usuários. Para uma boa qualidade de um sistema de informação há que se ter uniformidade do padrão de serviço oferecido ao usuário bem como qualidade nos serviços desempenhados para a organização hospitalar. Para bem entender a qualidade da informação, deve-se compreender a interrelação entre as várias dimensões da qualidade, como descritas por Garvin, 1988: valor atual para o usuário, características como a confiabilidade, relevância, significado, validade, estética e valor percebido. Paim, Nehmy e Guimarães (1996), mais recentemente, constroem um quadro para uma melhor visão da multidimensionalidade da qualidade da informação (QUADRO 2).

| Quadro 2 - Multidimensionalidade da qualidade da informação | | | |
|--|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Transcendente | Intrínseca | Contingencial | |
| | | Usuário | Formato do Produto |
| valor filosófico ou metafísico | › validade | › valor percebido | › eletrônico |
| | › confiabilidade | › eficácia | › impresso |
| | › precisão | › relevância | › oral |
| | › completeza | › redundância | › microfone |
| | › novidade | | |
| | › atualidade | | › integral |
| | › significado através do tempo | | › sintético |
| | › abrangência | | › formal |
| | | | › informal |
| | | | |
| Fonte: Paim; Nehmy; Guimarães (1996) | | | |

No atual ambiente de alta competição empresarial, ter um serviço de boa qualidade é uma necessidade para os empresários e para as organizações (Cullen, 2001). A avaliação do sistema deve incorporar uma análise do serviço prestado ao usuário, não se restringindo à avaliação apenas dos procedimentos técnicos internos, inerentes ao próprio sistema, pois é através do usuário que se tem o sucesso ou insucesso do sistema. É através do inter-relacionamento do usuário com o sistema que o mesmo faz,

consciente ou não, uma avaliação da exelência do sistema, definindo toda sua relação futura com o mesmo (Urdan, 1993).

Como o ambiente só apresenta uma parte sob total controle do gestor, a presença de controles internos no sistema de informação hospitalar traçado é essencial para sua boa performance. Bio (1985) sugere que o objetivo de se ter controle interno em um sistema de informação seria “comprovar a veracidade dos informes e relatórios contábeis, financeiros ou operacionais; prevenir fraudes e, em caso de ocorrência das mesmas, possibilidades de descobri-las o mais rapidamente possível e determinar sua extensão; localizar erros e desperdícios, promovendo ao mesmo tempo a uniformidade e a correção, ao registrarem-se as operações; estimular a eficiência do pessoal; salvaguardar os ativos da empresa (dinheiro, contas a receber, estoques). Sempre determinando o grau de confiabilidade das informações geradas pelo sistema e o grau de segurança na manipulação dos ativos controlados pelo sistema”.

No mundo atual, a gestão do conhecimento hospitalar passa por um bom controle e análise dos recursos, principalmente humanos, envolvidos no processo; contudo, com a complexidade, a rapidez das mudanças, o acúmulo do conhecimento gerado nessa era da informação, construir sistemas quaisquer, principalmente no campo da informação, sem recursos computacionais, é dar condições para o erro, para a má qualidade de sua organização. Um bom gestor do conhecimento não pode e não deve estar alijado de um sistema de informação automatizado. É como continuar querendo viajar a cavalo já existindo o carro, mecânicos, estradas, combustíveis e todo um arsenal de apoio para agilizar a viagem e ter maiores preocupações com o final da viagem e menos obrigações durante o decorrer dela.

3.3 Necessidades, usos e satisfação do usuário

3.3.1 Necessidades e usos de informação

Definir o termo "necessidade de informação" é algo extremamente complexo, que vem sendo tentado por vários autores, sem uma definição ainda satisfatória sobre o assunto. Termos como demandas e desejos ora são usados como semelhantes e ora são usados como diferentes do termo necessidade.

Belkin, Brooks e Oddy (1982) consideram que as necessidades de informação surgem pela impossibilidade de o atual conhecimento do usuário ser capaz de solucionar

determinado problema ou situação que se lhe apresente. É a dúvida, a incerteza ou uma desestabilização do seu sistema cognitivo interior que motiva o usuário a interagir com um sistema externo em busca de informações que tragam nova estabilização ao seu conhecimento.

Bettiol (1990) descreve que Menzel classifica as necessidades de informação: 1) de acordo com a atividade para a utilização da informação obtida; 2) de acordo com o conteúdo das mensagens transmitidas; 3) de acordo com o campo de ação do usuário. Em outro momento Menzel procura identificar três tipos de necessidades: 1) abordagem corrente (necessidade de se manter atualizado com o progresso corrente de um campo); 2) abordagem de acompanhamento (originada da necessidade de informação específica diretamente ligada ao trabalho de pesquisa ou ao problema que se tem em mãos); 3) abordagem exaustiva (destinada a satisfazer a necessidade de buscar e encontrar toda a informação relevante sobre o assunto).

Há uma forma mais abstrata de classificar as necessidades, como descrito por Brittain, citado por Bettiol (1990): 1) necessidades expressas pelo usuário; 2) necessidades que o usuário não pode expressar; 3) necessidades presentes: expressas ou não; 4) necessidades futuras e potenciais.

Porém, porque os sistemas de informação, mesmo aqueles que já procuram estar centrados nos usuários, têm tantos problemas em satisfazer essas necessidades? Lancaster, citado por Bettiol (1990), procura resumir os fatores que influenciariam essa demanda crescente: 1) crescimento da produção literária; 2) o custo da produção literária; 3) o tamanho da população servida; 4) o nível educacional da população servida; 5) as acessibilidades física, intelectual e psicológica do serviço de informação; 6) o custo do serviço de informação; 7) a facilidade do uso e o tempo envolvido no uso desse serviço; 8) a experiência do usuário com o serviço; 9) a rapidez do serviço; 10) o valor da solução para um problema de informação; 11) a probabilidade de que exista uma solução.

Na prática, cada sistema de informação é criado para atender a determinadas necessidades de determinados usuários. Sua organização decorre das funções que devem cumprir perante uma organização, sendo diferentes conforme diferem as necessidades dos usuários: cientistas procuram utilizar mais fontes formais de informação enquanto tecnólogos que, por necessitarem de informação extremamente atualizada e rápida, utilizam muito mais os canais informais de informação (Fujino, 1993). Há, entretanto, uma tendência tradicional de privilegiar os serviços técnicos em

detrimento dos serviços voltados aos usuários; assim, a informação passa a ser percebida sob a ótica do sistema e não da ótica do usuário (Kuhlthau, 1991). Além disso, como refere Ingwersen (1999), “uma necessidade individual de informação é função do atual estado de conhecimento do indivíduo” denotando que os sistemas voltados aos usuários precisam ser dinâmicos, automaticamente atualizados pelo contato contínuo com o usuário.

O sistema não pode apenas ofertar um serviço que preencha os vazios informacionais de seus usuários, visto que os estágios de compreensão do usuário sobre seu próprio problema têm diferentes graus de precisão (Belkin; Brooks; Oddy, 1982).

Esses transtornos ocorrem principalmente porque a maioria dos sistemas é construída desvinculadamente de seus usuários. Mesmo com a busca atual de integrar o usuário no planejamento e construção desses sistemas ainda há o problema de se universalizar o sistema, para que todos os setores do hospital o usem sem problemas, e que possa conversar com sistemas de outros hospitais e entidades outras do sistema de saúde, mantendo as peculiaridades de cada elemento envolvido. As particularidades do paciente, do médico, dos usuários em geral, do cientista da informação, do hospital, do sistema de saúde.

Procurando facilitar a construção de um sistema em resposta às necessidades do usuário, Park (2000) lista uma série de questões que podem servir de guia ao gestor do sistema: 1) no processo de busca o sistema tem facilidade de uso? 2) no processo de busca o sistema tem facilidade de ser apreendido? 3) o sistema tem efetividade, os resultados preenchem as lacunas do usuário? 4) o tempo gasto no sistema dá satisfação ao usuário? 5) a pesquisa no sistema dá satisfação ao usuário? 6) o resultado do sistema dá satisfação ao usuário?

3.3.2 Processo de busca e obtenção de informação

“A busca de informação compreende três etapas: o reconhecimento das necessidades de informação, a condução à busca, e depois, o uso da informação” (Choo, 1999). A busca e a obtenção da informação pelo usuário são iniciadas quando ocorre a necessidade em seu interior, pelo vazio informacional que nele se forma. Esse processo tem por motivação inicial um “estado anômalo no conhecimento” (Belkin; Brooks; Oddy, 1982), uma necessidade de “fazer sentido” (Dervin, 1983; Dervin; Nilan, 1986), um “estado de confusão” ou um “estado de incerteza” (Kuhlthau, 1991). Surgida a necessidade, o usuário passa a buscar algo que preencha seu vazio informacional

interior, desencadeando, portanto, um processo de caráter cognitivo, que depende do contexto no qual o usuário e o sistema de informação estejam inseridos. A busca pela informação ocorre pelo reconhecimento do usuário de que precisa modificar seu estado de conhecimento sobre determinado assunto, levando-o a construir processos ativos que dêem significado à informação. O processo termina com a obtenção da informação que gere um conhecimento que traga um novo entendimento ou solução para o problema do vazio inicial (Kuhlthau, 1991).

A informação armazenada pelo sistema de informação somente passa a existir quando se dá o momento de apropriação pelo usuário. Por mais que se selecione, registre e armazene a informação, o ato de consumo da informação é feito no momento da solicitação, havendo, portanto, inseparabilidade da produção e consumo do serviço (Cohen, 1995). O sistema pode armazenar a informação, formar um estoque de documentos e registros, organizá-los, classificá-los, mas só ocorre a informação no momento em que o usuário a solicita. Como cada usuário solicita a informação da sua maneira, fazendo usos diversos dela, o sistema tem que ser flexível, pois há necessidades variáveis a serem atendidas.

Há fatores que influenciam bastante, tanto as necessidades como os comportamentos de busca de informação pelos usuários. Na **FIG. 1**, Wilson (1981) procura dar uma síntese desses fatores.

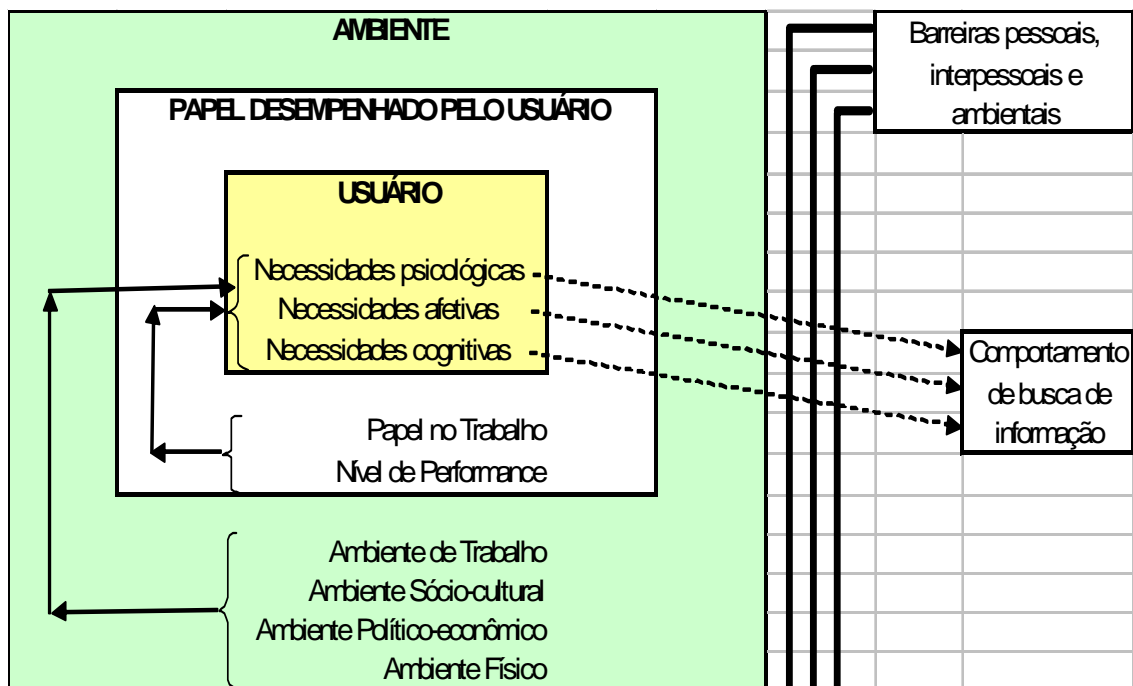


Figura 1 - Fatores que influenciam as necessidades e o comportamento de busca de informações

Fonte: Adaptado de Wilson (1981).

3.3.3 Satisfação do usuário

Quando se procura analisar o processo da informação nos sistemas, centralizando os estudos e análises no usuário, o que se quer de fato é poder, no final, satisfazer as necessidades expressas, e porque não, as necessidades não-expressas dos usuários.

A satisfação de informação alcançada pelo usuário pode estar vinculada a situações distintas: ao dado factual ou conteúdo, ao canal de comunicação utilizado, ao próprio documento físico. Lembrando-se também que o ambiente pode modificar facilmente o grau de satisfação nessas várias situações: o sistema político em vigência, o ambiente físico-geográfico no qual se insere o usuário e o sistema de informação, o clima econômico e a disponibilidade de recursos existente (Wilson, 1981).

Wilson (1981) propõe que se visualizem todas as interrelações entre as várias áreas do campo de estudo de usuários para que se monte um painel completo e se possa melhor compreender o assunto (**FIG. 2**).

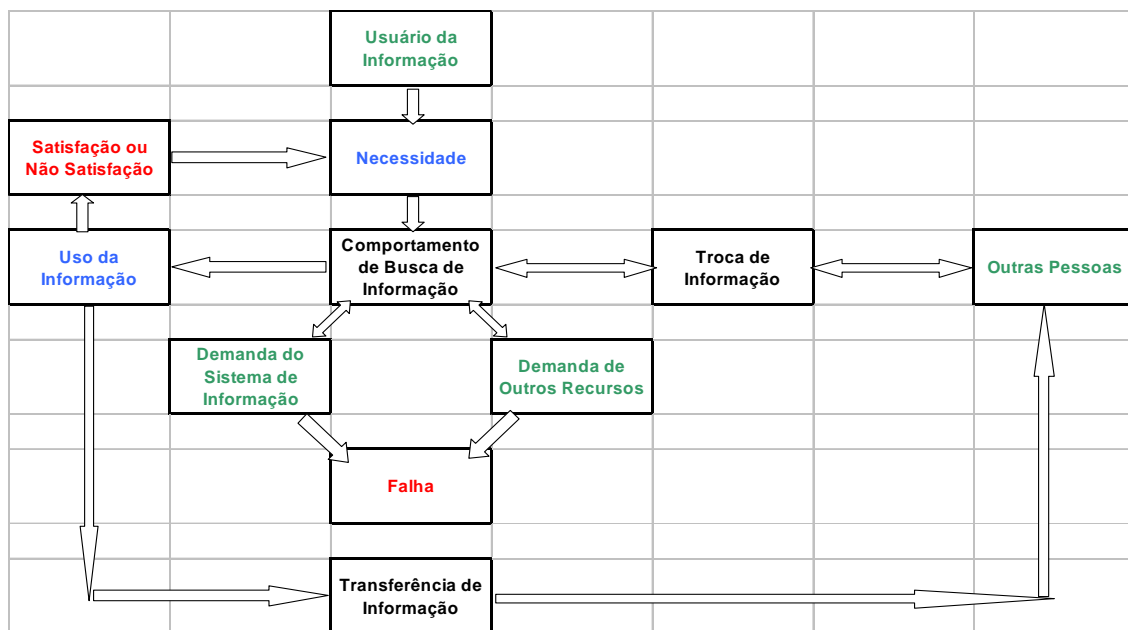


Figura 2 - Interrelações entre as áreas do campo de estudo de usuários.

Fonte: Adaptado de Wilson (1981).

Para um sistema de informação hospitalar centrado no usuário procurar satisfazer as necessidades desses consumidores de informação ele terá que: traçar o perfil de cada grupamento de consumidor; conhecer as suas necessidades; compreender seu comportamento de busca e troca de informações; checar seus formatos de demandas ao sistema ou outros recursos disponíveis; verificar os usos que dá à informação; e, como *feedback*, analisar se está ou não ocorrendo satisfação das necessidades. Assim se

pode traçar então um sistema voltado ao usuário, mas sempre lembrando-se de checar a evolução do ambiente do conhecimento de forma geral e o conhecimento do próprio usuário, que são modificadores de todos os pontos de análise.

Cullen (2001) procurando dar bases para os estudos de satisfação do usuário, delinea o modelo “SERVQUAL” de Herson & Altman, para medir a qualidade e a satisfação nos serviços de informação, e descreve as 5 lacunas que podem ocorrer na busca por informação, segundo Parasuraman et al.: 1) a discrepância entre a expectativa do consumidor e a percepção do gerente sobre essas expectativas; 2) a discrepância entre a percepção do gerente da expectativa do consumidor e a especificação de qualidade de serviço; 3) a discrepância entre a especificação de qualidade do serviço e a atual resposta do serviço; 4) a discrepância entre a expectativa do consumidor do serviço e a percepção do serviço recebido.

No ambiente hospitalar, um dos fatores que interferem bastante com a satisfação do usuário é o fator tempo, pois o profissional de saúde necessita ter rapidez na aquisição do conhecimento prático para que possa aplica-lo ao cuidado do paciente. A satisfação das necessidades de informação clínica é muito importante porque ela se relaciona diretamente à finalidade básica da instituição hospitalar e dos profissionais de saúde que nela trabalham: o cuidado e o tratamento do paciente. (Marshall, 1993).

4 METODOLOGIA

O método utilizado foi o descritivo, de forma observacional, prospectiva e transversal. A amostra foi aleatória, utilizando-se o questionário como instrumento de coleta de dados. A análise dos dados baseou-se na estatística descritiva (percentuais e proporções) e na análise de associação através do teste do qui-quadrado.

4.1 População e amostra

4.1.1 Descrição da população

A população estudada na pesquisa compreende três segmentos de usuários dos sistemas de informação hospitalar: os médicos, os enfermeiros e os gestores dos sistemas, que trabalham nos hospitais gerais de Teresina, Piauí. Foram pesquisados os hospitais gerais sediados em Teresina, Piauí: Hospital Getúlio Vargas (público), Hospital São Marcos, Hospital Casamater, Hospital Santa Maria, Hospital Samiu, Hospital São Paulo e Hospital de Tratamento Intensivo (privados). O primeiro grupo de usuários envolve todos os médicos ($n = 986$) que trabalham como funcionários ou terceirizadores de serviços nesses hospitais, conforme informações obtidas junto às direções dos hospitais. O segundo segmento engloba todos os enfermeiros ($n = 205$) que trabalham nos hospitais, conforme fornecido pelas direções dos hospitais. Há ainda um terceiro agrupamento, menor, que consiste nos 7 gestores dos sistemas de informação dos hospitais pesquisados. Os dois primeiros grupos são superdimensionados, em vista da presença de vários usuários que freqüentam mais de um ambiente hospitalar e ter sido apontado mais de uma vez pelas direções. Não se pode individualizar toda a população porque nenhum hospital cedeu uma listagem nominal dos seus usuários.

4.1.2 Delimitação da amostra

Quando se faz um levantamento em uma população abrangente, por motivos econômicos, temporais, e de análise, procura-se selecionar uma parcela ou parte significativa do conjunto (população), com características comuns, por meio de procedimentos estatísticos, de forma a se compor a amostra para estudo e análise. Qualquer conclusão retirada a partir de análises da amostra pode ser inferida a toda a população, considerando-se uma margem de erro aceitável, utilizando os testes

estatísticos. Quanto maior o tamanho da amostra, e mais fidedigna sua representação da população, menor é essa margem de erro, conseqüentemente, melhor se torna a possibilidade de inferir ao todo a análise da parte (Berquó, 1981; Gil, 1994; Vieira, 1980; Dória Filho, 1999).

