

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Departamento de Gestão de Empresas

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS

**Monitorização e fidelização de utentes hospitalares:
O caso Neurocárdio**

Dissertação apresentada ao Departamento de Gestão de Empresas da Universidade de Évora, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão de Empresas, sob orientação do Professor Catedrático, Dr. Carlos Zorrinho.



169 78 ;

EMILIANO ROBERTO DE LIMA JÚNIOR
Évora – 2005

RECONHECIMENTOS

Ao meu digníssimo orientador Professor Doutor Carlos Zorrinho pelas orientações dadas e questionamentos feitos durante toda a fase de estudo e preparação.

Total gratidão à minha esposa Silvânia, por sempre acreditar no conhecimento como forma de crescimento pessoal e pelas cobranças de conclusão da dissertação.

Aos meus dois filhos Williams e Rodrigo, sempre minhas referências para buscar novos desafios.

Ao meu grande amigo Pedro Ernesto, pelas alegrias vividas na fase dos estudos da especialização em Gestão de Empresas.

A todos os médicos e funcionários do NEUROCÁRDIO que ajudaram a incrementar essa dissertação.

RESUMO

Esta dissertação busca compreender as principais questões relacionadas a monitorização e fidelização dos utentes hospitalares no Hospital NEUROCÁRDIO.

Fundamentado em pesquisa descritiva, através de estudo de caso, o trabalho analisa os assuntos que mais evidenciam a fidelização desses grupos de consumidores em um Hospital, propondo soluções para a modernização da gestão da informação, base para essa fidelização.

Apesar dos temas (monitorização e fidelização) serem tratados isoladamente, procurou-se torná-los integrados num formato sistêmico, buscando a forma mais adequada na implantação de uma gestão de informação apropriada.

A partir deste ponto, vamos chamar nossos utentes de “clientes do hospital” ou “pacientes do hospital”.

Do estudo, pode-se assegurar que se não houver uma quebra de paradigmas no tocante à postura do médico em relação à pontualidade no atendimento; a melhoria na consistência das informações guardadas no histórico dos pacientes do hospital, a um acompanhamento ordenado por parte do paciente do seu histórico patológico (em linguagem que seja entendida por ele), dificilmente se conseguirá a modernização dos processos e a fidelização dos pacientes do Hospital.

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to understand the principal matters related to monitorization and loyalty from the patients at Neurocárdio Hospital.

Based on descriptive research, through this case study, the assignment analyses the subjects that most express the loyalty of these groups of consumers in a hospital, providing solutions for the modernization of the management of information, which is the base for this loyalty.

Although these themes (monitorization and loyalty) are being treated isolatedly, we tried to make them integrated in a systemic format, looking for the most suitable way for the implantation of appropriate management of information.

Due to this point, we will call our patients "hospital clients" or "hospital patients".

Based on this assignment, we can assure that if there isn't a break of paradigm and we start focusing on the attitude of the doctor towards his punctuality of assistance; the improvement in consisted information kept in the patient's profile from the hospital, the follow up procedures, asked from the patients, in their pathologic profile (in a language that could be understood by them), it will be very difficult to achieve the modernization in these processes and the loyalty of the patients from the hospital.