Sendo cerca de mais de 1000 usuários compondo a população em estudo, o que inviabilizaria levar o questionário de pesquisa a cada um, visto o tamanho do universo bem como a dificuldade de acesso a todos os usuários: médicos e enfermeiros trabalham em turnos diversos, com horários móveis e freqüentemente se ausentam em viagens, congressos e outros eventos, procedeu-se à amostragem que se segue. Para que se levasse a bom termo a pesquisa proposta, determinou-se a amostra utilizando-se a fórmula proposta por Gil (1994):

$$n = \frac{\sigma^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + \sigma^2 \times p \times q}$$

Na qual:

n: tamanho da amostra

σ^2 : nível de confiança escolhido, expresso em números de desvios-padrão

p: porcentagem com a qual o fenômeno se verifica

q: porcentagem complementar

N: tamanho da população

e^2 : erro máximo permitido

Conforme Richardson (1989) o nível de confiança utilizado nas pesquisas sociais equivale a 95%, que corresponde a dois desvios-padrão. A margem de erro situa-se entre 4 e 5%, enquanto estima-se porcentagem de p=50 e q=50, geralmente preestabelecidas em tabelas, facilmente encontrados nos livros de metodologia e estatística básica (Berquó, 1981; Vieira, 1980; Dória Filho, 1999).

Assim:

$$n = \frac{2^2 \times 50 \times 50 \times 986}{5^2 \times (986 - 1) + 2^2 \times 50 \times 50}$$

Na qual n= 284,7 médicos

E:

$$n = \frac{2^2 \times 50 \times 50 \times 205}{5^2 \times (205 - 1) + 2^2 \times 50 \times 50}$$

Na qual n = 135,7 enfermeiros

Feito o cálculo do espaço amostral de 285 médicos e 136 enfermeiros, e dado que existe uma distribuição de um mesmo elemento em mais de uma entidade hospitalar, procedeu-se à escolha aleatória dos mesmos, seleccionando-se para pesquisa os médicos e enfermeiros encontrados e dispostos a responderem o questionário durante o período de visitas seqüenciadas aos hospitais. Foram realizadas 27 visitas aos hospitais de 6 horas cada uma, em horário comercial, turnos da manhã e tarde, durante o período de 2 meses. As visitas foram distribuídas conforme o volume de usuários de cada hospital: 10 visitas ao Hospital Getúlio Vargas, 5 visitas ao Hospital São Marcos, 3 visitas aos Hospitais Casamater e Santa Maria e 2 visitas aos demais hospitais. Completadas as visitas conseguiram-se reunir 243 questionários de médicos com respostas e 97 questionários de enfermeiros.

4.2 Coleta de dados

4.2.1 Descrição do instrumento de coleta

Para a proposta apresentada de levantamento de dados para esta pesquisa, escolheu-se a utilização de questionários por ser o método mais usual no estudo de usuários de informação (Cunha, 1982). Além disso, tem a vantagem de ser um método de resposta rápida, ter baixo custo, de fácil aplicabilidade em grandes populações, ter um maior grau de liberdade de resposta e respeito ético ao manter o anonimato, permitir um bom padrão de uniformidade da avaliação diante de seu caráter impessoal (Marconi; Lakatos, 1986; Dória Filho, 1999). Desvantagens desse instrumento foram minimizadas: o pesquisador procurou estar diante do pesquisado durante sua resposta ao questionário para dirimir dúvida; o vocabulário das perguntas manteve um padrão corrente entre os pesquisados; a presença do pesquisador durante as respostas diminuiu sensivelmente a baixa taxa de resposta desse instrumento; a devolução tardia do questionário foi evitada, tendo a maioria sido entregue no mesmo dia da aplicação; as condições de preenchimento foram observadas pela presença do pesquisador; e utilizaram-se grupamentos de usuários com um grau de homogeneidade de formação e atuação (Berquó, 1981; Marconi; Lakatos, 1986).

Os questionários utilizados na pesquisa de campo foram estruturados em três partes, com perguntas mistas, destinadas aos médicos, enfermeiros e gestores de sistemas, sendo que para os dois primeiros grupos modificaram-se apenas as perguntas

da primeira parte, enquanto que para os gestores foram utilizadas questões antípodas às formuladas aos usuários. Em algumas perguntas utilizou-se a técnica do incidente crítico (Pereira *et al*; 1979) com o intuito de minimizar a influência de palpites e impressões gerais, pois o questionado é levado a se fixar em casos recentes e específicos, tendo-se eliminado os reveses decorrentes da memória. Os temas das perguntas foram assim distribuídos:

Parte I: Identificação do usuário

- ⊕ Sexo
- ⊕ Faixa etária
- ⊕ Especialidades exercidas. (destacando a principal para os médicos)
- ⊕ Área de atuação profissional
- ⊕ Renda mensal
- ⊕ Carga horária de trabalho semanal
- ⊕ Trabalho em regime de plantão
- ⊕ Quantidade de instituições hospitalares que frequenta
- ⊕ Tempo de permanência diário nas instituições hospitalares
- ⊕ Setor administrativo em que trabalha

Parte II: Necessidades e usos informacionais

- ⊕ Tipos de informações requisitadas
- ⊕ Auxílio na tomada de decisões
- ⊕ Auxílio na localização da informação
- ⊕ Disposição estrutural da informação
- ⊕ Acesso à informação
- ⊕ Confiabilidade da informação
- ⊕ Satisfação quanto à informação recebida
- ⊕ Registro dos dados no sistema
- ⊕ Leitura dos dados fornecidos pelo sistema
- ⊕ Manuseio da informação armazenada no sistema
- ⊕ Informatização do sistema
- ⊕ Veículos de acesso ao sistema
- ⊕ Opinião sobre o sistema

Parte III: Participação e treinamento do usuário

- ⊕ Participação na montagem e manutenção do sistema
- ⊕ Treinamento do usuário no contato com o sistema

Dos 285 médicos que compuseram o espaço amostral, 243 responderam ao questionário, dando uma taxa de resposta de 85%, enquanto que dos enfermeiros, 97 deram retorno ao questionário, perfazendo uma taxa de resposta de 71% em relação à amostra calculada de 136 elementos. Considerando-se que há um percentual elevado de profissionais de ambos os grupos freqüentando mais de uma instituição hospitalar, podemos supor que a amostra foi superdimensionada e os percentuais de resposta alcançados tornar-se-iam bem mais elevados que os acima citados. Como o viés de resposta foi minimizado e uma taxa de resposta acima de 70% pode ser considerada como **muito boa**, pode se considerar as respostas obtidas como tendo alcançado uma alta representatividade do universo pesquisado (Berquó, 1980; Vieira, 1981; Babbie, 1999).

4.2.2 Pré-teste

Um pré-teste foi aplicado anteriormente à distribuição dos questionários definitivos, com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento de coleta. Desse processo de aprimoramento da coleta participaram 12 profissionais, 6 médicos e 6 enfermeiros, pertencentes à população-alvo, que foram posteriormente excluídos da amostra. Conforme as dificuldades de compreensão e questionamentos feitos, foram corrigidos e finalmente estabelecidos os questionários definitivos, de forma a melhorar o nível de resposta às perguntas formuladas.

4.2.3 Aplicação do instrumento de coleta definitivo

Inicialmente foram contatados os diretores dos 7 hospitais gerais a serem pesquisados, solicitando-se os dados gerais dos hospitais, bem como o nome do gestor do sistema de informação do hospital. Aos diretores foi solicitada autorização para a realização da pesquisa em suas entidades, com o corpo médico e de enfermeiros do nosocômio.

A seguir, autorizada a pesquisa, no período de 60 dias, foram realizadas as visitas conforme relatado anteriormente. Nas visitas abordava-se o profissional médico e o profissional de enfermagem, com rápida explicação do objetivo da pesquisa e

entrega do questionário, que se solicitava fosse imediatamente preenchido e aguardava-se seu preenchimento. Poucos profissionais solicitaram devolver posteriormente, e houve ausência de resposta amostral. A abordagem, a explicação e a recepção do questionário foram totalmente realizadas pelo autor da pesquisa.

4.3 Análise dos dados

Concluído o levantamento dos dados, a tabulação foi realizada eletronicamente com a confecção de planilhas no *Microsoft Excell 2002*. As questões abertas foram analisadas individualmente em planilhas apropriadamente confeccionadas para esse fim.

Tabelas foram montadas de forma a facilitar a análise dos dados, para discussão e interpretação a serem feitas posteriormente. Utilizou-se a estatística descritiva (percentuais e proporções) e análise de associação através do teste do qui-quadrado (χ^2) para independência, ao nível de significância de 5% ($p=0,05$). Realizaram-se 02 tipos de análises associativas: compararam-se as respostas dos médicos e dos enfermeiros; compararam-se as repostas dos gestores com o conjunto de repostas, como um só grupo de usuários, dos médicos e enfermeiros.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS. RESULTADOS

A discussão dos dados coletados nos hospitais gerais de Teresina (n = 7), a partir da amostra de médicos (n = 243) e do segmento de enfermagem (n = 97) seguiu uma vinculação lógica com os objetivos propostos. Inicia-se com a identificação dos sistemas hospitalares envolvidos e dos respondentes e, em seqüência, discutem-se as necessidades informacionais desses usuários e as colocações dos setores de informação dos hospitais sobre elas, bem como o uso do prontuário médico do paciente e a participação em programas de treinamento para usuários, do ponto de vista destes e dos setores responsáveis pelo sistema.

5.1 Identificação dos sistemas hospitalares

5.1.1 Perfil dos Hospitais

TABELA 1 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí - setor administrativo, leitos, internações mensais, médicos e enfermeiros.

| HOSPITAL | SETOR | LEITOS | INTERNAÇÕES MENSAIS | MÉDICOS | ENFERMEIROS |
|-------------------------------------|---------|--------|---------------------|---------|-------------|
| Hospital Getúlio Vargas (HGV) | Público | 394 | 1300 | 412 | 97 |
| Hospital São Marcos | Privado | 296 | 1200 | 215 | 43 |
| Hospital Casamater | Privado | 193 | 800 | 135 | 21 |
| Hospital Santa Maria | Privado | 187 | 700 | 122 | 18 |
| Hospital São Paulo | Privado | 36 | 300 | 40 | 12 |
| Hospital de Terapia Intensiva (HTI) | Privado | 41 | 300 | 24 | 8 |
| Hospital Samiu | Privado | 23 | 200 | 38 | 6 |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | |

Os hospitais gerais pesquisados demonstram uma formação mista quanto ao setor administrativo, sendo apenas um de caráter público, enquanto os restantes são privados. Sobre a capacidade de atendimento, a variação é grande, de 394 leitos (1300 internações/mês) do Hospital Getúlio Vargas a 23 leitos (200 internações/mês) do Hospital Samiu (**TAB. 1**). Quanto aos profissionais que os freqüentam, também tem grande variabilidade, de acordo com a capacidade de cada um: 412 médicos e 97 enfermeiros no HGV, a 24 médicos no HTI e 6 enfermeiros no Samiu.

Há uma tendência a se tratar a informação hospitalar associada à tecnologia de informação. Tal fato decorre do próprio nascimento da organização das corporações modernas, com necessidades enormes de coordenação e de controle, que desde a década de 50 vem buscando o uso de computadores para apreender e armazenar volumes enormes de informação. Não é mérito exclusivo das organizações hospitalares, como bem enfoca Davenport (1998), quando fala que muita energia foi desprendida para colocar informação nos computadores. As denominações dos setores responsáveis pela informação hospitalar ainda ostentam ligações com os primeiros tempos da organização hospitalar (SAME) e com um passado recente (CPD ou Departamento de Informática). Nenhum dos ambientes pesquisados ainda procurou a renovação do fator informação no formato mais atual, centralizado no usuário e não no processo informacional, pois os cargos responsáveis pela informação denotam isso (TAB. 2).

TABELA 2 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí - denominação do setor e do cargo responsáveis pelas informações.

| CARACTERIZAÇÃO | | N | % |
|--|-----------------------------|----------|----------------|
| SETOR DE INFORMAÇÕES | Departamento de Informática | 3 | 42,86% |
| | SAME ⁽¹⁾ | 2 | 28,57% |
| | CPD ⁽²⁾ | 2 | 28,57% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| CARGO DO RESPONSÁVEL | Coordenador de informática | 3 | 42,86% |
| | Gerente de informática | 2 | 28,57% |
| | Chefe de arquivamento | 1 | 14,29% |
| | Chefe de faturamento | 1 | 14,29% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |
| (1) SAME: setor de arquivamento médico e estatística | | | |
| (2) CPD: centro de processamento de dados | | | |

TABELA 3 - Gestores do setor de informações dos hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí - sexo e idade.

| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | N | % |
|-------------------------------|-------------------|----------|----------------|
| SEXO | masculino | 4 | 57,14% |
| | feminino | 3 | 42,86% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| IDADE | abaixo de 31 anos | 2 | 28,57% |
| | 31 a 40 anos | 2 | 28,57% |
| | 41 a 50 anos | 2 | 28,57% |
| | acima de 50 anos | 1 | 14,29% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |

5.1.2 Perfil dos gestores do setor de informação

As pessoas responsáveis pela gestão dos setores de informação dos hospitais pesquisados, e indiretamente, mantenedoras e provedoras da cultura informacional dessas instituições, mantêm certo equilíbrio quanto ao sexo (4 homens; 3 mulheres) e faixa-etária (4 abaixo dos 40 anos e 3 acima dos 40 anos) (TAB. 3).

Os entrevistados têm boa titulação (5 graduados, com 2 referindo pós-graduação), possuem formação em área técnica (análise de sistemas, administração, ciência da computação e processamento de dados). O tempo de atividade ainda é baixo, pois 3 não completaram 5 anos no setor (TAB. 4).

| TABELA 4 - Gestores do setor de informações dos hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí - titulação acadêmica, área de formação e tempo de atuação no setor. | | | |
|---|------------------------|----------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | N | % |
| TITULAÇÃO ACADÊMICA | Ensino médio | 2 | 28,57% |
| | Ensino superior | 3 | 42,86% |
| | Pós-graduação | 2 | 28,57% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| ÁREA DE FORMAÇÃO | Análise de sistemas | 3 | 42,86% |
| | Administração | 2 | 28,57% |
| | Processamento de dados | 1 | 14,29% |
| | Ciência da computação | 1 | 14,29% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| TEMPO NO SETOR | Menos de 5 anos | 3 | 42,86% |
| | 5 a 10 anos | 3 | 42,86% |
| | Mais de 10 anos | 1 | 14,29% |
| | Total | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |

5.2 Identificação dos usuários

5.2.1 Perfil dos médicos

A presença feminina é cada dia mais marcante em todos os setores produtivos, no mundo todo, principalmente na área da saúde. Entre os profissionais da medicina, o processo de feminilização vem-se destacando desde a década de 70, quando aumentou o percentual de mulheres entre os estudantes desse curso de graduação. O reflexo é evidente na mudança de áreas de comando estritamente masculinas como a

administração hospitalar e as clínicas cirúrgicas. No entanto, a presença masculina ainda prevalece.

Na amostra pesquisada de 243 profissionais médicos, que trabalham em hospitais gerais de Teresina, observa-se a prevalência do sexo masculino (73,25%) sobre o feminino (26,75%). Esse dado se assemelha ao quadro da pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil" realizada pela Fiocruz/CFM, em que apresenta o predomínio de homens (63,20%) sobre mulheres (36,80%) entre os profissionais de medicina pesquisados nas capitais brasileiras (Machado, 1997).

A crescente abertura de novas escolas médicas em todo o Brasil, inclusive na cidade de Teresina (desde 1999 conta com duas faculdades de medicina), tem promovido o aparecimento de um número maior de jovens médicos no mercado de trabalho, caracterizando um fenômeno de rejuvenescimento do contingente médico, conforme afirma a pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil" (Machado, 1997), que encontrou 70% dos médicos com menos de 45 anos de idade. Corroborando o quadro citado, entre os profissionais pesquisados nesta amostra de 243 médicos, 66,67% estão na faixa etária abaixo de 40 anos de idade. O perfil dos médicos participantes da pesquisa pode ser conferido a seguir, através da **TAB. 5**.

| TABELA 5 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - sexo e idade | | | |
|---|-------------------|------------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | N | % |
| SEXO | feminino | 65 | 26,75% |
| | masculino | 178 | 73,25% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| IDADE | abaixo de 31 anos | 40 | 16,46% |
| | 31 a 40 anos | 122 | 50,21% |
| | 41 a 50 anos | 61 | 25,10% |
| | acima de 50 anos | 20 | 8,23% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |

A atividade médica sofreu profundas modificações com a revolução científica, tornando-se dia a dia bastante complexa e diversificada. O processo de divisão do trabalho médico é reconhecido, evidenciando-se na presença cada vez maior de especializações médicas. Além disso, o fator de competitividade econômica e a exigência técnica da sociedade têm levado os médicos a se especializarem, principalmente em centros de grande resolutividade, como os hospitais gerais das capitais. Todos os médicos pesquisados apresentam especialização, sendo que 65,02%

com uma especialidade, 33,33% com duas especialidades e 1,65% mencionando três ou mais especialidades.

Conforme proposto por Machado (1997), utiliza-se o modelo modificado de Díaz-Jouanen para classificar as especialidades médicas em: cognitivas, que lidam diretamente com o cliente, baseando-se principalmente no conhecimento cognitivo e no raciocínio clínico, exemplificadas pelos pediatras, clínicos gerais, pneumologistas, psiquiatras; técnico-cirúrgicas e de habilidades, que também lidam diretamente com o paciente, mas não tão direta e cotidianamente, e sim de forma programada, padronizada como os diversos cirurgiões; especialidades intermediárias e as especialidades tecnológicas e burocráticas.

Dentre as especialidades citadas pelos médicos, 34,98% são cognitivas, 23,46% de habilidade, 36,63% intermediárias e 4,94% burocráticas. Tais dados encontram respaldo na pesquisa "Perfil dos Médicos do Brasil", com exceção das especialidades de habilidade, as quais, nesta pesquisa, encontram-se aumentadas, pois o profissional médico pesquisado encontra-se em um ambiente hospitalar.

A relevância desse parâmetro para caracterização do médico como usuário da informação fundamenta-se no fato de que autores diversos (Alves; Silva, 1978; Metchko, 1980) descrevem uma relação diretamente proporcional entre o nível acadêmico e o grau de atualização e especialização de informação requerida pelo usuário.

| TABELA 6 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - especialidade e área de atuação | | | |
|--|-----------------------------------|------------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | N | % |
| ESPECIALIDADE (quantidade) | Nenhuma | 0 | 0,00% |
| | Uma | 158 | 65,02% |
| | Duas | 81 | 33,33% |
| | Três ou mais | 4 | 1,65% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| ESPECIALIDADE (principal) | Cognitiva | 85 | 34,98% |
| | Técnico-cirúrgica e de Habilidade | 57 | 23,46% |
| | Intermediária | 89 | 36,63% |
| | Tecnológica e Burocrática | 12 | 4,94% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| ÁREA DE ATUAÇÃO* | Clínica | 235 | 96,71% |
| | Pesquisa | 24 | 9,88% |
| | Administrativo | 26 | 10,70% |
| | Ensino | 60 | 24,69% |
| | | | |
| Fonte: pesquisa direta | | | |
| Nota: * resposta múltipla (não soma 100%) | | | |

A busca por informações é frequentemente estimulada pela necessidade de tomar decisões na execução diária do trabalho médico e, conforme citam Leckie, Pettigrew e Sylvain (1996), a rotina de trabalho promove influência importante sobre o comportamento informacional básico dos profissionais. Além disso, Meadows (1999) afirma que atividades de pesquisa constantemente estimulam a procura e uso de informações para gerar novos conhecimentos e aumentar a produtividade. Entre os profissionais pesquisados, 96,71% exercem atividade clínica, e apenas 10,70% se dedicam a atividades administrativas. Há que se destacar também que 24,69% dizem ter atividades de ensino e 9,88% descrevem realizarem pesquisas (**TAB. 6**).

A contínua burocratização da atenção médica, justificada por critérios como a racionalidade, necessidade de centralização, economia de escala, novas tecnologias médicas, tem proporcionado importantes mudanças na atividade médica, em relação ao pagamento, carga-horária e regimes de trabalho dos médicos (McKinlay; Arches, 1986). Essas mudanças têm incitado o profissional médico a despender maior atenção com informações que possibilitem manter sua autonomia profissional e defender-se da cobrança por parte do cliente.