	Página
ÍNDICE	
1. INTRODUÇÃO	06
1.1 Origem do trabalho	06
1.2 Importância do trabalho	08
1.3 Objetivos do trabalho	09
1.4 Limitações do trabalho	09
1.5 Metodologia a ser seguida	10
1.6 Estrutura do trabalho	10
2. GESTÃO DA INFORMAÇÃO COMO FORMA DE FIDELIZAÇÃO	11
2.1 A necessidade da estruturação dos dados	11
2.2 A tradução da informação do jargão médico para o do paciente	16
2.3 A moral, a ética, a bioética e o sigilo da informação médica	16
2.3.1 A moral e a ética	16
2.3.2 A bioética	19
2.3.3 O sigilo da informação médica	20
2.4 Quem detém o domínio da informação? O médico? O paciente? Os dois?	21
3. INTEGRANDO DIVERSAS CAMADAS DE DADOS	22
3.1 Em que momento “nasce” a informação	22
3.2 Mantendo a uniformidade dos processos de captura dos dados	22
3.3 infra-estrutura e comunicação dos dados	23
4. SEGURANÇA DOS DADOS USANDO TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	23
4.1 Introdução	23
4.2 Legislação	25
4.3 Razões, responsáveis e implicações da insegurança	29
4.4 Principais problemas de segurança	30
4.5 Mecanismos de segurança	32
4.5.1 Firewall	33
4.5.2 Criptografia	33
4.5.3 Protocolos de autenticação	34
4.5.4 Certificados digitais	34
4.5.5 Assinaturas digitais	34
4.5.6 Selos digitais	34
4.6 A disponibilização da informação através de portal	34
5. DATABASED MARKETING	36
5.1 Formato	36
5.2 Estratégia de monitoramento e fidelização dos utentes hospitalares	40
5.2.1 Estratégia de monitoramento	40
5.2.2 Fidelização do cliente	41
6. PRAXIS DE GESTÃO – COMPLEXIDADE DAS ORGANIZAÇÕES	43
7. ESTUDO DE CASO	44
8. RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES	51
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
9.1 Bibliografia Geral	52
9.2 Bibliografia referenciada	52
GLOSSÁRIO I – INTERNET	54
GLOSSÁRIO II – DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA PARA CAPTURA DE DADOS	55
GLOSSÁRIO III – PESQUISA	59
LISTA DE ABREVIATURAS	65
ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO

1.1 Origem do trabalho

Fundamentação teórica

Ao estudar os conceitos de marketing verifica-se sua evolução, passando por fases complementares, que podem chegar até mesmo a serem conflitantes. Considerando-se a definição segundo a qual marketing é uma filosofia de negócios (Semenik e Bamossy, 1995), toda a estratégia de planejamento e execução dos projetos de marketing da empresa tem como propósito fundamental a satisfação das necessidades de seus clientes. Tal definição restringe a função de marketing que é muito mais abrangente. Numa visão que inclua a satisfação das organizações, além dos indivíduos que dela são clientes, Churchill e Peter (2000:4) citam uma visão empresarial da *American marketing Association*, “marketing é o processo de planejar e executar a concepção de preços, promoção e distribuição de idéias, bens e serviços a fim de criar trocas que satisfaçam metas individuais e organizacionais”. Entende-se por desenvolvimento de trocas, o ato de se obter alguma coisa de alguém oferecendo algo em contrapartida, e do qual participam indivíduos e organizações, a fim de que estas transações proporcionem satisfação e tragam benefícios para ambos os lados. Portanto para Churchill e Peter (2000) um novo fator deve ser adicionado à definição de Semenik e Bamossy (1995): a satisfação das metas da organização. Isso também é reforçado por Kotler (1998), ao considerar o processo de marketing como um “processo social e gerencial pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam através da criação, oferta e troca de produtos com outros indivíduos ou grupos para os quais exista um valor mutuo dos produtos que foram trocados. Será o marketing o fomentador dessas trocas que geram acima de tudo a satisfação de ambos os lados participantes do processo? O autor define esse termo mais recentemente, colocando o lucro como o objetivo final a ser perseguido pelos homens de marketing ao declarar: Estamos mais interessados em fazer com que os consumidores comprem uma grande quantidade de nossos produtos, em conseguir participar do mercado do que na marca. Falamos da arte de obter clientes fiéis, que durante toda a vida comprem os produtos que vendemos. Não creio que uma empresa possa ficar satisfeita como o que vende, mesmo num