Entre os profissionais respondentes, 88,47% declaram receber uma renda mensal acima de R\$ 3.600,00 (20 salários-mínimos), com 78,19% sob uma carga horária semanal de mais de 40 horas, sendo 63,20% desses profissionais trabalhando em algum momento da semana em regime de plantão, conforme se encontra descrito na **TAB. 7**.

TABELA 7 - Médicos usuários da informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - renda mensal, carga horária semanal, regime de trabalho (plantão).

| CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS | | N | % |
|---|--------------------------|------------|----------------|
| RENDA MENSAL | até 20 SM ⁽¹⁾ | 28 | 11,52% |
| | 20 a 30 SM | 101 | 41,56% |
| | acima 30 SM | 114 | 46,91% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL | até 40 horas | 53 | 21,81% |
| | 40 a 60 horas | 85 | 34,98% |
| | acima 60 horas | 105 | 43,21% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| REGIME DE TRABALHO (Plantão) | sim | 158 | 63,20% |
| | não | 85 | 34,00% |
| | Total | 243 | 97,20% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |
| (1) SM = salário mínimo (R\$ 180,00) | | | |

A interação do profissional médico com o ambiente hospitalar coloca-o freqüentemente em contato com o sistema de informação hospitalar. Sua permanência em ambiente hospitalar aumenta tal interação, que pode ocorrer de forma única, com o sistema de um só hospital, ou múltipla, promovendo sua interação com vários sistemas hospitalares, os quais podem ter ou não características semelhantes, conforme o setor de atividade administrativa, pública ou privada, capacidade de leitos disponíveis, volume de internações mensais de pacientes e corpo clínico disponível em serviço.

Como a **TAB. 8** demonstra, a maioria dos médicos permanece de 4 a 12 horas por dia em ambiente hospitalar (43,12% de 4 a 8 horas; 28,40% de 8 a 12 horas), sendo que 56,79% deles freqüentam durante esse período três ou mais ambientes diferentes, dos quais 79,84% dos profissionais responderam ser tanto do setor público como do setor privado.

| TABELA 8 - Médicos usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - tempo de permanência hospitalar, hospitais em que trabalha, setor administrativo dos hospitais freqüentados. | | | |
|---|-------------------|------------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO | | N | % |
| TEMPO DE PERMANÊNCIA DIÁRIA EM AMBIENTE HOSPITALAR | menos de 04 horas | 16 | 6,58% |
| | 04 a 08 horas | 105 | 43,21% |
| | 09 a 12 horas | 69 | 28,40% |
| | mais de 12 horas | 45 | 18,52% |
| | sem resposta | 8 | 3,29% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| HOSPITAIS EM QUE TRABALHA | um | 48 | 19,75% |
| | dois | 57 | 23,46% |
| | três ou mais | 138 | 56,79% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| TIPO DE HOSPITAL QUE FREQUENTA | público | 8 | 3,29% |
| | privado | 41 | 16,87% |
| | ambos | 194 | 79,84% |
| | Total | 243 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta. | | | |

5.2.2 Perfil dos enfermeiros

Na amostra de profissionais de enfermagem selecionados, conforme demonstra a **TAB. 9**, a feminilização é extrema, 95,88%, e apenas 4 profissionais (4,12%) do sexo masculino. Esse fato é esperado em decorrência da profissão de enfermagem, desde sua institucionalização no espaço hospitalar, ainda no século XIX, ter sido disposta às mulheres como tarefa subalterna aos médicos (Pires, 1989). Apenas recentemente, com

a modificação dos costumes sociais da década de 60, a presença masculina aparece nessa profissão.

| TABELA 9 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - sexo e idade | | | |
|---|-------------------|-----------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | N | % |
| SEXO | feminino | 93 | 95,88% |
| | masculino | 4 | 4,12% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| IDADE | abaixo de 31 anos | 57 | 58,76% |
| | 31 a 40 anos | 32 | 32,99% |
| | 41 a 50 anos | 4 | 4,12% |
| | acima de 50 anos | 4 | 4,12% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |

Quanto à faixa etária, os 97 profissionais de enfermagem pesquisados apresentam uma faixa etária bastante jovem: 91,75% até 40 anos (sendo 58,76% abaixo de 31 anos). Apenas 4,12% dos respondentes aos questionários mencionaram idade acima de 50 anos.

A realização de cursos de pós-graduação na área de enfermagem é recente, por necessidade de manutenção de postos de serviço na atual conjuntura sócio-econômica, visto que o mesmo fenômeno de especialização por que passa o trabalho médico vem ocorrendo, se bem que mais tardiamente, nas demais profissões de saúde. Além disso, o papel do profissional de enfermagem está intrinsecamente ligado à instituição hospitalar, em sua organização e estruturação.

| TABELA 10 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - especialidade e área de atuação | | | |
|---|--------------------|-----------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | N | % |
| ESPECIALIDADE | Sem especialização | 57 | 58,76% |
| | Uma | 24 | 24,74% |
| | Duas | 16 | 16,49% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| ÁREA DE ATUAÇÃO* | Clínica | 77 | 79,38% |
| | Pesquisa | 4 | 4,12% |
| | Administrativa | 40 | 41,24% |
| | Ensino | 24 | 24,74% |
| | Sem resposta | 4 | 4,12% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |
| Nota: * resposta múltipla (não soma 100%) | | | |

Como demonstra a **TAB. 10**, na amostra pesquisada, 58,76% dos profissionais não possuem especializações; entretanto, já se encontram 16,49% que apresentam duas áreas de especializações cursadas. Quanto à área de atuação, o predomínio da atividade clínico-assistencial (79,38%) é destacado, seguida pela atividade administrativa (41,24%) que tem no profissional enfermeiro uma base na estrutura hospitalar. No entanto, a atividade de pesquisa, apesar de sua importância no meio da saúde, apresenta referência de ocupação por apenas 4,12% dos pesquisados. A área de ensino tem-se mostrado relativamente bem ocupada (24,74%), ou seja, quase $\frac{1}{4}$ da amostra de enfermeiros pesquisados.

Dentro do quadro econômico dos enfermeiros pesquisados, a renda mensal da maioria (58,76%) foi referida como de 10 a 20 salários-mínimos (R\$ 1.800,00 a R\$ 3.600,00) sob uma carga horária de trabalho semanal, dentro do previsto pela CLT para trabalhadores assalariados, de até 40 horas (54,64%). Quanto ao regime de trabalho em plantão, muito comum em locais de atendimento contínuo, como o ambiente assistencial-hospitalar, os profissionais da pesquisa demonstram ter uma certa equivalência de regime, visto que 58,76% trabalham sob plantão e 41,24% não atuam em nenhuma forma de plantão (**TAB. 11**).

TABELA 11 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - renda mensal, carga horária semanal, regime de trabalho (plantão).

| CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS | | N | % |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------|
| RENDA MENSAL | até 5 SM ⁽¹⁾ | 12 | 12,37% |
| | 5 a 10 SM | 57 | 58,76% |
| | acima 10 SM | 28 | 28,87% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL | até 40 horas | 53 | 54,64% |
| | 40 a 60 horas | 32 | 32,99% |
| | acima 60 horas | 12 | 12,37% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| REGIME DE TRABALHO (Plantão) | sim | 57 | 58,76% |
| | não | 40 | 41,24% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | |
| (1) SM = salário mínimo (R\$ 180,00) | | | |

O ambiente hospitalar é por excelência o local onde atua o profissional de enfermagem, tendo essa profissão surgido com o nascimento da instituição hospitalar (Foucault, 1989). Sua interatividade com o sistema de informação hospitalar é uma

constante, podendo ocorrer em um ou vários ambientes do setor público ou privado, o que promove maior ou menor caracterização do profissional com um determinado ambiente.

| TABELA 12 - Enfermeiros usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - tempo de permanência hospitalar, hospitais freqüentados, setor administrativo dos hospitais freqüentados. | | | |
|---|-------------------|-----------|----------------|
| CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO | | N | % |
| TEMPO DE PERMANÊNCIA DIÁRIA EM AMBIENTE HOSPITALAR | menos de 04 horas | 0 | 0,00% |
| | 04 a 08 horas | 32 | 32,99% |
| | 09 a 12 horas | 57 | 58,76% |
| | mais de 12 horas | 8 | 8,25% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| HOSPITAIS QUE FREQUENTA | um | 49 | 50,52% |
| | dois | 40 | 41,24% |
| | três ou mais | 8 | 8,25% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| TIPO DE HOSPITAL QUE FREQUENTA | público | 8 | 8,25% |
| | privado | 44 | 45,36% |
| | ambos | 45 | 46,39% |
| | Total | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta. | | | |

Na **TAB. 12** tem-se que 91,75% dos enfermeiros permanecem de 4 a 12 horas/dia em ambiente hospitalar (32,99% de 4 a 8 horas/dia; 58,76% de 9 a 12 horas/dia), enquanto que nenhum respondente assinalou permanência inferior a 4 horas/dia e apenas 8,25% assinalaram permanência superior a 12 horas/dia. Quanto a freqüentarem ambientes hospitalares diversos, metade (50,52%) registrou que trabalhava em apenas um único hospital, sendo que 45,36% em ambiente privado e 46,39% em ambiente misto, público e privado.

5.3 Necessidades informacionais

5.3.1 Tipos de necessidades de informação

Vários estudos têm apontado diferentes necessidades de informação por parte dos profissionais da área de saúde, seja no atendimento clínico de pacientes ou na busca de novos conhecimentos técnico-científicos (Gorman, 1995; Gravois, 1995; Osheroff et al., 1991; Strother; Lancaster, 1986). A busca por informação para o profissional de saúde ocorre cada vez mais, para apoiar seu trabalho diário, suas tomadas de decisão,

sua construção do conhecimento. Se extrapolar a busca para todos os usuários do sistema de informação hospitalar, seja profissional da saúde ou não, o conjunto de necessidades elencado será enorme.

TABELA 13 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre qual o principal tipo de informação em destaque no prontuário médico atual.

| TIPO DE INFORMAÇÃO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Pesquisa clínica | 12 | 4,94% | 28 | 28,87% | 0 | 0,00% |
| Processo administrativo | 20 | 8,23% | 12 | 12,37% | 3 | 42,86% |
| Registro legal | 97 | 39,92% | 33 | 34,02% | 1 | 14,29% |
| Faturamento | 32 | 13,17% | 16 | 16,49% | 3 | 42,86% |
| Apoio à decisão | 45 | 18,52% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Ensino | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 37 | 15,23% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta. | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: p = 0,0135) | | | | | | |

Os usuários dos hospitais gerais pesquisados, médicos e enfermeiros, apontam como principal tipo de informação que tem destaque no prontuário médico atualmente é o registro legal (39,92% médicos; 34,02% enfermeiros), enquanto que os setores responsáveis destacam o processo administrativo e o faturamento (ambos com 42,86%) (TAB. 13). Em seguida os usuários médicos apontam o apoio à decisão (18,52%) e o faturamento (13,17%), e os usuários enfermeiros denotam a pesquisa clínica (28,87%) e também o faturamento (16,49%). Através do teste do χ^2 verifica-se que há diferença estatística entre os tipos de informação apontados por médicos e enfermeiros, bem como entre os tipos apontados pelo conjunto de usuários e os gestores, indicando forte descompasso entre tipo de informação destacado pelo usuário e o observado pelo gestor.

Há vários tipos de informações, que seriam importantes e utilizáveis pelos profissionais de saúde, que, no entanto, ainda não estão disponíveis no sistema de informação dos hospitais. Conquanto que os setores responsáveis não se interessam ainda em prover tais informações (71,43% não demonstram interesse em disponibilizar), os usuários demonstram interesse nessas possíveis informações disponibilizadas no sistema hospitalar ($p < 0,05$): protocolos de tratamento (61,73% médicos; 62,89% enfermeiros), farmacologia (55,14% médicos; 41,24% enfermeiros), diagnósticos

diferenciais (33,33% médicos; 42,27% enfermeiros). No entanto as prioridades entre médicos e enfermeiros mostram ser diferentes ($p < 0,05$) (TAB. 14).

TABELA 14 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o tipo de informação que precisa ser disponibilizado pelo prontuário médico e que não é atualmente encontrado.

| INFORMAÇÃO SOBRE: | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|--------|--------|------------|--------|--------|--------|
| | N | % * | N | % * | N | % * |
| ... Farmacologia | 134 | 55,14% | 40 | 41,24% | 1 | 14,29% |
| ... Fisiologia | 0 | 0,00% | 20 | 20,62% | 0 | 0,00% |
| ... Anatomia | 4 | 1,65% | 28 | 28,87% | 0 | 0,00% |
| ... Diagnósticos diferenciais | 81 | 33,33% | 41 | 42,27% | 0 | 0,00% |
| ... Protocolos de tratamento | 150 | 61,73% | 61 | 62,89% | 0 | 0,00% |
| ... Compêndios sobre a patologia em tratamento | 44 | 18,11% | 20 | 20,62% | 1 | 14,29% |
| Índices sobre faturamento | 16 | 6,58% | 0 | 0,00% | 1 | 14,29% |
| ... Notas administrativas | 24 | 9,88% | 16 | 16,49% | 2 | 28,57% |
| Sem resposta | 8 | 3,29% | 4 | 4,12% | 5 | 71,43% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| Nota: * resposta múltipla (não soma 100%) | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: $p = 0$) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: $p = 0,0079$) | | | | | | |

Dentro do sistema de informação hospitalar, um dos grandes recursos é sua capacidade de arquivar informações sobre internações prévias dos pacientes, pois disso decorre a própria existência da instituição hospitalar, bem como confere ao trabalho médico seu caráter evolutivo. Os primeiros registros da medicina já denotavam a guarda da evolução clínica do paciente para aprendizado e formação de novos conhecimentos (Gordon, 1996).

TABELA 15 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a freqüência da busca pelo usuário por informações arquivadas de internações anteriores do paciente atualmente internado.

| FREQÜÊNCIA | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sempre | 44 | 18,11% | 12 | 12,37% | 4 | 57,14% |
| Às vezes | 138 | 56,79% | 61 | 62,89% | 3 | 42,86% |
| Raramente | 49 | 20,16% | 24 | 24,74% | 0 | 0,00% |
| Nunca | 12 | 4,94% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: $p = 0,0062$) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: $p = 0,0509$) | | | | | | |

Na **TAB. 15**, para os setores responsáveis, 57,14% afirmam que os usuários sempre procuraram informações arquivadas anteriormente sobre um paciente que esteja atualmente internado (o que não mostra diferença significativa ao conjunto de usuários, $p=0,0509>0,05$). Apesar de 56,79% dos médicos e 62,89% dos enfermeiros afirmarem que somente buscam as informações às vezes, o teste do X^2 demonstra que os usuários não mantêm a mesma frequência de busca das informações ($p=0,0062<0,05$).

Como detalhado por Rees e Saracevic (1963), o processo de busca à informação tem início com um problema de informação que se transforma em necessidade de informação. Quando o usuário está em seu processo de aprimoramento técnico-científico, focado em seus estudos e pesquisas, é a busca de informação sobre um paciente específico o principal foco apontado pelos pesquisados (31,69% médicos; 20,62% enfermeiros), apesar de, no geral, os dois grupos de usuários mostrarem busca diferente de informações ($p<0,05$). Tais dados são corroborados por Corcoron-Perry e Graves (1990), que encontraram que enfermeiros pesquisam dados específicos de pacientes mais frequentemente, seguidos de dados específicos da instituição. No entanto, os setores de informação dos hospitais analisados diferem dos usuários ($p<0,05$), descrevendo que detectam mais frequentemente a busca por informações sobre estatísticas hospitalares (71,43%) (**TAB. 16**).

TABELA 16 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o principal tipo de informação arquivada mais buscada pelo usuário, para estudo ou pesquisa, no prontuário médico.

| TIPO DE INFORMAÇÃO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| sobre um paciente específico | 77 | 31,69% | 20 | 20,62% | 1 | 14,29% |
| sobre uma doença específica | 16 | 6,58% | 4 | 4,12% | 1 | 14,29% |
| sobre estatísticas do hospital | 8 | 3,29% | 8 | 8,25% | 5 | 71,43% |
| difícilmente faz buscas | 93 | 38,27% | 41 | 42,27% | 0 | 0,00% |
| nunca faz buscas | 29 | 11,93% | 24 | 24,74% | 0 | 0,00% |
| sem resposta | 20 | 8,23% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x^2 entre médico e enfermeiro: $p = 0,0163$) | | | | | | |
| (teste x^2 entre usuários e gestor: $p = 0$) | | | | | | |

Entretanto, há um fato interessante a ser considerado nas respostas dos usuários pesquisados. A maioria dos usuários (50,20% dos médicos e 67,01% dos enfermeiros) afirmam que dificilmente ou nunca fazem buscas de informações anteriormente

arquivadas no sistema, para estudo e pesquisa, ou seja, não utilizam, por algum motivo, o sistema de recuperação de informações do hospital, no momento de estudo ou pesquisa desses profissionais. Ressalte-se que Osheroff et al. (1991) verificaram que, durante o aprendizado clínico médico, 74% das questões que surgem ao médico são sobre o paciente, sendo que 52% são respondidas acessando o prontuário médico; 23% respondidas através de consulta a livros, jornais e revistas; e 26% requerem uma síntese prévia.

5.3.2 Auxílio na tomada de decisão

| TABELA 17 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre o auxílio do prontuário médico na tomada de decisões. | | | | |
|--|---------------|----------------|-------------------|----------------|
| AUXÍLIO NA TOMADA DE DECISÕES | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
| | N | % | N | % |
| Auxilia | 32 | 13,17% | 16 | 16,49% |
| Não auxilia pois: | - | - | - | - |
| ... tinha informação demais | 0 | 0,00% | 2 | 2,06% |
| ... tinha poucas informações | 86 | 35,39% | 39 | 40,21% |
| ... a informação estava confusa | 65 | 26,75% | 19 | 19,59% |
| ... estava muito burocrático | 24 | 9,88% | 6 | 6,19% |
| ... tinha dados pouco confiáveis | 36 | 14,81% | 4 | 4,12% |
| ... Outros motivos | 0 | 0,00% | 2 | 2,06% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% | 9 | 9,28% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta. | | | | |
| (teste x2 auxiliar ou não: $p = 0,2525$) | | | | |
| (teste x2 problemas ao auxílio: $p = 0,0014$) | | | | |

A decisão clínica de que procedimento executar ou que medicação usar é uma constante na atividade dos profissionais que lidam com a saúde. O processo de decisão médica apresenta um alto grau de incerteza inerente ao próprio processo (Owens; Sox, 1990). O uso de qualquer informação mais precisa para o raciocínio médico sempre é bem vindo. A informação hospitalar tem por base o acompanhamento de todo o quadro de internação do indivíduo doente sob internação. Porém, apenas 13,17% dos médicos e 16,49% dos enfermeiros apontam que a informação contida no prontuário médico lhes auxilia nessa tomada de decisão (concordância estatisticamente significativa, $p > 0,05$). Para os restantes, a pouca informação (35,39% médicos; 40,21% enfermeiros) e a falta de clareza da informação (26,75% médicos; 19,59% enfermeiros) são os principais fatores que dificultam o apoio necessário à sua tomada de decisão, mas

não chegam a formar a mesma opinião entre os dois grupos de usuários ($p < 0,05$) (TAB. 17).

Situações de extrema delicadeza para a vida hospitalar são as urgências, nas quais as ações têm que ser tomadas de imediato, não havendo tempo para divagações nem pesquisas demoradas. A resolução trará caráter decisivo de vida ou morte para o paciente assistido. Informações são literalmente vitais nesses momentos. Se o sistema hospitalar que detém a informação falha ou não funciona nesse instante, decisões serão tomadas com erro que dificilmente pode ser consertado *a posteriori*. Há a necessidade de rapidez e efetivo acesso à informação nesses momentos, e os processos de negociação de questionamento ao sistema e de transferência do conhecimento devem estar focalizados no usuário para um bom desenlace (Morris, 1994).