nicho, ou quando sua superioridade sobre o resto for notória. Por isso estou convencido de que um dos desafios está, antes de tudo, em transformar os homens de marketing em planejadores financeiros, porque fazer marketing não significa planejar valor, mais sim lucros”. Tal concepção não considera que é por meio do valor criado para o cliente que a empresa conquista a fidelidade do mesmo e a sua lucratividade à longo prazo. Sob o aspecto das empresas que visam a lucro o conceito parcialmente é adequado, porém há que se considerar também, que uma grande quantidade de empresas não visam lucros; citando-se na área financeira as cooperativas de créditos, que também fazem marketing. Alguns autores levam mais longe a definição de marketing. Comentando a idéia de Light (1998), a satisfação deixa de ser o fim da tarefa do marketing, mas passa a ser o começo de uma oportunidade de transformar um comprador satisfeito em um cliente leal à marca. Com essa transformação de cliente satisfeito em cliente fiel é que se possibilita à organização a sua lucratividade, e continuidade. Essa definição vem ao encontro do novo enfoque dado ao marketing por Mckenna (1999), de acordo com qual deixa-se de lado a visão de que o marketing era somente uma forma de vender produtos e/ou serviços de uma empresa; na transição ele passa a atender as necessidades dos clientes e não “manipular” suas mentes. É então dedutível que o cliente sabe exatamente o que quer, e tem ofertas e oportunidades de escolha, não sendo mais possível oferecer-lhe o que a empresa tem, mas aquilo que ele, em conjunto com a mesma, definirem como o melhor. A revolução que pode estar acontecendo nessa área, sugere que sejam redefinidos os conceitos de marketing e posicionamento para os produtos e serviços de qualquer empresa. Para que estes sejam capazes de detectar as necessidades de seus clientes, deve ser desenvolvida uma reestruturação interna. Neste caso o marketing não pode ter uma ação isolada, toda a organização precisa estar voltada para ele. Tal afirmação se confirma com a definição de Joseph (1991), em que o autor diz ser o marketing algo muito maior que venda e promoção, é acima de tudo uma filosofia de administração total, que envolve todas as pessoas de uma organização, no intuito de compreender e assegurar a satisfação das necessidades do consumidor. A meta de lucratividade do marketing, não se traduz somente em ganhar dinheiro, mas assegurar a sustentabilidade das empresas em ambientes de mudanças constantes.

Assim, desenvolver relacionamentos é a base do sucesso da empresa baseada no marketing com visão de futuro, que se alia à tecnologia para fidelizar os clientes. Rapp (2000), entende que no futuro o valor se dará pelo retorno do investimento que for feito no desenvolvimento de relações com os clientes. Com isto ele prevê o marketing de valor futuro que a tecnologia torna possível. O marketing está constantemente sendo redefinido e incorporando novas responsabilidades. Era considerado “a arte de vender produtos”, agora passa a ser a ciência e a arte de conquistar clientes, mantê-los e aprofundar o relacionamento com eles aumentando sua lucratividade Kotler (2000).

1.2 Importância do trabalho

O surgimento de novas tecnologias sempre representou, em toda história da humanidade, um desafio à organização e à evolução das sociedades. Atualmente, a utilização e o desenvolvimento de novas tecnologias estão presentes em quase todas as relações sociais, vez que desde a mais prosaica atividade de um indivíduo, como a consulta a um saldo bancário, até a mais complexa manobra militar, provavelmente estão sendo acompanhadas ou realizadas por meio de sistemas informatizados. A expansão e a popularização do uso de computadores observadas na última década são, sem dúvida, um dos mais evidentes sinais da influência da tecnologia em nossa vida cotidiana.

Este trabalho reveste-se de importância em face da extraordinária influência dessas novas tecnologias no cotidiano das pessoas e como atividades para institutos sociais tradicionais (hospitais, clínicas, postos de saúde, etc.) devem adaptar-se para recepcionarem tais inexoráveis mudanças e proporcionarem bem-estar às pessoas.

1.3 Objetivos do trabalho

A finalidade desta dissertação é pesquisar, relatar, enumerar e analisar os principais aspectos relacionados a monitorização e fidelização dos pacientes do Hospital NEUROCÁRDIO.

Como contribuição deste trabalho, espera-se:

- Identificar as principais características do marketing na fidelização dos clientes do Hospital;
- enumerar e analisar as mais notáveis ferramentas do marketing de relacionamento;
- Identificar os fundamentais problemas que dificultam a fidelização dos clientes no NEUROCÁRDIO;
- Identificar e descrever os principais métodos de controle na gestão da informação.
- Identificar e propor nova metodologia de monitorização dos clientes do Hospital.

1.4 Limitações do trabalho

A dissertação tem carácter abrangente e sistêmico concernente aos temas mais referentes ao perfil do paciente hospitalar, e em especial, ao processo de fidelização.

A visão lógica advinda da leitura desta dissertação cumpre função dupla, consistente. Primeiro, no entendimento integral, coeso, implicando, por consequência, numa noção de unidade da temática. Segundo, permite aos profissionais a escolha de qual direção seguir em subseqüentes investigações e aprofundamento dos temas de seu interesse, facilitando, a um só tempo, a tomada de posição, o entendimento dos autores mais renomados e a bibliografia correlacionada.