TABELA 18 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre o acesso do prontuário médico em uma situação clínica de urgência e solução apresentada à ausência do prontuário.

| EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Teve acesso ao prontuário | 28 | 11,52% | 69 | 71,13% | 6 | 85,71% |
| Não teve acesso ao prontuário. Solução: | - | - | - | - | - | - |
| ... decidir sem a informação | 77 | 31,69% | 2 | 2,06% | 0 | 0,00% |
| ... buscar a informação em outro local de guarda de dados | 69 | 28,40% | 15 | 15,46% | 0 | 0,00% |
| ... gerar novamente a informação | 24 | 9,88% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| ... aguardar a disponibilidade da informação do prontuário | 12 | 4,94% | 3 | 3,09% | 1 | 14,29% |
| Sem resposta | 33 | 13,58% | 8 | 8,25% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 acesso ou não, entre médicos e enfermeiros: $p = 0$) | | | | | | |
| (teste x2 solução, entre médicos e enfermeiros: $p = 0,0017$) | | | | | | |
| (teste x2 acesso ou não, entre usuários e gestores: $p = 0,0032$) | | | | | | |
| (teste x2 solução, entre usuários e gestores: $p = 0,0083$) | | | | | | |

Enquanto que os setores responsáveis apontam que não há referência nem registro de queixas dos usuários sobre problemas com a informação nesses momentos (85,71%), apenas 11,52% dos usuários médicos e 71,13% dos usuários enfermeiros dizem que obtiveram acesso ao prontuário médico (diferença entre a opinião dos gestores e dos usuários comprovada estatisticamente, $p < 0,05$). Para 74,91% dos médicos e 20,61% dos enfermeiros questionados, na falta do acesso ao prontuário durante uma situação de urgência, buscaram soluções totalmente inadequadas para um

bom desempenho, porém o que tinham à disposição diante da falha grave do sistema: 31,69% dos usuários médicos apontam que decidiram sem a informação e outros 28,40% buscaram outras fontes disponíveis de informação; entre os usuários enfermeiros, 15,46% buscaram outras fontes de informação. Do ponto de vista dos setores responsáveis, na falta da informação disponível na urgência, orientam aguardar a disponibilidade do sistema (14,29%), o que respalda aos usuários recorrerem às alternativas anteriormente citadas, em vista da premência de uma ação, que geralmente não suporta aguardar nenhum tempo. Nota-se aqui que tanto os médicos quanto os enfermeiros apresentam soluções estatisticamente diferentes ao problema do acesso ($p=0,0017<0,05$) (TAB. 18).

Há que se destacar que, como fato constrangedor ao profissional, admitir a tomada de decisão sem todos as informações necessárias para uma ação de melhor performance, 13,58% dos usuários médicos e 8,25% dos usuários enfermeiros não forneceram resposta a essa questão, não marcando nenhuma das alternativas.

TABELA 19 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a apresentação de informações do prontuário médico na forma de avisos automáticos, sem necessidade de solicitação direta.

| AVISOS AUTOMÁTICOS | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sempre | 28 | 11,52% | 24 | 24,74% | 1 | 14,29% |
| Às vezes | 93 | 38,27% | 53 | 54,64% | 5 | 71,43% |
| Raramente | 77 | 31,69% | 12 | 12,37% | 1 | 14,29% |
| Nunca | 36 | 14,81% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 9 | 3,70% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: $p = 0$) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: $p = 0,4974$) | | | | | | |

O mundo atual vive um "dilúvio informacional", segundo Roy Ascott, citado por Lévy (1999); de forma que o profissional às vezes não sabe que informação buscar e quando buscá-la, até porque não sabe se existe, se está disponível e não tem tempo de se posicionar em buscá-la. Assim, elementos de automatização estão sendo cada vez mais disponibilizados: as lâmpadas que se acendem quando a luminosidade do ambiente diminui, o indicador de combustível nos veículos que acende uma lâmpada no painel quando o tanque está com o volume baixo, as bóias das caixas d'água que desligam a

vazão d'água quando o volume está completo. No dia-a-dia, os exemplos são diversos. Em um ambiente informacional puro, os avisos automáticos são de suma importância para melhorar a performance do profissional, pelo crescente volume de informação que ora existe.

Na **TAB. 19**, tanto os usuários quanto os setores responsáveis afirmam ($p > 0,05$) que tais avisos não chegam sempre, apontando que apenas às vezes tais avisos ocorrem (71,43% gestores; 54,64% enfermeiros; 38,27% médicos). Além desse fato, os usuários médicos demonstram um pouco mais de necessidade de tais avisos, visto que 31,60% deles afirmam que recebem tais avisos raramente e 14,81% destacam que nunca recebem avisos automáticos. Pelo teste do χ^2 , há uma discordância quanto a receber os avisos, detectado entre os dois grupos de usuários ($p < 0,05$).

TABELA 20 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a confiabilidade da informação do prontuário médico.

| CONFIABILIDADE | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ótima | 4 | 1,65% | 12 | 12,37% | 0 | 0,00% |
| Boa | 81 | 33,33% | 65 | 67,01% | 4 | 57,14% |
| Regular | 126 | 51,85% | 16 | 16,49% | 3 | 42,86% |
| Ruim | 20 | 8,23% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Péssima | 12 | 4,94% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste χ^2 entre médico e enfermeiro: $p = 0$) | | | | | | |
| (teste χ^2 entre usuários e gestor: $p = 0,8455$) | | | | | | |

5.3.3 Confiabilidade da informação

A confiança é uma necessidade para um trabalho digno e íntegro. Conforme Van Wegen e De Hoog (1996), a informação tem seu valor quando busca atender às necessidades de seus usuários, sendo disponibilizada na forma correta, na hora certa, no local exato e à pessoa correta. Pela **TAB. 20**, 51,85% dos médicos afirmam que consideram regular a confiabilidade das informações do prontuário médico, enquanto que 67,01% dos enfermeiros acham bom o nível de confiança dessas informações. Há portanto uma diferença observada de opinião na confiabilidade entre os dois grupos de usuários ($p < 0,05$). No que o grupo de usuários como um todo concorda com os gestores funcionários responsáveis (57,14% destacam bom nível de confiança das informações, $p > 0,05$).

5.3.4 Opinião sobre a informação

Solicitados a indicarem, abertamente, pontos considerados positivos na informação dos atuais prontuários médicos com que trabalham os usuários, encontrou-se uma discordância entre médicos e enfermeiros no geral ($p < 0,05$), apesar de ambos os grupos apontarem como os 2 principais aspectos positivos (**TAB. 21**): apoio à evolução clínica do paciente (76,54% médicos; 62,89% enfermeiros), amparo legal ao profissional (34,98% médicos; 38,14% enfermeiros). Vale ressaltar que o apoio ao processo administrativo é classificado em 3º lugar pelos enfermeiros (24,74%) e apenas por 5,35% dos médicos, bem como a confiabilidade dos prontuários, que divide o 4º lugar da referência dos enfermeiros (20,62%), é apenas citada por 9,47% dos médicos. Para esses, além dos dois primeiros aspectos apontados, é o apoio à pesquisa científica (28,40%) e o auxílio à tomada de decisões (21,81%) que são os principais pontos fortes dos atuais prontuários médicos.

TABELA 21 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre os aspectos positivos das informações nos atuais prontuários médicos.

| ASPECTOS POSITIVOS | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
|--|--------|--------|------------|--------|
| | N | % * | N | % * |
| Apoio à evolução clínica do paciente | 186 | 76,54% | 61 | 62,89% |
| Amparo legal ao profissional | 85 | 34,98% | 37 | 38,14% |
| Apoio à pesquisa científica | 69 | 28,40% | 20 | 20,62% |
| Auxílio à tomada de decisões | 53 | 21,81% | 16 | 16,49% |
| Confiabilidade | 23 | 9,47% | 20 | 20,62% |
| Agilização do trabalho | 19 | 7,82% | 0 | 0,00% |
| Acessibilidade | 16 | 6,58% | 12 | 12,37% |
| Apoio ao processo administrativo | 13 | 5,35% | 24 | 24,74% |
| Padronização | 10 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Organização | 7 | 2,88% | 4 | 4,12% |
| Durabilidade | 5 | 2,06% | 0 | 0,00% |
| Apoio ao faturamento | 4 | 1,65% | 4 | 4,12% |
| Ajuda ao entrosamento da equipe profissional | 0 | 0,00% | 8 | 8,25% |
| Outros | 61 | 25,10% | 16 | 16,49% |
| Sem resposta | 20 | 8,23% | 69 | 71,13% |

Fonte: pesquisa direta

Nota: * resposta múltipla (não soma 100%)

(teste x² entre médico e enfermeiro: $p = 0$)

Solicitados a também apontarem os aspectos negativos das informações dos prontuários, médicos e enfermeiros apenas concordam com os dois principais pontos (**TAB. 22**): ilegitimidade (65,02% médicos e 91,75% enfermeiros) e falta de dados

(46,50% médicos e 46,39% enfermeiros). Os outros dois próximos pontos mais citados pelos médicos, desorganização (26,75%) e pouca informação (25,10%), são também apontados pelos enfermeiros, só que na ordem inversa: pouca informação (37,11%) e desorganização (16,49%). No geral, os dois grupos de usuários mantêm uma dissonância quanto aos aspectos negativos ($p < 0,05$).

TABELA 22 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre os aspectos negativos das informações nos atuais prontuários médicos.

| ASPECTOS NEGATIVOS | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
|--|--------|--------|------------|--------|
| | N | % * | N | % * |
| Ilegibilidade | 158 | 65,02% | 89 | 91,75% |
| Falta de dados | 113 | 46,50% | 45 | 46,39% |
| Desorganização | 65 | 26,75% | 16 | 16,49% |
| Pouca informação | 61 | 25,10% | 36 | 37,11% |
| Inacessibilidade | 45 | 18,52% | 0 | 0,00% |
| Baixa confiabilidade | 32 | 13,17% | 8 | 8,25% |
| Manuseio difícil | 28 | 11,52% | 16 | 16,49% |
| Burocratização | 27 | 11,11% | 4 | 4,12% |
| Confusão | 24 | 9,88% | 8 | 8,25% |
| Subjetividade | 16 | 6,58% | 0 | 0,00% |
| Baixa padronização | 13 | 5,35% | 4 | 4,12% |
| Não informatização | 10 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Redundância | 9 | 3,70% | 12 | 12,37% |
| Baixo sigilo | 7 | 2,88% | 0 | 0,00% |
| Outros | 24 | 9,88% | 20 | 20,62% |
| Sem resposta | 97 | 39,92% | 33 | 34,02% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | |
| Nota: * resposta múltipla (não soma 100%) | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: $p = 0$) | | | | |

5.3.5 Satisfação do usuário

A satisfação do usuário no processo de busca por informação, conforme Kuhlthau (1991), compreende o sentimento comum do usuário quando no 6º estágio do processo, o da apresentação dos resultados. Quando se projeta um serviço centrado no usuário, a meta principal é a sua satisfação com este serviço. Para os usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI pesquisados, há uma discrepância de opiniões ($p < 0,05$): 61,31% dos médicos se consideram pouco satisfeitos ou insatisfeitos, enquanto 79,38% dos enfermeiros estão moderadamente satisfeitos com as informações apresentadas no prontuário médico. Há, contudo, uma unanimidade ($p > 0,05$), corroborada pelos gestores responsáveis pelo setor de informação, visto que 85,71% consideram que os usuários estão pouco satisfeitos com a informação do prontuário médico. Essa unanimidade de

insatisfação é denotada pelo fato que apenas 5 dos médicos e nenhum enfermeiro ou gestor considera-se plenamente satisfeito com o a informação oferecida. (**TABELA 23**)

| TABELA 23 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a satisfação quanto às informações do prontuário médico. | | | | | | |
|---|---------------|----------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| GRAU DE SATISFAÇÃO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Plenamente satisfeito | 5 | 2,06% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Moderadamente satisfeito | 85 | 34,98% | 77 | 79,38% | 1 | 14,29% |
| Pouco satisfeito | 113 | 46,50% | 20 | 20,62% | 6 | 85,71% |
| Insatisfeito | 36 | 14,81% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Não respondeu | 4 | 1,65% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: p = 0,1061) | | | | | | |

5.4 Usos informacionais do usuário

5.4.1 Acesso ao prontuário médico

Para obter informações, os usuários mobilizam-se de várias formas. O acesso ao sistema de informações, freqüentemente representado pelo repositório do prontuário médico, ainda não contempla plenamente as necessidades dos usuários questionados. Há uma concordância entre a opinião do grupo de usuários, médicos e enfermeiros, e a visão dos gestores ($p > 0,05$). Entretanto, entre os dois grupos de usuários estudados, a avaliação pelo teste do χ^2 , comprova uma diferença significativa de opinião entre os médicos (48,15% apontam um acesso apenas regular) e os enfermeiros (50,52% dos enfermeiros denotam um bom acesso). Pela visão dos funcionários dos setores de informação, 85,72% afirmam situar-se o acesso atual entre regular e bom (**TAB. 24**).

O profissional do mundo globalizado, com múltiplas atividades, necessita estar em contato contínuo com a informação. Segundo Barreto (1998), o fluxo de comunicação eletrônica vem dinamizar a informação e o conhecimento do homem, ao se posicionar de forma multiorientada. A busca por informações ocorre a qualquer momento do ser humano, o mundo está-se aproximando da visão de ubiquidade de Weiser (Marchionini; Komlodi, 1998). Para a ação eficaz e efetiva em um ambiente hospitalar, os vários agentes envolvidos no processo de hospitalização devem ter sempre

contato com a informação. De uma forma hipotética, perguntou-se aos usuários como definiriam a possibilidade de poder acessar o prontuário médico a qualquer momento e em qualquer lugar em que esses agentes estivessem, conforme sua própria comodidade.

TABELA 24 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a forma de acesso ao prontuário médico.

| ACESSO AO PRONTUÁRIO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ótimo | 0 | 0,00% | 8 | 8,25% | 0 | 0,00% |
| Bom | 53 | 21,81% | 49 | 50,52% | 3 | 42,86% |
| Regular | 117 | 48,15% | 28 | 28,87% | 3 | 42,86% |
| Ruim | 61 | 25,10% | 8 | 8,25% | 1 | 14,29% |
| Péssimo | 12 | 4,94% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: p = 0,9248) | | | | | | |

TABELA 25 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - definição em uma palavra sobre o prontuário médico com informações acessíveis em qualquer lugar e a qualquer hora, conforme a comodidade do usuário.

| DEFINIÇÃO DO PRONTUÁRIO UBÍQUO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|
| | N | % | N | % |
| Ótimo/ Excelente | 109 | 44,86% | 16 | 16,49% |
| Informatizado | 28 | 11,52% | 12 | 12,37% |
| Essencial/ Fundamental/ Necessário/ Indispensável | 24 | 9,88% | 8 | 8,25% |
| Ideal/ Perfeito/ Desejável | 16 | 6,58% | 20 | 20,62% |
| Bom/ Legal | 16 | 6,58% | 5 | 5,15% |
| Ágil | 6 | 2,47% | 0 | 0,00% |
| Maravilhoso/ Excepcional/ Espetacular | 5 | 2,06% | 16 | 16,49% |
| Perigoso | 4 | 1,65% | 0 | 0,00% |
| Útil | 3 | 1,23% | 0 | 0,00% |
| Impossível | 3 | 1,23% | 0 | 0,00% |
| Outros | 9 | 3,70% | 8 | 8,25% |
| Sem resposta | 20 | 8,23% | 12 | 12,37% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0) | | | | |

Solicitou-se explicar a ideia em apenas uma palavra. Médicos e enfermeiros não demonstram concordância estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Várias palavras foram usadas para definir a sensação a essa idéia. As mais empregadas foram: "ótimo" e "excelente", usadas por 44,86% dos médicos; "ideal", "perfeito", "desejável", usadas por

20,62% dos enfermeiros. Interessante notar a presença de palavras como: "impossível" (03 médicos) e "perigoso" (04 médicos), para definir tal hipótese (**TAB. 25**).

Tilley (1990), em sua revisão sobre os sistemas de informação em saúde, demonstra a grande influência das novas mídias da comunicação na transformação presente e futura dos mesmos.

| TABELA 26 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre os veículos de acesso às informações atualmente disponíveis ao usuário nos hospitais. | | | | | | |
|--|---------------|------------|-------------------|------------|---------------|------------|
| VEÍCULOS DE ACESSO ÀS INFORMAÇÕES | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
| | N | % * | N | % * | N | % * |
| Telefone | 231 | 95,06% | 93 | 95,88% | 7 | 100,00% |
| Fax | 178 | 73,25% | 81 | 83,51% | 7 | 100,00% |
| Computador | 154 | 63,37% | 73 | 75,26% | 7 | 100,00% |
| Celular | 101 | 41,56% | 44 | 45,36% | 7 | 100,00% |
| Rede de computador / Internet | 73 | 30,04% | 44 | 45,36% | 7 | 100,00% |
| Leitor de CD-ROM | 49 | 20,16% | 20 | 20,62% | 7 | 100,00% |
| Telex | 28 | 11,52% | 0 | 0,00% | 1 | 14,29% |
| Hand-held | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 2 | 0,82% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| Nota: * resposta múltipla (não soma 100%) | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0,0135) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: p = 0) | | | | | | |

Atualmente, nos hospitais pesquisados, o telefone ainda é o veículo de maior uso para o contato com a informação hospitalar: 95,06% dos médicos e 95,88% dos enfermeiros afirmam ter esse veículo a sua disposição. É importante salientar que o computador, como veículo de acesso às informações é citado por 63,37% dos médicos e 75,26% dos enfermeiros (**TAB. 26**).

No entanto, os médicos e os enfermeiros não apresentam, proporcionalmente, a mesma opinião sobre que veículos dão acesso atualmente à informação hospitalar (p=0,0135). Na totalidade dos hospitais pesquisados, os veículos como telefone, fax, computador, celular, internet ou rede de computadores e leitor de cd-rom são apontados pelos gestores dos setores de informação como disponíveis aos usuários do sistema. Porém, sua opinião é estatisticamente diferente da apresentada pelo conjunto de usuários (p=0).

5.4.2 Manuseio do prontuário médico

A estrutura do prontuário médico deve permitir melhor organização de todo o seu conteúdo clínico e administrativo, de forma que seja de fácil manuseio para a

localização de informações relevantes e que facilitem aos profissionais de saúde no cuidado com a saúde dos pacientes e sua tomada de decisões. (Faria, 1999).

A busca da informação médica contida nos prontuários necessita ainda de grande dispêndio físico, pois há grande volume de papel acumulando as informações. Entre os médicos a maioria (74,90%) considera abaixo de bom o processo manual de folhear o prontuário, enquanto que 50,51% dos enfermeiros consideram acima de regular tal atividade, demonstrando que entre os dois grupos de usuários há diferença no que se refere ao manuseio ($p=0$). Para 85,72% os gestores consideram o manuseio entre regular ou bom, o que expressa, proporcionalmente, a opinião do grupo comum formado por médicos e enfermeiros ($p>0,05$) (TAB. 27).

Quanto à sensação de perda de tempo durante a consulta ao prontuário médico, a maioria (65,02%) dos médicos afirma que tem pouca perda de tempo, corroborados pelos enfermeiros (54,64%) e profissionais dos setores de informação (57,14%). Pela análise estatística do teste do χ^2 , a comparação de proporcionalidade entre médicos e enfermeiros demonstra ser semelhante entre si e com a opinião dos gestores ($p=0,1950$ e $p=0,5584$, respectivamente) (TAB. 28).

TABELA 27 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre o trabalho manual de folhear (manuseio) o prontuário médico.

| MANUSEIO DO PRONTUÁRIO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ótimo | 0 | 0,00% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Bom | 61 | 25,10% | 45 | 46,39% | 3 | 42,86% |
| Regular | 77 | 31,69% | 28 | 28,87% | 3 | 42,86% |
| Ruim | 77 | 31,69% | 12 | 12,37% | 1 | 14,29% |
| Péssimo | 28 | 11,52% | 8 | 8,25% | 0 | 0,00% |
| Não opina/Não responde | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste χ^2 entre médico e enfermeiro: $p = 0$) | | | | | | |
| (teste χ^2 entre usuários e gestor: $p = 0,7704$) | | | | | | |

TABELA 28 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a perda de tempo durante a consulta às informações do prontuário médico na visita diária.

| PERDA DE TEMPO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--------------------------|--------|--------|------------|--------|--------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| não há perda de tempo | 28 | 11,52% | 16 | 16,49% | 2 | 28,57% |
| tem perda de pouco tempo | 158 | 65,02% | 53 | 54,64% | 4 | 57,14% |
| tem perda de muito tempo | 45 | 18,52% | 12 | 12,37% | 1 | 14,29% |

5.4.3 Registro e leitura do prontuário médico

Uma informação para ter boa qualidade tem que ser bem apreendida pelo usuário. O momento do contato do usuário com o sistema de informação é de suma importância para o bom uso do sistema, bem como para suprir a necessidade de informação do usuário. O formato do registro dos dados no sistema deve ser bem compreendido pelo usuário, o qual também não deve ter dificuldade de leitura do mesmo (Shortliffe; Perreault, 1990).

TABELA 29 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre o formato do registro dos dados no prontuário médico.

| FORMATO DO REGISTRO DE DADOS | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ótimo | 4 | 1,65% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Bom | 77 | 31,69% | 44 | 45,36% | 3 | 42,86% |
| Regular | 113 | 46,50% | 49 | 50,52% | 2 | 28,57% |
| Ruim | 36 | 14,81% | 0 | 0,00% | 2 | 28,57% |
| Péssimo | 12 | 4,94% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Não opina/Não responde | 1 | 0,41% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0,0001) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: p = 0,5482) | | | | | | |

O formato como são registrados os dados nos prontuários médicos dos hospitais pesquisados deixa falha na opinião dos usuários questionados. Mais da metade dos médicos (66,25%), dos enfermeiros (50,52%) e dos funcionários responsáveis pelo setor de informação (57,14%) considera regular ou aquém o formato desses registros. Pela análise estatística proporcional, a opinião do grau de déficit do sistema a respeito do registro entre médicos e enfermeiros não é a mesma ($p < 0,05$), contudo, os gestores

concordam com a opinião geral dos dois grupos de usuários quanto a ter déficit no registro ($p=0,5482$) (TAB. 29).

TABELA 30 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre a dificuldade em ler a escrita registrada nos prontuários médicos.

| DIFICULDADE DE LEITURA DO REGISTRO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sempre | 57 | 23,46% | 20 | 20,62% | 6 | 85,71% |
| Às vezes | 182 | 74,90% | 73 | 75,26% | 1 | 14,29% |
| Raramente | 3 | 1,23% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Nunca | 1 | 0,41% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Não opina/Não responde | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: $p = 0,3263$) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: $p = 0,0018$) | | | | | | |

Quanto à dificuldade de leitura dos registros apostos no prontuário médico, encontrou-se que a maioria dos usuários (74,90% médicos; 75,26% enfermeiros) considera às vezes difícil a leitura, sendo que 23,46% dos médicos e 20,62% dos enfermeiros afirmam sempre encontrar dificuldade na leitura das informações registradas no prontuário. Tal distribuição de proporção é semelhante estatisticamente ($p=0,3263$). Todavia, é importante salientar que os gestores dos setores de informação hospitalar apontam uma dificuldade de leitura dos dados muito grande, pois todos dizem que sempre (85,71%) ou às vezes (14,29%) têm verificado dificuldade de leitura, sendo mais veementes quanto à falha do sistema que os próprios usuários ($p<0,05$) (TAB. 30).

5.4.4 Informatização do prontuário médico

Segundo a revisão feita por MacDougall e Brittain (1994), as perspectivas atuais e futuras é que cada vez mais sistemas de informação médicos passem a ser informatizados, em todos os níveis.

A presente pesquisa demonstra que a maioria dos usuários aprova a informatização, visto que 90,12% dos médicos e 91,75% dos enfermeiros acreditam que sua atividade profissional melhoraria com a informatização dos registros do prontuário médico. Apesar disso, no conjunto, a opinião dos dois grupos de usuários é diferente ($P<0,05$), pois entre os médicos 1,65% consideram que haja piora e outros 8,23% opinam que suas atividades não sofram alterações (TAB. 31).

TABELA 31 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a atividade profissional com o uso de prontuário médico em sistema informatizado.

| ATIVIDADE PROFISSIONAL EM | MÉDICO | ENFERMEIRO |
|---------------------------|--------|------------|
|---------------------------|--------|------------|

Contudo, nos hospitais investigados ainda é incipiente o processo computacional dos prontuários, para o contato com os usuários, visto que 78,60% dos médicos e 95,88% dos enfermeiros afirmam que ainda não consultam prontuários médicos informatizados em nenhum dos hospitais em que trabalham (TAB. 32).

TABELA 32 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre se o usuário consulta prontuário médico diretamente em um sistema informatizado em algum dos hospitais em que trabalha .

| CONSULTA PRONTUÁRIO INFORMATIZADO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|
| | N | % | N | % |
| Sim | 49 | 20,16% | 0 | 0,00% |
| Não | 191 | 78,60% | 93 | 95,88% |
| Sem resposta | 3 | 1,23% | 4 | 4,12% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0) | | | | |

A indicação de baixo uso de prontuários médicos informatizados pelos usuários pesquisados é corroborada pela baixa informatização desses prontuários nos hospitais gerais de Teresina. Os setores responsáveis pelos sistemas de informação dos hospitais destacam que apesar de já possuírem informatização (57,14%), a mesma ainda é muito incipiente (TAB. 33).

TABELA 33 - Funcionários responsáveis pelo setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - tipo de prontuário médico em funcionamento atualmente nos hospitais pesquisados.

| TIPO DE PRONTUÁRIO | N | % |
|-------------------------------|---|--------|
| Tradicional (apenas em papel) | 3 | 42,86% |
| Pouco informatizado | 4 | 57,14% |
| Muito informatizado | 0 | 0,00% |

5.4.5 Estrutura do prontuário médico

A estrutura geral, como se encontram os prontuários médicos, está-se desenvolvendo há várias décadas. Desde a organização das instituições hospitalares vem-se procurando organizar um sistema que mantenha o ambiente de cuidado com a saúde de forma que se possam obter informações válidas, precisas e fácil disponibilidade para o perfeito funcionamento do hospital (MacDougall; Brittain, 1994).

TABELA 34 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, PI - opinião sobre a estrutura geral do prontuário médico atual.

| ESTRUTURA GERAL | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ótimo | 0 | 0,00% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Bom | 65 | 26,75% | 57 | 58,76% | 3 | 42,86% |
| Regular | 122 | 50,21% | 32 | 32,99% | 3 | 42,86% |
| Ruim | 36 | 14,81% | 0 | 0,00% | 1 | 14,29% |
| Péssimo | 20 | 8,23% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% | 4 | 4,12% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: p = 0,9544) | | | | | | |

Na pesquisa realizada (**TAB. 34**), 50,21% dos médicos consideram regular a estrutura geral do prontuário médico atual. Já a maioria dos usuários enfermeiros considera que a estrutura geral está boa (58,76%), demonstrando opinião diferente à dos médicos (p=0). Para os setores responsáveis por montar e manter o sistema de informação hospitalar, a opinião dos usuários é corroborada, visto que 85,75% consideram entre regular e boa a estrutura geral do prontuário médico atual (p>0,05).

5.5 Participação e treinamento de usuários

5.5.1 Serviço de atendimento ao cliente

Conforme Davenport (1998), na organização empresarial moderna, como buscam ser os hospitais, “contextualizar informações é o meio mais poderoso para aumentar tanto o interesse do público quanto a propensão deste em interagir com a informação”; para isso o autor orienta a construção de uma equipe de múltiplos profissionais a comporem o setor de informações, de forma a atender ao cliente, seja de que nível for.

Nos hospitais pesquisados, apenas 28,57% (2 hospitais) apresentam um serviço de atendimento ao cliente, enquanto que os demais ainda não se organizaram para atender o usuário em seu aspecto mais amplo (TAB. 35).

| TABELA 35 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí - existência de S.A.C. (serviço de atendimento ao cliente) | | |
|---|----------|----------------|
| TEM S.A.C. | N | % |
| Sim | 2 | 28,57% |
| Não | 5 | 71,43% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% |
| Total | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | |

Nesses hospitais, a totalidade dos setores de informação, representados por seus funcionários gestores, vêm médicos, enfermeiros e fisioterapeutas como usuários do sistema de informação, seguidos por nutricionistas, auxiliares administrativos, administradores e técnicos de enfermagem. Porém não são todos que conseguem visualizar outros tipos de possíveis usuários do prontuário médico. E quando chamados a apontar os que mais utilizam o prontuário, dividem-se na escolha: 3 (42,86%) apontam os médicos, 2 (28,57%) referem os auxiliares administrativos, 1 (14,29%) cita os enfermeiros e 1 (14,29%) os técnicos de enfermagem (TAB. 36).

5.5.2 Usuário na montagem e manutenção do sistema

Nos hospitais pesquisados, conforme apurado, tanto os médicos (74,90%) quanto os enfermeiros (67,01%) são taxativos em afirmar que nunca foram consultados quanto a sugestões e mudanças no prontuário médico (uma semelhança de respostas estatisticamente significativa, $p > 0,05$). Discordam bastante dos gestores ($p = 0,0002$), que afirmam que há consulta aos usuários (14,29%), às vezes consultam (42,86%) ou raramente consultam (42,86%) (TAB. 37).

5.5.3 Treinamento do usuário

Os usuários médicos apontam que nunca (71,60%) foram treinados ou orientados, quando pela primeira vez tiveram que manusear um prontuário médico em um hospital.

| TABELA 36 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí - tipos de usuários do prontuário médico e o usuário que mais utiliza o prontuário | | | | |
|---|---|---------|-------------------|----------------|
| TIPOS DE USUÁRIOS | | | QUEM MAIS UTILIZA | |
| | N | % * | N | % |
| Médicos | 7 | 100,00% | 3 | 42,86% |
| Enfermeiros | 7 | 100,00% | 1 | 14,29% |
| Fisioterapeutas | 7 | 100,00% | - | - |
| Nutricionistas | 6 | 85,71% | - | - |
| Auxiliares administrativos | 6 | 85,71% | 2 | 28,57% |
| Funcionários da informação | 5 | 71,43% | - | - |
| Administradores | 5 | 71,43% | - | - |
| Técnicos de enfermagem | 4 | 57,14% | 1 | 14,29% |
| Auditores | 4 | 57,14% | - | - |
| Pacientes | 3 | 42,86% | - | - |
| Familiares | 3 | 42,86% | - | - |
| Psicólogos | 3 | 42,86% | - | - |
| Contadores | 3 | 42,86% | - | - |
| Terceirizadores de serviços | 3 | 42,86% | - | - |
| Empresas financiadoras (convênios) | 3 | 42,86% | - | - |
| Órgãos da justiça | 3 | 42,86% | - | - |
| Copeiros | 2 | 28,57% | - | - |
| Fiscais | 2 | 28,57% | - | - |
| Estudantes | 2 | 28,57% | - | - |
| Pesquisadores | 2 | 28,57% | - | - |
| Funcionários da manutenção | 1 | 14,29% | - | - |
| Total | - | - | 7 | 100,00% |

Fonte: pesquisa direta
Nota: * resposta múltipla (total não soma 100%)

| TABELA 37 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre consulta pelo setor hospitalar responsável sobre sugestões ou mudanças para o prontuário médico. | | | | | | |
|--|--------|--------|------------|--------|--------|--------|
| CONSULTA SOBRE SUGESTÕES | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Sempre | 5 | 2,06% | 4 | 4,12% | 1 | 14,29% |
| Às vezes | 28 | 11,52% | 12 | 12,37% | 3 | 42,86% |

Os enfermeiros apontam terem recebido maior índice de treinamento, visto que 24,74% e 20,62%, totalizando 45,36%, apontam, respectivamente, que sempre ou às vezes receberam orientação ou treinamento ao entrarem em contato pela primeira vez com um novo prontuário médico (teste do qui-quadrado de comparação proporcional para médicos e enfermeiros com $p=0$). É notável, no entanto, que 71,43% dos gestores de setor de informação mencionarem que às vezes os usuários recebem tal treinamento, o que destoa da opinião do grupo de usuário ($p<0,05$) (TAB. 38).

TABELA 38 - Médicos e enfermeiros, usuários, e gestores do setor de informação dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre existência de treinamento ou orientação do usuário quanto ao uso do prontuário médico quando no primeiro contato com o hospital.

| TREINAMENTO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | | GESTOR | |
|---|------------|----------------|------------|----------------|----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sempre | 0 | 0,00% | 24 | 24,74% | 0 | 0,00% |
| Às vezes | 32 | 13,17% | 20 | 20,62% | 5 | 71,43% |
| Raramente | 36 | 14,81% | 16 | 16,49% | 2 | 28,57% |
| Nunca | 174 | 71,60% | 29 | 29,90% | 0 | 0,00% |
| Sem resposta | 1 | 0,41% | 8 | 8,25% | 0 | 0,00% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: $p = 0$) | | | | | | |
| (teste x2 entre usuários e gestor: $p = 0,0004$) | | | | | | |

Como os hospitais são instituições distintas entre si, é natural supor que seus sistemas de informação tenham diferenças entre si. Tal fato é apontado pelos usuários médicos (78,19%) e enfermeiros (79,38%) que concordam em afirmar existirem essas diferenças entre os diversos prontuários médicos dos hospitais em que trabalham ($p=0,0903$) (TAB. 39). A existência dessas diferenças apontadas pode dificultar o uso dos prontuários; no entanto é baixo o índice de treinamento mencionado pelos usuários

quando no primeiro contato com o sistema (sempre tem treinamento: 0,00% dos médicos, 24,74% dos enfermeiros), como visto na **TAB. 38**.

TABELA 39 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre existência de diferenças entre os prontuários médicos dos hospitais.

| DIFERENÇA ENTRE PRONTUÁRIOS | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|
| | N | % | N | % |
| Sim | 190 | 78,19% | 77 | 79,38% |
| Não | 53 | 21,81% | 12 | 12,37% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% | 8 | 8,25% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0,0903) | | | | |

Embora os computadores estejam disseminados nas residências e empresas, a habilidade de digitação em um teclado é considerada por poucos médicos (14,81%) e enfermeiros (20,62%) como ótima, ocorrendo que 15,23% dos médicos e 4,12% dos enfermeiros considerarem de ruim a péssima sua digitação. Observa-se, contudo, que entre os dois grupos há diferenças proporcionais de habilidade ($p < 0,05$) (**TAB. 40**).

TABELA 40 - Médicos e enfermeiros, usuários dos hospitais gerais de Teresina, Piauí - opinião sobre como considera sua habilidade de digitação em um teclado.

| HABILIDADE DE DIGITAÇÃO | MÉDICO | | ENFERMEIRO | |
|--|------------|----------------|------------|----------------|
| | N | % | N | % |
| Ótima | 36 | 14,81% | 20 | 20,62% |
| Boa | 93 | 38,27% | 32 | 32,99% |
| Regular | 77 | 31,69% | 37 | 38,14% |
| Ruim | 32 | 13,17% | 4 | 4,12% |
| Péssima | 5 | 2,06% | 0 | 0,00% |
| Não opina/Não responde | 0 | 0,00% | 4 | 4,12% |
| Total | 243 | 100,00% | 97 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | | | |
| (teste x2 entre médico e enfermeiro: p = 0,0368) | | | | |

Apesar de ter uma parcela importante de usuários (entre os médicos: 31,69% consideram regular, 13,17% consideram ruim e 2,06% consideram péssima; entre os enfermeiros: 38,14% consideram regular e 4,12% consideram ruim) que referem dificuldade no uso da interface básica com sistemas informatizados, que é o ato de digitar, os gestores dos sistemas de informação dos hospitais pesquisados referem, em sua maioria (57,14%), nunca terem realizado algum curso de digitação para os usuários (**TAB. 41**).

**TABELA 41 - Hospitais gerais da cidade de Teresina, Piauí
- treinamento de digitação para usuários.**

| TREINAMENTO DE DIGITAÇÃO | N | % |
|---------------------------------|----------|----------------|
| Sempre | 0 | 0,00% |
| Às vezes | 1 | 14,29% |
| Raramente | 2 | 28,57% |
| Nunca | 4 | 57,14% |
| Sem resposta | 0 | 0,00% |
| Total | 7 | 100,00% |
| Fonte: pesquisa direta | | |

6 CONCLUSÃO

O homem sempre buscou informações. Em todos os recônditos do seu ser, da pesquisa científica ao comportamento social, das indagações filosóficas à fé religiosa, em tudo há a busca infinita do homem pelo conhecer. Se, geneticamente, a diferenciação do ser humano é ínfima em relação ao animal, a sua bagagem cultural, passada de geração em geração, é infinitamente superior ao dos outros seres vivos. Essa diversificação do homem decorre de sua capacidade de buscar, gerar, armazenar e recuperar as informações.

No momento atual, vive-se a “sociedade da informação”, onde a busca por saber é tão mistificada e glorificada. Entretanto, o homem sempre esteve nessa busca. O que se vivencia no presente é a utilização de uma portentosa parafernália tecnológica voltada não apenas em agigantar a parte física do frágil corpo humano. A tecnologia atual voltou-se para contribuir com um superdimensionamento da capacidade de raciocínio do homem. Adaptar-se a esse novo comportamento informacional, gerado em alta velocidade, é o desafio atual para o homem.

Em todos os níveis de atuação da sociedade está acontecendo a geração de informação em velocidade nunca dantes imaginada. No ambiente hospitalar, foco centralizador do cuidado com a saúde no mundo atual, onde o crescimento tecnológico é estrondoso, há uma multiplicidade de equipamentos, conhecimentos e relacionamentos. Os profissionais que vivenciam o hospital precisam a cada instante de novas informações, de forma atualizada, fidedigna, holística, para a preservação da saúde, que geralmente necessita ser tratada em caráter de urgência.

Focalizando especificamente a comunidade hospitalar da cidade de Teresina, Piauí, que freqüentemente está sendo bombardeada, como todas as outras, pelas inovações tecnológicas, pelas descobertas científicas, pelas modificações administrativas e legais, pelas mudanças vertiginosas da sociedade, a pesquisa sobre os usuários principais dessa comunidade hospitalar, os médicos e enfermeiros, permitiu identificar suas necessidades e usos no contexto da informação de cunho hospitalar.

Utilizando-se os dados analisados, apresentam-se conclusões específicas quanto às características gerais, necessidades de informação, usos do prontuário médico e participação e treinamento dos usuários em relação ao sistema de informação hospitalar.

O perfil do médico, usuário do sistema de informação hospitalar dos hospitais gerais de Teresina, Piauí, está configurado na pesquisa como tendo: sexo masculino (73,25%); entre 31 a 40 anos (50,21%); 01 especialidade (65,02%), sendo esta do tipo intermediária (36,63%); atuando basicamente na área clínica (96,71%); perfazendo uma renda mensal acima de 30 SM (46,91%); sob uma carga horária semanal acima de 60 horas (43,21%); em regime de trabalho de plantão (63,20%); permanecendo de 4 a 8 horas diárias em ambiente hospitalar (43,21%); trabalhando em 3 ou mais hospitais (56,79%); tanto do setor público quanto privado (79,84%).

Quanto ao perfil do enfermeiro, também usuário do sistema de informação hospitalar dos hospitais gerais de Teresina, Piauí, a pesquisa aponta: sexo feminino (95,88%); abaixo de 31 anos (58,76%); sem especialização (58,76%); atuando basicamente na área clínica (79,38%); com uma renda mensal de 5 a 10 SM (58,76%); sob uma carga horária semanal até 40 horas (54,64%); em regime de trabalho de plantão (58,76%); permanecendo de 9 a 12 horas por dia em hospitais (58,76%); trabalhando em apenas 1 hospital (50,52%); tanto do setor público quanto privado (46,39%).

Sobre o perfil do gestor do sistema de informação hospitalar dos hospitais gerais de Teresina, Piauí, os dados pesquisados revelam: sexo masculino (57,14%); faixas etárias de abaixo de 31, de 31 a 40 e de 41 a 50 anos equivalentes com 28,57%; com ensino superior (42,86%); área de formação em análise de sistemas (42,86%); tempo de atuação no setor equilibrado entre menos de 5 anos e de 5 a 10 anos com 42,86%; ocupando um cargo com a denominação de Coordenador de Informática (42,86%) de um setor denominado Departamento de Informática (42,86%).