Embora abrangente e sistêmico, o trabalho aprofunda temas, como a bioética, elementos de cultura ética e moral aplicado ao ambiente hospitalar. Mesmo assim, há limitações de aprofundamento, em função da pequena literatura à disposição, bem como, por ser próprio de um trabalho de agrupamento e integração.

1.5 Metodologia a ser seguida

- Avaliação da situação atual do Hospital NEUROCÁRDIO quanto à estrutura de dados através de observação;
- Formulação de pesquisa descritiva, para aplicação junto ao médico e ao paciente;
- Preparação de estudo de caso;
- Apresentação dos resultados;

Apresentar contributos para a modernização dos processos na gestão da informação.

1.6 Estrutura do trabalho

O capítulo 1 descreve a fundamentação teórica que embasou o estudo em questão.

O capítulo 2 trata da importância da necessidade da estruturação dos dados como forma de aproximar a relação médico-paciente. Destaca também a tradução da informação do jargão médico para o do paciente, a moral, a ética, a bioética e o sigilo da informação médica e quem detém o domínio da informação: se o médico, o paciente ou os dois.

Já no capítulo 3 procurou-se dar destaque ao momento em que “nasce” a informação dentro do Hospital, como manter a uniformidade dos processos de captura dos dados e a infra-estrutura de comunicação.

O capítulo 4 trata do ambiente de segurança dos dados usando tecnologia da informação, destacando a preocupação com a sua confidencialidade, a legislação que regula o tema e a importância da implementação de um portal corporativo.

No capítulo 5 discorreu-se sobre o formato de um DATABASED MARKETING e como elaborar uma estratégia de monitoramento e fidelização dos utentes hospitalares.

O capítulo 6 demonstra o estudo de caso que foi efetuado no NEUROCÁRDIO, base dessa dissertação, incluindo o resultado das pesquisas descritivas a respeito da fidelização dos clientes.

No capítulo 7, foram contextualizadas as recomendações propostas, baseadas no diagnóstico efetuado, com destaque para o envio de informações ao paciente usando tecnologia *Wi Fi Móbile*, por telefonia móvel celular e interação na relação médico-paciente através do *portal do paciente*.

O capítulo 8 procura condensar as referências bibliográficas lidas, analisadas e estudadas profundamente.

2. GESTÃO DA INFORMAÇÃO COMO FORMA DE FIDELIZAÇÃO

2.1 A necessidade da estruturação dos dados

Os sistemas de informações são elaborados para facilitar a concretização de determinados objetivos. Entre os principais, figura a transformação, de maneira econômica, de dados, informação e conhecimento. Definindo esses conceitos:

Dados são itens referentes a uma descrição primária de objetos, eventos, atividades e transações que são gravados, classificados e armazenados, mas não chega a ser organizado de forma a transmitir algum significado específico.

Informação é todo conjunto de dados organizados de forma a terem sentido e valor para seu destinatário. Este interpreta o significado, tira conclusões e faz deduções a partir deles. Os dados processados por um programa aplicativo têm uso mais específico e maior valor agregado do que aqueles simplesmente recuperados de um banco de dados. É o caso de um sistema de gestão hospitalar.

Conhecimento consiste de dados e informações, organizados e processados para transmitir compreensão, experiência, aprendizado acumulado e técnica, quando se aplicam a determinado problema ou atividade.

Sistema de informação existe a muito mais tempo do que o aparecimento do primeiro computador, e são reconhecidos como um instrumento fundamental para a tomada de decisão. Porém, com o avanço da tecnologia da informação (TI) e sua popularização, muitos sistemas passaram a existir nas organizações, sem, contudo, significar melhoria em seu processo de gestão.

Um sistema de informações pode ser construído para diversos propósitos. A Internet, por exemplo, tendo como características básicas a liberdade e a falta de regulamentação é um importante sistema para a disseminação de idéias e informações, porém, sem qualquer compromisso com a qualidade do que é divulgado. Esse julgamento deve ficar por conta de quem utiliza as informações nela disponíveis. Toda informação é considerada útil e necessária quando permite apoiar ação de decisão. Exige, portanto, uma qualidade de informação gerada: ela deve ser, antes de tudo, verdadeira, além de legível, facilmente recuperável e oportuna no tempo. Além de tudo isso, o custo de sua obtenção não deve ser maior que o prejuízo de sua ausência.