As necessidades de informação hospitalares apontadas pelos médicos são diferentes das apontadas pelos enfermeiros, em todos os questionamentos realizados. Os médicos destacam o registro legal (39,92%) como tipo principal de informação do prontuário médico atual, o que denota sua preocupação cada vez mais freqüente com a defesa profissional. Tal fato é corroborado pela necessidade referida em ter disponíveis informações de protocolos de tratamento (61,73%) no sistema de informação, os quais dão respaldo à decisão médica e servem como fator de proteção a contestações judiciais. A busca de informações arquivadas de internações anteriores é feita apenas às vezes (58,79%), e quando desencadeiam a busca dessas informações, elas são referentes a um determinado paciente (31,69%).

No momento de tomada de decisão, tão importante para qualquer profissional, principalmente ao profissional de saúde, 86,83% dos médicos afirmam que não recebem

auxílio do prontuário médico, 35,39% deles referindo como causa principal a existência de poucas informações. E quando ocorre uma situação clínica de urgência, onde a informação para decisão deve conter todos os atributos necessários já referidos anteriormente no texto, apenas 11,52% dos médicos mencionam ter tido acesso ao prontuário, 31,69% afirmando ter decidido sem a informação, aumentando consideravelmente sua probabilidade de erro e diminuindo sua qualidade de trabalho. Sobre a recepção de avisos automáticos, que ajudam a busca de informação, apenas 11,52% referem receber sempre, indicando a maioria (38,27%) que recebem apenas às vezes.

Quanto à confiabilidade da informação recebida pelos médicos, 51,85% deles optam por afirmar que a consideram apenas regular, enquanto 33,33% já a mencionam como boa. Instados a apontarem os aspectos positivos e negativos das informações recebidas dos prontuários médicos, os usuários médicos referem:

- a) aspectos positivos: apoio à evolução clínica do paciente (76,54%); amparo legal ao profissional (34,98%); apoio à pesquisa científica (28,40%); auxílio à tomada de decisões (21,81%); sendo os demais aspectos apontados por menos de 10% dos pesquisados;
- b) aspectos negativos: ilegibilidade (65,02%); falta de dados (46,50%); desorganização (26,75%); pouca informação (25,10%); inacessibilidade (18,52%); baixa confiabilidade (13,17%); manuseio difícil (11,52%); burocratização (11,11%); com os demais aspectos negativos citados por menos de 10% dos pesquisados.

De uma maneira geral, o médico se considera pouco satisfeito (46,50%) com as informações do prontuário médico.

Sobre os usos da informação do prontuário médico, médicos e enfermeiros mantêm suas divergências, com exceção sobre perda de tempo e leitura, quando concordam entre si. Quanto à forma de acesso ao prontuário o médico considera que está apenas regular (48,15%); e gostaria que as informações estivessem acessíveis em qualquer lugar e a qualquer hora, com 44,86% dos médicos referindo como ótimo e excelente à idéia dessa disponibilidade ubíqua. Esses profissionais afirmam que já possuem disponíveis nos hospitais vários veículos de acesso às informações: telefone (95,06%); fax (73,25%); computador (63,37%); celular (41,56%); rede de computadores/internet (30,04%); leitor de cd-rom (20,16%) e telex (11,52%). Entretanto o manuseio do prontuário não está bom: 31,69% consideram regular e o

mesmo percentual considera ruim; apesar disso, não consideram que a consulta na visita diária os faça perder tempo (65,02% referem ter pouca perda de tempo). O formato do registro de dados do prontuário é considerado apenas regular pelos médicos (46,50%); quanto à leitura do prontuário é citada como freqüentemente difícil (74,90%).

A utilização de sistemas informatizados é um fator apontado como necessário pelos médicos, pois 90,12% referenciam que há melhora de sua atividade profissional; porém apenas 20,16% referem já estarem consultando sistemas informatizados na atividade diária. Daí talvez a insatisfação com a estrutura geral apontada apenas como regular por 50,21% dos usuários médicos.

As necessidades de informação hospitalares apontadas pelos enfermeiros, como já dito, são diferentes das apontadas pelos médicos, em todos os questionamentos realizados. Para os enfermeiros também é o registro legal (34,02%) o tipo principal de informação do prontuário médico atual, mas a distribuição de opiniões dos demais itens não se assemelha às opiniões dos médicos. Também como os médicos, os enfermeiros mencionam a necessidade em ter disponíveis informações de protocolos de tratamento (61,73%) no sistema de informação, mas também emitem o conjunto de opiniões outras distintos dos profissionais médicos. A busca de informações arquivadas de internações anteriores é feita apenas às vezes (62,89%), e quando desencadeiam a busca dessas informações, elas são referentes a um paciente específico (20,62%).

74,23% dos enfermeiros, assim como os médicos, afirmam que, no momento de tomada de decisão, não recebem auxílio do prontuário médico, 40,21% deles referindo também como causa principal a existência de poucas informações. No entanto há uma distorção grande da opinião dos enfermeiros com a opinião dos médicos em uma situação clínica de urgência, pois 71,13% dos enfermeiros afirmam ter tido acesso ao prontuário, e apenas 15,46% indicando que na ausência da informação foram em busca em outras fontes.. Sobre a recepção de avisos automáticos, 54,64% indicam que os recebem apenas às vezes.

Sobre a confiabilidade da informação recebida, os enfermeiros respondem em 67,01% dos questionários, como tendo boa confiança nos dados médicos recebidos do prontuário. Quando apontam os aspectos positivos e negativos das informações recebidas dos prontuários médicos, os usuários enfermeiros referem:

- a) aspectos positivos: apoio à evolução clínica do paciente (62,89%); amparo legal ao profissional (38,14%); apoio ao processo administrativo (24,74%); apoio à pesquisa científica e confiabilidade

(20,62%, ambos); auxílio à tomada de decisões (16,49%); acessibilidade (12,37%); sendo os demais aspectos apontados por menos de 10% dos pesquisados;

- b) aspectos negativos: ilegibilidade (91,75%); falta de dados (46,39%); pouca informação (37,11%); desorganização e manuseio difícil (16,49%); redundância (12,37%); com os demais aspectos negativos citados por menos de 10% dos pesquisados.

Diferentemente dos médicos, os enfermeiros, consideram-se moderadamente satisfeitos (79,38%) com as informações do prontuário médico.

Na análise dos usos da informação do prontuário médico, a forma de acesso ao prontuário é apontada como boa por 50,52% dos enfermeiros; sendo que os enfermeiros são menos entusiastas que os médicos, com a possibilidade de uma disponibilidade ubíqua de informações, possivelmente por passarem mais tempo em um só ambiente. 20,62%, o percentual mais elevado de enfermeiros, considera a proposta como ideal, perfeita e desejável. Esses profissionais, como os médicos, também afirmam que já possuem disponíveis nos hospitais vários veículos de acesso às informações: telefone (95,88%); fax (83,51%); computador (75,26%); celular e rede de computadores/internet (45,36%); leitor de cd-rom (20,62%). Consideram o manuseio do prontuário de bom nível (46,39%) e a consulta na visita diária os faz perder apenas pouco tempo (54,64%). Para os enfermeiros o formato do registro de dados do prontuário está apenas regular (50,52%) e a dificuldade de leitura ocorre com frequência (75,26%).

Os enfermeiros são mais efetivos que os médicos em afirmar que os sistemas informatizados melhorariam sua atividade profissional (91,75%); mas são unânimes em afirmar que não utilizam ainda nenhum sistema informatizado em suas atividades diárias (95,88%). Contudo, consideram boa a estrutura geral do prontuário médico atual (58,76%).

Os gestores dos sistemas de informação hospitalares, de uma forma geral, estão observando as necessidades de seus usuários, pois suas respostas coincidem com a dos usuários. Há um ou outro item em que divergem de opinião, como é o caso do tipo principal de informação do prontuário atual, em que apontam tanto o processo administrativo quanto o faturamento (42,86%, cada um). Isso é corroborado pelo tipo de informação a ser disponibilizado. Como descrito anteriormente, médicos e enfermeiros apontam os protocolos de tratamento como principais solicitações, porém os gestores

referem, com o mesmo grau, as informações sobre farmacologia, patologia e notas administrativas (14,29%), nenhum deles detendo-se no item apontado pelos usuários.

No processo de busca de informações arquivadas, os gestores apontam que os usuários sempre (57,14%) procuram por tais informações, porém descrevem que a busca ocorre por estatísticas hospitalares (71,43%), o que não foi demonstrado pelos usuários.

Durante uma situação de urgência, na qual a rapidez de resposta e adaptabilidade do sistema é explorada ao máximo, os gestores apontam falhas, pois destoam dos usuários afirmando que estes tiveram acesso ao prontuário (85,71%), além de demonstrarem inabilidade no trato com o usuário, pois diante da indisponibilidade da informação orientam a simplesmente aguardar uma futura disponibilidade (14,29%), como se o fato gerador da necessidade da informação pudesse ser congelado em estado de espera. Quanto à recepção de avisos automáticos, os gestores concordam com os usuários, pois afirmam que ocorrem às vezes (71,43%).

Sobre a confiabilidade da informação recebida pelo usuário, os gestores são coesos com os usuários em afirmar que o sistema tem boa confiabilidade (57,14%). Mas é interessante notar, que apesar de os gestores concordarem com os usuários que o sistema esteja insatisfatório (85,71% denota pouca satisfação do usuário), os mesmos não interagem com o usuário para corrigir o sistema, nem procuram treinar esses usuários, como descrito a seguir.

Na análise dos usos da informação do prontuário médico, tanto gestores quanto usuários são concordantes quanto à forma de acesso ao prontuário, que é apontada como boa (42,86%). Esses profissionais, também afirmam que os usuários já dispõem nos hospitais de vários veículos de acesso às informações, apenas demonstram pouco conhecimento da realidade que nem todos os usuários conhecem esta disponibilidade, como visto acima. Consideram o manuseio do prontuário de bom nível (42,86%) e que a consulta na visita diária faz perder apenas pouco tempo do usuário (57,14%), o que coincide com os usuários pesquisados. Para eles o formato do registro de dados do prontuário está bom (42,86%), concordando com o grupamento de usuários em análise e a dificuldade de leitura ocorre sempre (85,71%), o que já destoa dos usuários.

Os gestores apontam que os sistemas ainda são muito tradicionais (42,86%), totalmente no papel, ou parcialmente informatizados (57,14%), mantendo muita informação ainda no papel. Este fato é comprovado pelos usuários, que demonstram não ter sistema de informação automatizado para utilizarem, contudo é importante salientar

que os gestores deveriam estar atentos à revelação dos usuários que concordam em apontar uma melhoria significativa em suas atividades com a informatização. Mas, de um modo geral, também, como os usuários, acha a estrutura geral de bom nível (42,86%).

Há um descompasso entre os sistemas hospitalares analisados e seus usuários na sua interação. Enquanto os usuários médicos (74,90%) e usuários enfermeiros (67,01%) afirmam que **nunca** foram contatados para sugestões ou mudanças no sistema de informação hospitalar, que freqüentemente se diz orientado ao usuário, inclusive com 2 hospitais (28,57%) apontando a existência de SAC, setor direcionado ao usuário, os gestores informam que às vezes procuram sugestões e participações de seus usuários (42,86%). Além disso, enquanto os usuários apontam que nunca tiveram treinamento no primeiro contato com os sistemas (médicos: 71,60%; enfermeiros: 29,90%), que percebem diferenças entre os sistemas de hospitais distintos (médicos: 78,19%; enfermeiros: 79,38%) e que sua digitação é regular (médicos: 31,69%; enfermeiros: 38,14%), os gestores apontam que apesar de nunca terem dado treinamento de digitação (57,14%), às vezes fornecem treinamento ao primeiro contato com o sistema (71,43%), o que demonstra não estarem tendo a percepção das necessidades de seus usuários.

Os sistemas de informação dos hospitais gerais de Teresina, representados por seus gestores, estão observando as necessidades e usos de seus usuários, aqui representados pelos principais usuários do sistema de informação hospitalar, médicos e enfermeiros; entretanto se demonstra que ainda não estão direcionados a seus usuários, apesar de todas as transformações ocorridas na sociedade informacional, na qual o novo foco é centralizado no usuário.

Sugere-se então para melhoria dos sistemas de informação hospitalares estudados que:

- a) organizem-se em setores com novas diretrizes, de foco no usuário, e não em setores puramente arquivistas ou de processamento de dados;
- b) procedam à informatização cabível e exequível, quanto a viabilidades orçamentárias, mas não focalizando a tecnologia da máquina mas a tecnologia da informação, enquanto processo humano;
- c) promovam comissões, reuniões, debates envolvendo os vários usuários da informação, internos e externos;
- d) desenvolvam treinamentos de forma contínua com os usuários do sistema de informação.

Sugere-se ainda que novas pesquisas sejam delineadas para estudar a reestruturação do prontuário médico e sua informatização, como também as possibilidades de organizá-los de forma mais eficaz e que supram as necessidades informacionais dos usuários. Além disso, esta pesquisa aqui descrita poderá ser mais aprofundada desenvolvendo-se um estudo de caso analisando os fatores qualitativos, utilizando-se o esquema conceitual de Dervin ou de Foucault.

ABSTRACT

RIBEIRO, J. L. V. **The users of the hospital system of information: needs and uses in the context of information.** 2002, 136f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

In the society of information, in which there is a strong explosion in the genesis of information and in the process of communication, the concern is addressed to the individual, multiple, global and integrated systems. There is a search, in the environment of information science to understand needs and satisfactions of the users in contact with information, resulting in several works. At the same time, in the field of health, this sector in Brazil, is suffering deep structural changes, with the introduction of “Sistema Único de Saúde”. Then, hospitals, which are sources of information, have searched to adapt to this new reality. Therefore, the principal aim was to identify the needs and uses of users of hospital systems of information, in the context of the information, collecting data of general hospitals, localized in the Teresina city, state of Piauí. The hospital sector was investigated about its pattern of system of information, if with traditional focus in the own system, or if with adapted reality, concerning speech, according new paradigm of centralization in the user by questionnaires to doctors and nurses, main users of these systems; and managers of information. This study found that these systems of information are searching to observe the necessities and uses of users, although they are not directed to their users yet. Thus, doctors (74,90%) and nurses (67,01%) affirmed that never were contacted about suggestions or changes in the hospital system of information. Moreover, the users apointed that never received training in the first contact with the systems, as well as the managers of information affirmed that never gave basic training like the digitation in the computers.

KEY WORDS: User’s studies, hospital information system, medical record

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, Bryce L. **Information tasks – toward a user-centered approach to information systems**. Academic Press, 1996.

ALLEN, T. J. Information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 4, p. 1-29, 1969.

ALVES, C. M.; SILVA, P. A. L. Caracterização de usuários e adequação dos serviços de biblioteca: uma abordagem preliminar das bibliotecas da PUC/RJ. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 13-24, 1978.

ARAÚJO, Vânia Maria Rodrigues Hermes de. **Sistemas de recuperação da informação: nova abordagem teórico-conceitual**. 1994. Tese (Doutorado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Comitê Brasileiro de Qualidade. CB-25. **NBR/ ISO 9004-2: gestão da qualidade e elementos do sistema de qualidade**. Parte 2: Diretrizes para serviços. Nov. 93. (xerox)

BABBIE, E. **Métodos de pesquisa de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

BARRETO, Aldo de Albuquerque. A questão da informação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 3-8, 1994.

BARRETO, Aldo de Albuquerque. Mudança estrutural no fluxo do conhecimento: a comunicação eletrônica. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 122-127, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ci/v27n2/barreto.pdf>>. Citado em: 28 set. 2000.

BAX, Marcelo P.; DIAS, Eduardo. W. **A abordagem da ‘construção do sentido’ em estudos de usuários**. Cadernos de Ciência da Informação, 1997. 5p. Relatório técnico.

BELKIN, N. J.; BROOKS, H. M.; ODDY, R. N. Ask for information retrieval. **Journal of Documentation**, v. 38, n. 2, p. 61-71, 1982.

BERLO, D. K. **O processo da comunicação**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1974.

BERQUÓ, E. S. et al. **Bioestatística**. São Paulo: EPU, 1981.

BERRY, L. L.; ZEITHAM, V. A.; PARASURAMAN, A. Five imperatives for improving service quality. **Sloan Management Review**, v. 31, p. 29-38, 1990.

BETTIOL, Eugênia Maranhão. Necessidades de informação: uma revisão. **Revista de Biblioteconomia**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 59-69, jan./jun. 1990.

BIO, S. R. **Sistemas de informação: um enfoque gerencial**. São Paulo: Atlas, 1985.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Especial para a Descentralização. **Uso e disseminação de informações em saúde**: subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. 92p. Oficina de trabalho; relatório final.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil**. 2001a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/matriz.htm#demog>>. Citado em: 10 out. 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. 2001b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Citado em: 10 out. 2002.

BRASIL. Programa Sociedade da Informação. **Bases do programa brasileiro para a sociedade da informação**. 2000. Disponível em: <<http://www.socinfo.org.br/documentos/doc-002.htm>>. Citado em: 28 set. 2000.

BUCKLAND, Michael K. **Information and information systems**. New York: Greenwood, 1991a.

BUCKLAND, M. K. Information as thing. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 42, n. 5, p. 351-360, 1991b.

BURTON, P. F. Accuracy of information provision: the need for client-centered services. **Journal of Librarianship**, v. 22, v. 4, p. 201-215, 1990.

BUSS, P.; LABRA, E. **Sistemas de saúde**: continuidade e mudanças. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 1995.

CARDOSO, A. M. P. Pós-modernidade e informação: conceitos complementares? **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 63-79, jan./jun. 1996.

CASTELLS, Manuel. A era da informação: economia, sociedade e cultura. In: _____, **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v.1.

CHANDOR, A. **Dicionário de informática**. Madrid: Alianza, 1989.

CHATMAN, E. A. Life in a small world: applicability of gratification theory to information-seeking behavior. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 42, n. 6, p. 438-449, 1991.

CHOO, Chun Wei. **La organización inteligente**: el empeno de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones. México: Oxford University Press,

1999. 346p. Título original: **The knowing organization**: how organizations use information to construct meaning create knowledge, and made decisions.

CHRISTÓVÃO, H. T.; BRAGA, G. M. Ciência da informação e sociologia do conhecimento científico: a intertematicidade plural. **Transinformação**, Campinas, v. 9, n. 3, p. 33-45, set./dez. 1997. Disponível na Internet: <<http://www.puccamp.br/~biblio/transinformacao/old/vol9n3/pag33.html>>. Citado: 02 fev. 2001.

COHEN, Diana Micheline. **O consumidor da informação documentária**: o usuário de sistemas documentários visto sob a lente da análise documentária. 1995. 145p. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia) – Departamento de Biblioteconomia e Documentação, Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Brasília. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/download/arquivos/Etica_Medica80.zip>. Citado em: 02 mai. 2002.

CORCORAN-PERRY, S.; GRAVES, J. Supplemental-information-seeking behavior of cardiovascular nurses. **Research in nursing & health**, v. 13, n.2, p. 119-127, 1990.

CRANE, D. Information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 6, p. 1-39, 1971.

CRAWFORD, Susan. Informations needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 13, p. 61-81, 1978.

CULLEN, R. Perspectives on user satisfaction surveys. **Library Trends**, v. 49, n. 4, p. 662-686, spring 2001.

CUNHA, M. B. Metodologias para estudo dos usuários da informação científica e tecnológica. **Revista da Escola de Biblioteconomia da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 5-19, jul./dez. 1982.

DANTAS, F. Caminhos de aprendizagem em medicina. **Medicina On Line**, v. 1, n. 4, 1998. Disponível em: <<http://www.medonline.com.br/medonline7/dantas7.htm>>. Citado em: 28 nov. 2000.

DAVENPORT, Thomas H. **Ecologia da informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 1998. 316p. Título original: **Information ecology**.

DAVENPORT, Thomas H. **Reengenharia de processos**: como inovar na empresa através da tecnologia da informação. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 392p. Título original: **Process innovation**.

DE MASI, D. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DEMO, Pedro. Ambivalências da sociedade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 37-42, mai./ago. 2000.

DERVIN, Brenda. An overview of sense-making: concepts, methods and results to date. In: INTERNATIONAL COMMUNICATION ASSOCIATION ANNUAL MEETING, May. 1983, Dallas.

DERVIN, Brenda; NILAN, Michael. Informations needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 21, p. 3-33, 1986.

DILLON, Andrew; MORRIS, Michael G. User acceptance of information technology: theories and models. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 31, p. 3-32, 1996.

DÓRIA FILHO, U. **Introdução a bioestatística**. São Paulo: Negócio Editora, 1999.

DRUCKER, P. A decisão eficaz. In: _____, **Introdução à administração**. São Paulo: Pioneira, 1984. p. 473-490. Original em inglês.

ELLENRIEDER, A. R. Qualidade e produtividade em serviços. In: CONGRESSO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E ENCONTRO NACIONAL EM INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO JURÍDICA, 4., 1992, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Paulista de Bibliotecários, 1992.

EPSTEIN, I. **Teoria da informação**. São Paulo: Ática, 1986. Original em inglês.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.) **Textos de apoio em registros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, 244p. (Série Trabalho e Formação em Saúde, 1).

FARIA, Andréa Trindade Ituassu Faria. **A indexação temática em prontuários médicos: uma análise de literatura**. 1999. 100p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FERNANDES, P. O. Economia da informação. **Ciência da Informação**, v. 20, n. 2, p. 165-168, 1991.

FERREIRA, F. A. G. **Sistemas de saúde e seu funcionamento**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANÇA, Júnia Lessa et al. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 5ª ed. rev. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001. 211p. (Aprender).

FREIRE, I. M.; ARAÚJO, V. M. R. H. A responsabilidade social da ciência da informação. **Transinformação**, Campinas, v. 11, n. 13, jan./abr. 1999. Disponível em:

<<http://www.puccamp.br/~biblio/transinformacao/new/vol11n13>>. Citado em: 20 ago. 2000.

FUJINO, A. **Serviços de informação para empresa industrial**: subsídios para planejamento a partir de estudo de usuários. 1993. Dissertação (Mestrado). Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GAMBOA, S. S. Revolução informacional: pontos de vista para o debate sobre a sociedade da informação. **Transinformação**, Brasília, v. 9, n. 1, jan./abr. 1997. Disponível em: <<http://www.puccamp.br/~biblio/gamboa91.html>>. Citado em 20 ago. 2000.

GARCÍA, M. D. A.; SÁNCHEZ, M. J. A. De la sociedad de la información a la sociedad del conocimiento: los retos de los sistemas de información e innovación electrónica desde la perspectiva de la Unión Europea. **Revista Interamericana de Bibliotecología**, v. 24, n.1, p. 27-44, ene./jun. 2001.

GARVIN, David. **Managing quality**. New York: The Free Press, 1988.

GERSHMAN, S. A. O processo de reformulação do setor saúde. In: _____, **A democracia inconclusa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, Antonio Carlos. **Como elabora projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996. 226p.

GORMAN, P. N. Information needs of physicians. **Journal of the American Society from Information Science**, v. 46, n. 10, p. 729-736, Dec. 1995.

GRAVOIS, S. L. et al. Information-seeking practices of dental hygienists. **Bulletin of Medical Library Association**, v. 83, n. 4, p.446-452, Oct. 1995.

HERNER, S.; HERNER, M. Information needs and uses in science and technology. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 2, p. 1-34, 1967.

HERSH, W.; PENTECOST, J.; HICKAM, D. A task-oriented approach to information retrieval evaluation. **Journal of the American Society from Information Science**, v. 47, n. 1, p. 50-56, 1996.

HEWINS, Elizabeth T. Information need and use studies. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 25, p. 145-172, 1990.

HJORLAND, B. The concept of "subject" in Information Science. **Journal of Documentation**, v. 48, n. 2, p. 172-220, 1992.

INGWERSEN, P. Cognitive information retrieval. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 34, p. 3-52, 1999.

JOANNES PAULUS II. **Mensagem do Santo Padre para a celebração do 36º dia mundial das comunicações sociais**. Vaticano, 12 mai. 2002. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/messages/communications/documents/hf_jp-ii_mes_20020122_world-communications-day_po.html>. Citado em 10 out. 2002.

KUHLTHAU, Carol C. Inside the search process: information seeking from the user's perspective. **Journal of the American Society from Information Science**, v. 42, n. 5, p. 361-371, 1991.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975. Original em inglês.

LECKIE, G. J.; PETTIGREW, K. E.; SYLVAIN, C. Modeling the information seeking of professionals: a general model derived from research on engineers, health care professionals, and lawyers. **The Library Quarterly**, Chicago, v. 66, n. 2, p. 161-193, 1996.

LE MAREC, J. Le public: définitions et représentations. **Bulletin des bibliothèques de France**, v. 46, n.2, p. 50-55, 2001.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. 1ª reimpr. São Paulo: Editora 34, 1999. 260p. (Coleção Trans). Título original: **Cyberculture**.

LIN, N.; GAREY, W. D. Information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 7, p. 1-37, 1972.

LIPETZ, B. A. Information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 5, p. 1-32, 1970.

MACDOUGALL, Jennifer; BRITTAIN, J. Michael. Health informatics. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 29, p. 183-217, 1994.

MACHADO, M. H. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**. 1996. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia). Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MACHADO, M. H. (coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: _____. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 13-33.

MARCHIONINI, Gary; KOMLODI, Anita. Design of interfaces of information seeking. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 33, p. 89-130, 1998.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3ªed. São Paulo, Atlas, 1996.

MARENGO, L. A sociedade de informação e o mercado de trabalho. **Transinformação**, Brasília, v. 8, n. 1, jan./abr. 1996. Disponível em: <<http://www.puccamp.br/~biblio/mareng81.html>>. Citado em 02 fev 2002.

MARSHALL, Joanne G. Issues in clinical information delivery. **Library Trends**, v. 42, n.1, p. 83-107, 1993.

MARTYN, J. information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 9, p. 3-24, 1974.

MCKINLAY, J. B.; ARCHES, J. Hacia la proletarización de los médicos. **Cuadernos médico sociales**, Rosario, n. 35, p. 35-61, Mar. 1986.

MEADOWS, A. J. **A comunicação científica**. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 268p. Original em inglês.

MENZEL, H. Information needs and uses in science and technology. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 1, p. 41-69, 1966.

MESAROVIC, M. D. Mathematical systems theory and information science. In: MACHLUP, F.; MANSFIELD, V. The study of information: interdisciplinary messages. New York: John Wiley, 1983. p. 567-571.

METCHKO, D. M. B. **Demandas de usuários na biblioteca do setor de saúde da Universidade Federal do Paraná**. 1980. 140f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1980.

MITCHELL, W. J. **City of bits: space, place and the infobahn**. Boston: MIT Press, 1995. Disponível em: <http://mitpress.mit.edu/e-books/City_of_Bits/>. Citado em 10 abr. 2001.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2000.

MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. **Correio da Unesco**, v. 14, n. 4, p. 10-14, 1996.

MORRIS, Ruth C. T. Toward a user-centered information service. **Journal of the American Society from Information Science**, v. 45, n. 1, p. 20-30, 1994.

NOVO dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2ª ed. 22ª impres. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

OBERHOFER, C. M. A. Valor da informação: percepção versus quantificação. **Ciência da informação**, v. 20, n. 2, p. 119-129, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **El departamento de registros médicos: guía para su organización.** 1990. (Série PALTEX, 19).

OSHEROFF, J. A. et al. Physicians information needs: analysis of questions posed during clinical teaching. **Annals of Internal Medicina**, v. 114, n. 7, p. 576-581, Apr. 1991.

OWENS, Douglas K.; SOX JR., Harold C. Medical decision making: probabilistic medical reasoning. In: SHORTLIFFE, Edward H.; PERREAULT, Leslie E. (Ed.). **Medical informatics: computer applications in health care.** Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1990. p. 70-116.

PAIM, I; NEHMY, R. M. Q.; GUIMARÃES, C. G. Problematização do conceito “qualidade” da informação. **Perspectivas da Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 111-119, jan./jun. 1996.

PAISLEY, W. Information needs and uses. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 3, p. 1-30, 1968.

PARK, Soyeon. Usability, uses preferences, effectiveness, and uses behaviors when searching individual and integrated full-text databases: implications for digital libraries. **Journal of the American Society from Information Science**, v. 51, n. 5, p. 456-468, 2000.

PEREIRA, M. N. F. et al. A aplicação da técnica do incidente crítico em estudos de usuários da informação técnico-científica: uma abordagem comparativa. **Revista da Escola de Biblioteconomia da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 25-47, mar. 1979.

PIRES, Denise. Institucionalização da medicina. In: _____ **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez Editora, 1989. p. 81-105.

QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc. **Manual de investigação em ciências sociais.** 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282p. Título original: **Manuel de recherche en sciences sociales.**

RANKIN, J. A.; SAYRE, J. W. The educacional role of health sciences librarians. **Library Trends**, v. 42, n. 1, p. 45-61, summer 1993.

REES, A.; SARACEVIC, T. Conceptual analysis of questions in information retrieval systems. **Proceedings of the Annual meeting of the American Documentation Institute**, p. 175-177, 1963.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, A. D. **Estratégias de comunicação.** Lisboa: Presença, 1990.

SABBATINI, R. M. E. O centro de informática hospitalar: uma proposta de estruturação e implementação. **Revista Informédica**, Campinas, v. 1, n. 5, p. 5-8, 1993. Disponível em: <<http://www.epub.org.br/informed/cih.htm>>. Citado em 04 dez 2001.

SABBATINI, R. M. E. Tecnologias de informação e o hospital moderno. **Revista de Informática Médica**, Campinas, v. 1, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.epub.org.br/informaticamedica/n0203/sabbatini.htm>>. Citado em: 04 dez 2001.

SARACEVIC, T.; WOOD, J. B. **Consolidation of information**. Paris: Unesco, 1981. p. 9-29. (edição piloto).

SCHWARTZ, C. Web search engines. **Journal of the American Society from Information Science**, v. 49, n. 11, p. 973-982, 1998.

SHORTLIFFE, Edward H.; PERREAULT, Leslie E. (ed.) **Medical informatics: computer applications in health care**. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, 1990. 716p.

SMITHSON, S. Information retrieval evaluation in practice: a case study approach. **Information Processing & Management**, v. 30, n. 2, p. 205-221, 1994.

STROTHER, E. A.; LANCASTER, D. M. Information needs of practicing dentists. **Bulletin of the Medical Library Association**, v. 74, n. 3, p. 227-230, Jul. 1986.

SUCESU. **Dicionário de informática: inglês-português**. 4ªed. Rio de Janeiro: LTC, 1985.

SUGAR, William. User-centered perspective of information retrieval research and analysis methods. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 30, p. 77-109, 1995.

SVEIBY, K. E. A principal atividade nas organizações do conhecimento: a transferência de conhecimento. In: _____ **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TAYLOR, R. S. **Value added processes in information systems**. Norwood, New Jersey: Ablex, 1986.

TILLEY, Carolyn B. Medical databases and health information systems. **Annual Review of Information Science and Technology**, v. 25, p. 315-382, 1990.

URDAN, A. T. **Qualidade de serviço: proposição de um modelo integrativo**. 1993. Tese (Doutorado). FEA, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VALAUSKAS, E. J. Technology as an agent for communication. **IFLA Journal**, v. 18, n. 4, p. 351-356, 1992.

VAN WEGEN, B.; DE HOOG, R. Measuring the economic value of information systems. **Journal of Information Technology**, v.11, n. 3, p. 247-260, 1996.

VICKERY, B. C. Letters: knowledge structures in information retrieval. **Journal of Documentation**, v. 48, n.3, p. 326-327, 1992.

VIEIRA, Sonia. **Como escrever uma tese**. 5ª ed. rev. ampl. São Paulo: Pioneira, 1999. 102p.

VIEIRA, Sonia. **Introdução à bioestatística**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

WERSIG, Gernot. Information science: the study of postmodern knowledge usage. **Information Processing & Management**, v. 29, n. 2, p. 229-239, 1993.

WIEDERHOLD, Gio; PERREAULT, Leslie E. Hospital information systems. In: SHORTLIFFE, Edward H.; PERREAULT, Leslie E. **Medical informatics: computer applications in health care**. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1990. p. 219-243.

WILSON, T. D. On user studies and information needs. **Journal of Documentation**, v. 37, n. 1, p. 3-15, 1981.

WURMAN, R. S. **Ansiedade de informação**. São Paulo: Cultura, 1991. Original em inglês.

YOVITS, M.C.; KLEYLE, R.M. The average decision maker and its properties utilizing the General Information System Model. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 44, n. 6, p. 352-363, 1993.

ZEMAN, J. Significado filosófico da noção de informação. In: WIENER, N. et al. **O conceito de informação na ciência contemporânea**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970. p. 154-179.

ANEXO 1 – Questionário para o usuário médico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
 Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação - Mestrado

Pesquisa Sobre as Necessidades e Usos Informacionais do Usuário Médico em relação ao Sistema de Informação Hospitalar

Quest. Nr. []

Pesquisador [João Luiz V Ribeiro]

LEGENDAS

RU - Resposta Única

RM - Resposta Múltipla

IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A)

- | | |
|--|--|
| <p>1) Sexo:</p> <p>Masculino [1]</p> <p>Feminino [2] (RU)</p> <p>2) Idade (faixa-etária):</p> <p>abaixo de 31 anos.. [1]</p> <p>31 a 40 anos [2]</p> <p>41 a 50 anos [3]</p> <p>acima de 50 anos .. [4] (RU)</p> <p>3) Especialidades:</p> <p>Nenhuma [1]</p> <p>Uma [2]</p> <p>Duas [3]</p> <p>Três ou mais [4] (RU)</p> <p>Especialidade Principal:</p> <p>_____ []</p> <p>4) Área de Atuação Profissional:</p> <p>Clínica [1]</p> <p>Pesquisa [2]</p> <p>Administrativa [3]</p> <p>Ensino [4] (RM)</p> <p>5) Renda Mensal:</p> <p>Até R\$ 3.600,00[1]</p> <p>Entre R\$ 3.600,00 e R\$ 5.400,00 [2]</p> <p>Acima de R\$ 5.400,00[3]</p> <p style="text-align: right;">(RU)</p> | <p>6) Carga Horária Semanal:</p> <p>Até 40 horas [1]</p> <p>Entre 40 a 60 horas [2]</p> <p>Acima de 60 horas [3] (RU)</p> <p>7) Trabalha em regime de plantão?</p> <p>Sim [1]</p> <p>Não [2] (RU)</p> <p>8) Trabalha em quantos hospitais?</p> <p>... apenas em 01 [1]</p> <p>... em 02 [2]</p> <p>... em 03 ou mais [3] (RU)</p> <p>9) Em média, o(a) sr.(a) permanece no hospital:</p> <p>Menos de 04 horas/dia [1]</p> <p>04 a 08 horas/dia [2]</p> <p>09 a 12 horas/dia [3]</p> <p>Mais de 12 horas/dia [4]</p> <p style="text-align: right;">(RU)</p> <p>10) O(a) sr.(a) trabalha no setor:</p> <p>... público [1]</p> <p>... privado [2]</p> <p>... público e privado [3]</p> <p style="text-align: right;">(RU)</p> |
|--|--|

NECESSIDADES E USOS INFORMACIONAIS

- 11) Para o(a) sr.(a), atualmente, o principal tipo de informação em destaque no prontuário médico é:
- | | |
|----------------------------------|-------|
| ... a pesquisa clínica | [1] |
| ... o processo administrativo .. | [2] |
| ... o registro legal | [3] |
| ... o faturamento | [4] |
| ... o apoio à decisão | [5] |
| ... o ensino | [6] |
- (RU)
- 12) Que tipo de informação precisa ser disponibilizado pelo prontuário médico e que não é atualmente encontrado pelo(a) o(a) sr.(a); informações sobre:
- | | |
|---|-------|
| ... farmacologia | [1] |
| ... fisiologia | [2] |
| ... anatomia | [3] |
| ... diagnósticos diferenciais | [4] |
| ... protocolos de tratamento | [5] |
| ... compêndios sobre a patologia em tratamento..... | [6] |
| ... índices sobre faturamento | [7] |
| ... notas administrativas | [8] |
- (RM)
- 13) O(A) sr.(a) busca por informações arquivadas sobre internações anteriores do paciente atualmente internado:
- | | |
|---------------------|-------|
| ... Sempre | [1] |
| ... Às vezes | [2] |
| ... Raramente | [3] |
| ... Nunca | [4] |
| ... Não opina | [5] |
- (RU)
- 14) O principal tipo de informação arquivado mais buscado pelo(a) sr.(a), para estudo ou pesquisa, no prontuário médico é:
- | | |
|------------------------------------|-------|
| ... sobre um paciente específico | [1] |
| ... sobre uma doença específica | [2] |
| ... sobre estatísticas do hospital | [3] |
| Difícilmente faz buscas | [4] |
| Nunca faz buscas | [5] |
| Não opina/ não respondeu | [6] |
- (RU)
- 15) O prontuário médico o(a) auxiliou na última vez que precisou tomar uma decisão?
- | | |
|-----------|-------|
| Sim | [1] |
| Não | [2] |
- (RU)
- (passe à pergunta 17 se respondeu **sim**; ou responda a pergunta 16 se respondeu **não**)
- 16) Quando o prontuário médico não lhe auxiliou foi porque:
- | | |
|------------------------------------|-------|
| ... tinha informação demais | [1] |
| ... tinha poucas informações | [2] |
| ... a informação estava confusa | [3] |
| ... estava muito burocrático | [4] |
| ... tinha dados pouco confiáveis | [5] |
| Outro: _____ | [] |
- (RU)
- 17) Na última vez em que o(a) sr.(a) precisou de informações do prontuário médico, em uma situação clínica de urgência, conseguiu ter acesso ao prontuário?
- | | |
|-----------|-------|
| Sim | [1] |
| Não | [2] |
- (RU)
- (passe à pergunta 19 se respondeu **sim**; ou responda a pergunta 18 se respondeu **não**)
- 18) Na ausência do prontuário médico, a solução encontrada foi:
- | | |
|--|-------|
| ... decidir sem a informação | [1] |
| ... buscar a informação em outro local de guarda de dados | [2] |
| ... gerar novamente a informação | [3] |
| ... aguardar a disponibilidade da informação do prontuário | [4] |
| ... Não opina/não respondeu | [5] |
- (RU)

- 19) As informações do prontuário médico são apresentadas em forma de avisos automáticos, sem necessidade de solicitação direta do(a) sr.(a):
- | | |
|---------------------|-------|
| ... Sempre | [1] |
| ... Às vezes | [2] |
| ... Raramente | [3] |
| ... Nunca | [4] |
| Não opina | [5] |
- (RU)
- 20) O(a) sr.(a) considera a estrutura geral do prontuário médico como:
- | | |
|-------------------------------|-------|
| ... Ótimo | [1] |
| ... Bom | [2] |
| ... Regular | [3] |
| ... Ruim | [4] |
| ... Péssimo | [5] |
| Não opina/não respondeu | [6] |
- (RU)
- 21) Quanto ao acesso atual às informações do prontuário médico, o(a) sr.(a) classifica como:
- | | |
|-------------------------------|-------|
| ... Ótimo | [1] |
| ... Bom | [2] |
| ... Regular | [3] |
| ... Ruim | [4] |
| ... Péssimo | [5] |
| Não opina/não respondeu | [6] |
- (RU)
- 22) Como o(a) sr.(a) definiria em uma palavra, um prontuário médico com informações acessíveis em qualquer lugar e a qualquer hora, conforme a comodidade do usuário:
- _____ []
- 23) Quanto à confiabilidade da informação do prontuário médico, o(a) sr.(a) classifica como:
- | | |
|-------------------------------|-------|
| ... Ótima | [1] |
| ... Boa | [2] |
| ... Regular | [3] |
| ... Ruim | [4] |
| ... Péssima | [5] |
| Não opina/não respondeu | [6] |
- (RU)
- 24) Quanto às informações recebidas do prontuário médico, o(a) sr.(a) se considera:
- | | |
|------------------------------------|-------|
| ... plenamente satisfeito | [1] |
| ... moderadamente satisfeito | [2] |
| ... pouco satisfeito | [3] |
| ... insatisfeito | [4] |
- (RU)

- 25) Quanto ao formato do registro dos dados, o(a) sr.(a) classifica o prontuário médico como:
- ... Ótimo [1]
 ... Bom [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssimo [5]
 Não opina/não respondeu [6]
 (RU)
- 26) O(A) sr.(a) sente dificuldade em ler a escrita registrada nos prontuários médicos:
- ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 27) Quanto ao trabalho manual de folhear (manuseio), o(a) sr.(a) classifica o prontuário médico como:
- ... Ótimo [1]
 ... Bom [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssimo [5]
 Não opina/não respondeu [6]
 (RU)
- 28) Na visita diária, a consulta às informações do prontuário médico (prescrição médica, exames, notas administrativas, evolução do quadro técnico de enfermagem e outras), para o(a) sr.(a):
- não o(a) faz perder tempo ... [1]
 o(a) faz perder pouco tempo [2]
 o(a) faz perder muito tempo [3]
 Não opina/ não respondeu [4]
 (RU)
- 29) O(A) sr.(a) consulta prontuário médico diretamente em um sistema informatizado em algum dos hospitais em que trabalha?
- Sim [1]
 Não [2] (RU)
- 30) Quanto ao uso de prontuário médico em um sistema informatizado, o(a) sr.(a) opina que sua atividade profissional:
- ... melhora [1]
 ... piora [2]
 ... não sofre alteração [3]
 (RU)
- 31) Que veículos de acesso às informações atualmente dispõem aos usuários o(s) hospital(is) que o(a) sr.(a) frequenta:
- Telefone [1]
 Telex [2]
 Fax [3]
 Computadores [4]
 Leitora de CD-ROM [5]
 Celular [6]
 Hand-helds [7]
 Redes / Internet [8]
 (RM)
- 32) Escreva 03 vantagens (aspectos positivos) das informações nos atuais prontuários médicos:
- _____ []
 _____ []
 _____ []
- 33) Escreva 03 defeitos (aspectos negativos) das informações nos atuais prontuários médicos:
- _____ []
 _____ []
 _____ []

PARTICIPAÇÃO E TREINAMENTO

- 34) O(A) sr.(a) foi consultado(a), no último ano, pelo setor hospitalar responsável sobre sugestões ou mudanças para o prontuário médico:
- ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 35) Quando o(a) sr.(a) chegou em um hospital pela primeira vez, houve treinamento ou orientação quanto ao uso do prontuário médico:
- ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 36) O(a) sr.(a) encontra diferenças entre os prontuários médicos dos hospitais que frequenta ?
- Sim [1]
 Não [2]
 (RU)
- 37) O(A) sr.(a) considera sua habilidade de digitar em um teclado como:
- ... Ótima [1]
 ... Boa [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssima [5]
 Não opina/não respondeu ... [6]
 (RU)

Muito grato pela sua disponibilidade em
participar desta pesquisa de cunho científico.
Prof. João Luiz Vieira Ribeiro

Contatos:

230 2095 (Fluir Clínica)

9452 7709 (celular)

jlvrbeiro@yahoo.com (e-mail)

ANEXO 2 – Questionário para o usuário enfermeiro

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
 Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação - Mestrado

Pesquisa Sobre as Necessidades e Usos Informativos do Usuário Enfermeiro em relação ao Sistema de Informação Hospitalar

Quest. Nr. []
 Ribeiro]

Pesquisador [João Luiz V

LEGENDAS

RU - Resposta Única

RM - Resposta Múltipla

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A)

- | | | | |
|---|------|------------------------------------|------|
| 1) Sexo: | | 6) Carga Horária Semanal: | |
| Masculino [1] | | Até 40 horas [1] | |
| Feminino [2] | (RU) | Entre 40 a 60 horas [2] | |
| | | Acima de 60 horas [3] | |
| | | | (RU) |
| 2) Idade (faixa-etária): | | 7) Trabalha em regime de plantão? | |
| abaixo de 31 anos.. [1] | | Sim [1] | |
| 31 a 40 anos [2] | | Não [2] | (RU) |
| 41 a 50 anos [3] | | | |
| acima de 50 anos .. [4] | (RU) | | |
| | | 8) Trabalha em quantos hospitais? | |
| 3) Especialidades: | | ... apenas em 01 [1] | |
| Nenhuma [1] | | ... em 02 [2] | |
| Uma [2] | | ... em 03 ou mais [3] | (RU) |
| Duas [3] | | | |
| Três ou mais [4] | (RU) | 9) Em média, o(a) sr.(a) permanece | |
| | | no hospital: | |
| 4) Área de Atuação Profissional: | | Menos de 04 horas/dia [1] | |
| Clínica [1] | | 04 a 08 horas/dia [2] | |
| Pesquisa [2] | | 09 a 12 horas/dia [3] | |
| Administrativa [3] | | Mais de 12 horas/dia [4] | |
| Ensino [4] | (RM) | | (RU) |
| | | 10) O(a) sr.(a) trabalha no setor: | |
| 5) Renda Mensal: | | ... público [1] | |
| Até R\$ 1.800,00 [1] | | ... privado [2] | |
| Entre R\$ 1.800,00 e R\$ 3.600,00 [2] | | ... público e privado [3] | |
| Acima de R\$ 3.600,00 [3] | (RU) | | (RU) |

NECESSIDADES E USOS INFORMACIONAIS

- 11) Para o(a) sr.(a), atualmente, o principal tipo de informação em destaque no prontuário médico é:
- | | |
|----------------------------------|-------|
| ... a pesquisa clínica | [1] |
| ... o processo administrativo .. | [2] |
| ... o registro legal | [3] |
| ... o faturamento | [4] |
| ... o apoio à decisão | [5] |
| ... o ensino | [6] |
- (RU)
- 12) Que tipo de informação precisa ser disponibilizado pelo prontuário médico e que não é atualmente encontrado pelo(a) o(a) sr.(a); informações sobre:
- | | |
|---|-------|
| ... farmacologia | [1] |
| ... fisiologia | [2] |
| ... anatomia | [3] |
| ... diagnósticos diferenciais | [4] |
| ... protocolos de tratamento | [5] |
| ... compêndios sobre a patologia em tratamento..... | [6] |
| ... índices sobre faturamento | [7] |
| ... notas administrativas | [8] |
- (RM)
- 13) O(A) sr.(a) busca por informações arquivadas sobre internações anteriores do paciente atualmente internado:
- | | |
|---------------------|-------|
| ... Sempre | [1] |
| ... Às vezes | [2] |
| ... Raramente | [3] |
| ... Nunca | [4] |
| Não opina | [5] |
- (RU)
- 14) O principal tipo de informação arquivado mais buscado pelo(a) sr.(a), para estudo ou pesquisa, no prontuário médico é:
- | | |
|------------------------------------|-------|
| ... sobre um paciente específico | [1] |
| ... sobre uma doença específica | [2] |
| ... sobre estatísticas do hospital | [3] |
| Difícilmente faz buscas | [4] |
| Nunca faz buscas | [5] |
| Não opina/ não respondeu | [6] |
- (RU)
- 15) O prontuário médico o(a) auxiliou na última vez que precisou tomar uma decisão?
- | | |
|-----------|-------|
| Sim | [1] |
| Não | [2] |
- (RU)
- (passe à pergunta 17 se respondeu **sim**; ou responda a pergunta 16 se respondeu **não**)
- 16) Quando o prontuário médico não lhe auxiliou foi porque:
- | | |
|------------------------------------|-------|
| ... tinha informação demais | [1] |
| ... tinha poucas informações | [2] |
| ... a informação estava confusa | [3] |
| ... estava muito burocrático | [4] |
| ... tinha dados pouco confiáveis | [5] |
| Outro: _____ | [] |
- (RU)
- 17) Na última vez em que o(a) sr.(a) precisou de informações do prontuário médico, em uma situação clínica de urgência, conseguiu ter acesso ao prontuário?
- | | |
|-----------|-------|
| Sim | [1] |
| Não | [2] |
- (RU)
- (passe à pergunta 19 se respondeu **sim**; ou responda a pergunta 18 se respondeu **não**)
- 18) Na ausência do prontuário médico, a solução encontrada foi:
- | | |
|--|-------|
| ... decidir sem a informação | [1] |
| ... buscar a informação em outro local de guarda de dados | [2] |
| ... gerar novamente a informação | [3] |
| ... aguardar a disponibilidade da informação do prontuário | [4] |
| Não opina/não respondeu | [5] |
- (RU)

19) As informações do prontuário médico são apresentadas em forma de avisos automáticos, sem necessidade de solicitação direta do(a) sr.(a):

- ... Sempre [1]
- ... Às vezes [2]
- ... Raramente [3]
- ... Nunca [4]
- Não opina [5]

(RU)

20) O(a) sr.(a) considera a estrutura geral do prontuário médico como:

- ... Ótimo [1]
- ... Bom [2]
- ... Regular [3]
- ... Ruim [4]
- ... Péssimo [5]
- Não opina/não respondeu [6]

(RU)

21) Quanto ao acesso atual às informações do prontuário médico, o(a) sr.(a) classifica como:

- ... Ótimo [1]
- ... Bom [2]
- ... Regular [3]
- ... Ruim [4]
- ... Péssimo [5]
- Não opina/não respondeu [6]

(RU)

22) Como o(a) sr.(a) definiria em uma palavra, um prontuário médico com informações acessíveis em qualquer lugar e a qualquer hora, conforme a comodidade do usuário:

_____ []

23) Quanto à confiabilidade da informação do prontuário médico, o(a) sr.(a) classifica como:

- ... Ótima [1]
- ... Boa [2]
- ... Regular [3]
- ... Ruim [4]
- ... Péssima [5]
- Não opina/não respondeu [6]

(RU)

24) Quanto às informações recebidas do prontuário médico, o(a) sr.(a) se considera:

- ... plenamente satisfeito [1]
- ... moderadamente satisfeito [2]
- ... pouco satisfeito [3]
- ... insatisfeito [4]

(RU)

25) Quanto ao formato do registro dos dados, o(a) sr.(a) classifica o prontuário médico como:

- ... Ótimo [1]
- ... Bom [2]
- ... Regular [3]
- ... Ruim [4]
- ... Péssimo [5]
- Não opina/não respondeu [6]

(RU)

26) O(A) sr.(a) sente dificuldade em ler a escrita registrada nos prontuários médicos:

- ... Sempre [1]
- ... Às vezes [2]
- ... Raramente [3]
- ... Nunca [4]
- Não opina [5]

(RU)

27) Quanto ao trabalho manual de folhear (manuseio), o(a) sr.(a) classifica o prontuário médico como:

- ... Ótimo [1]
- ... Bom [2]
- ... Regular [3]
- ... Ruim [4]
- ... Péssimo [5]
- Não opina/não respondeu [6]

(RU)

28) Na visita diária, a consulta às informações do prontuário médico (prescrição médica, exames, notas administrativas, evolução do quadro técnico de enfermagem e outras), para o(a) sr.(a):

- não o(a) faz perder tempo ... [1]
- o(a) faz perder pouco tempo [2]
- o(a) faz perder muito tempo [3]
- Não opina/ não respondeu [4]

(RU)

29) O(A) sr.(a) consulta prontuário médico diretamente em um sistema informatizado em algum dos hospitais em que trabalha?

- Sim [1]
- Não [2] (RU)

30) Quanto ao uso de prontuário médico em um sistema informatizado, o(a) sr.(a) opina que sua atividade profissional:

- ... melhora [1]
- ... piora [2]
- ... não sofre alteração [3]

(RU)

31) Que veículos de acesso às informações atualmente dispõem aos usuários o(s) hospital(is) que o(a) sr.(a) frequenta:

- Telefone [1]
- Telex [2]
- Fax [3]
- Computadores [4]
- Leitora de CD-ROM [5]
- Celular [6]
- Hand-helds [7]
- Redes / Internet [8]

(RM)

32) Escreva 03 vantagens (aspectos positivos) das informações nos atuais prontuários médicos:

- _____ []
- _____ []
- _____ []

33) Escreva 03 defeitos (aspectos negativos) das informações nos atuais prontuários médicos:

- _____ []
- _____ []
- _____ []

PARTICIPAÇÃO E TREINAMENTO

- 34) O(A) sr.(a) foi consultado(a), no último ano, pelo setor hospitalar responsável sobre sugestões ou mudanças para o prontuário médico:
- ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 35) Quando o(a) sr.(a) chegou em um hospital pela primeira vez, houve treinamento ou orientação quanto ao uso do prontuário médico:
- ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
- ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 36) O(a) sr.(a) encontra diferenças entre os prontuários médicos dos hospitais que frequenta ?
- Sim [1]
 Não [2]
 (RU)
- 37) O(A) sr.(a) considera sua habilidade de digitar em um teclado como:
- ... Ótima [1]
 ... Boa [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssima [5]
 Não opina/não respondeu ... [6]
 (RU)

Muito grato pela sua disponibilidade em
participar desta pesquisa de cunho científico.

Prof. João Luiz Vieira Ribeiro

Contatos:

230 2095 (Fluir Clínica)

9452 7709 (celular)

jlvrbeiro@yahoo.com (e-mail)

**ANEXO 3 – Questionário para o gestor do setor de
informação hospitalar**

NECESSIDADES E USOS INFORMACIONAIS

- 11) Para o setor, atualmente, o principal tipo de informação em destaque no prontuário médico é:
- ... a pesquisa clínica [1]
 - ... o processo administrativo [2]
 - ... o registro legal [3]
 - ... o faturamento [4]
 - ... apoio à decisão [5]
 - ... o ensino [6] (RU)
- 12) Que tipo de informação precisa ser disponibilizado pelo prontuário médico, conforme projetos do setor, e que não é atualmente encontrado; informações sobre:
- ... farmacologia [1]
 - ... fisiologia [2]
 - ... anatomia [3]
 - ... diagnósticos diferenciais [4]
 - ... protocolos de tratamento [5]
 - ... compêndios sobre a patologia em tratamento..... [6]
 - ... índices sobre faturamento [7]
 - ... notas administrativas [8]
- (RM)
- 13) A busca por informações arquivadas sobre internações anteriores do paciente atualmente internado ocorre:
- ... Sempre [1]
 - ... Às vezes [2]
 - ... Raramente [3]
 - ... Nunca [4]
 - Não opina [5] (RU)
- 14) O principal tipo de informação arquivado mais buscado pelos usuários, para estudo ou pesquisa, no prontuário médico é:
- ... sobre um paciente específico [1]
 - ... sobre uma doença específica [2]
 - ... sobre estatísticas do hospital [3]
 - ... dificilmente fazem buscas [4]
 - ... nunca fazem buscas [5]
 - Não opina [6]
- (RU)
- 15) O setor tem registrado queixas dos usuários sobre indisponibilidade de acesso ao prontuário médico, para uma decisão clínica de urgência?
- Sim [1]
 - Não [2] (RU)
- (responda a pergunta 16 se respondeu sim; ou passe à pergunta 17 se respondeu não)
- 16) Quando a queixa ocorreu, a solução encontrada foi:
- ... orientar ao usuário tomar a decisão sem a informação [1]
 - ... orientar ao usuário buscar a informação em outro local de guarda de dados..... [2]
 - ... orientar ao usuário gerar novamente a informação [3]
 - ... orientar ao usuário aguardar a disponibilidade do prontuário [4]
 - Não opina/não respondeu [5]
- (RU)
- 17) As informações do prontuário médico são apresentadas em forma de avisos automáticos, sem necessidade de solicitação direta pelo usuário:
- ... Sempre [1]
 - ... Às vezes [2]
 - ... Raramente [3]
 - ... Nunca [4]
 - Não opina [5] (RU)
- 18) Para o setor, a estrutura geral do prontuário médico está:
- ... Ótimo [1]
 - ... Bom [2]
 - ... Regular [3]
 - ... Ruim [4]
 - ... Péssimo [5]
 - Não opina/não respondeu [6]
- (RU)

- 19) Para o setor, o acesso atual às informações do prontuário médico está:
- ... Ótimo [1]
 ... Bom [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssimo [5]
 Não opina/não respondeu [6]
 (RU)
- 20) Para o setor, a confiabilidade da informação do prontuário médico está:
- ... Ótimo [1]
 ... Bom [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssimo [5]
 Não opina/não respondeu [6]
 (RU)
- 21) Quanto às informações recebidas pelos usuários do prontuário médico, o setor está:
- ... plenamente satisfeito [1]
 ... moderadamente satisfeito [2]
 ... pouco satisfeito [3]
 ... insatisfeito [4]
 (RU)
- 22) Para o setor, o formato do registro dos dados no prontuário médico está:
- ... Ótimo [1]
 ... Bom [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssimo [5]
 Não opina/não respondeu [6]
 (RU)
- 23) O setor detecta dificuldade na leitura da escrita registrada nos prontuários médicos, pelos usuários:
- ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 24) Para o setor, o trabalho manual de folhear (manuseio) o prontuário médico está:
- ... Ótimo [1]
 ... Bom [2]
 ... Regular [3]
 ... Ruim [4]
 ... Péssimo [5]
 Não opina/não respondeu [6]
 (RU)
- 25) O setor tem registrado se a consulta às informações do prontuário médico (prescrição médica, exames, notas administrativas, evolução do quadro técnico de enfermagem e outras) tem feito o usuário:
- ... não perder tempo..... [1]
 ... perder pouco tempo..... [2]
 ... perder muito tempo [3]
 Não opina/ não respondeu..... [4]
 (RU)
- 26) O prontuário médico do hospital é:
- ... tradicional (apenas em papel) [1]
 ... pouco informatizado [2]
 ... muito informatizado [3]
 ... plenamente informatizado ... [4]
 (RU)
- 27) Que veículos de acesso às informações, atualmente, dispõem os usuários do seu hospital:
- Telefone [1]
 Telex [2]
 Fax [3]
 Computadores [4]
 Leitora de CD-ROM [5]
 Celular [6]
 Hand-helds [7]
 Redes / Internet [8]
 (RM)

PARTICIPAÇÃO E TREINAMENTO

- 28) O hospital possui um serviço de atendimento ao cliente (S.A.C.)?
 Sim [1]
 Não [2]
 (RU)
- 29) São usuários do prontuário médico:
 Pacientes [1]
 Familiares [2]
 Médicos [3]
 Enfermeiras [4]
 Fisioterapeutas [5]
 Fonoaudiólogos [6]
 Educadores Físicos [7]
 Nutricionistas [8]
 Psicólogos [9]
 Técnicos de Enfermagem [10]
 Copeiros [11]
 Auxiliares Administrativos..... [12]
 Funcionários da Informação .. [13]
 Funcionários da Manutenção . [14]
 Funcionários da Limpeza [15]
 Administradores [16]
 Contadores [17]
 Terceirizadores de serviços [18]
 Fornecedores [19]
 Outros hospitais [20]
 Empresas Financiadoras (convênios)
 [21]
 Fiscais [22]
 Auditores [23]
 Estudantes [24]
 Pesquisadores [25]
 Órgãos da Justiça [26]
 Outros: _____ [27]
 (RM)
- 30) Sobre o item anterior, coloque o número da classe de usuários que o setor aponta como o que mais utiliza o prontuário médico:
 _____ []
- 31) O setor realizou consulta com os usuários, no último ano, sobre sugestões ou mudanças para o para o prontuário médico:
 ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 32) O setor realiza treinamento ou orientação quanto ao uso do prontuário médico no primeiro contato do usuário com o hospital:
 ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)
- 33) O setor tem realizado treinamento de digitação para os usuários:
 ... Sempre [1]
 ... Às vezes [2]
 ... Raramente [3]
 ... Nunca [4]
 Não opina [5]
 (RU)

Muito grato pela sua disponibilidade em
participar desta pesquisa de cunho científico.

Prof. João Luiz Vieira Ribeiro

Contatos:

230 2095 (Fluir Clínica) ; 9452 7709

(celular) jlvrbeiro@yahoo.com (e-mail)