As organizações de saúde são consideradas complexas por causa do seu alto grau de especialização ou divisão de tarefas. Quanto mais complexa, maiores serão os problemas de sistematização e controle. Pequenos e médios empreendimentos na área de saúde possuem, em geral, as características de organizações celulares ou atomizadas: são fundamentados em equipes, descentralizados e autonomistas, baseando-se mais em redes do que em hierarquia. O sistema de informações passa a ser essencial não apenas para apoiar decisões, tanto nas unidades setoriais quanto nos níveis centrais, mas também para a coordenação e controle da organização.

Ao desenhar um sistema de informações eficaz é importante pensar em todas as partes interessadas da organização, pois, para cada parte, a organização deve manter um canal de comunicação, não apenas para enviar informações, mas também para recebê-las. Nas organizações de saúde, temos o Ministério da Saúde do Brasil, como gestor de todo o sistema. Por exemplo, se quisermos uma informação do paciente do Hospital em tempo real e com a rapidez necessária, torna-se fundamental que a coleta dessas informações sejam dadas em prontuário

eletrônico, para que o profissional responsável pelo paciente tome a decisão cabível para cada situação surgida.

Diante de tantas necessidades distintas, o sistema de informações deve, em primeiro lugar, apoiar todos os processos de rotina da organização, ou seja, suas atividades operacionais. Em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde, essas atividades envolvem os processos de promoção, assistência e recuperação da saúde, desenvolvidas nos níveis de atenção básica.

A principal característica dos processos de saúde é que o cliente participa desse processo por meio da sua interação com o profissional de saúde. Assim, a principal fonte de informações de toda a produção, é o prontuário do paciente. É através dele que se inicia a coleta das informações que vão dar embasamento ao médico para seguir com determinada conduta.

O prontuário do paciente, se bem organizado, estruturado e com informações facilmente recuperáveis, torna-se um importante instrumento de avaliação do paciente. A partir dele é possível avaliar não apenas seu desempenho do ponto de vista quantitativo, como, por exemplo, o número de procedimentos realizados, como também, qualitativamente, detectando informações dos antecedentes pessoais e familiares, com a finalidade de intervir sobre possíveis fatores desencadeantes ou associados ao desenvolvimento de patologias.

Nas organizações de saúde, onde toda a atividade-fim (no caso, o atendimento ao paciente) gera um grande número de informações, a definição dos dados a serem coletados leva a uma maior padronização de seus procedimentos. Porém, é necessário que haja uma validação, por todos aqueles que atuam nesses atendimentos.

Para criar um sistema de informações que possa apoiar as atividades de rotina e gerar as informações necessárias na gestão eficaz do Hospital, evitando-se as redundâncias, é necessário que haja a padronização de um conjunto de dados que é essencial para todas as instâncias, respeitando-se padrões de gerenciamento e os instituídos, pois todos os outros sistemas utilizarão esses dados. Quanto mais

próximo do evento o dado for coletado, tanto em relação ao lugar quanto em relação ao tempo (proximidade do fato ocorrido), menor a chance de erro. A situação ideal seria aquela em que o dado fosse coletado no momento da ocorrência do fato gerador, pelo profissional que o realiza.

Os dados coletados passíveis de serem padronizados em qualquer tipo de unidade de saúde podem ser classificados em:

Demográficos: nome, data de nascimento, filiação, sexo, cor, local de nascimento, município, estado, país, endereço, etc.

Socioeconômicos: escolaridade, ocupação, estado civil, moradia, etc.

Clínicos: queixas principais, história da doença atual, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, exame físico, exames complementares, diagnóstico, tratamento.

Desse conjunto, os dados demográficos e socioeconômicos já foram estruturados e padronizados pelo Projeto do Sistema Cartão Nacional de Saúde (ver [site www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). Em relação aos diagnósticos e procedimentos, foi padronizada uma estrutura que permite a troca de mensagens entre sistemas. Porém, o processo básico na ponta, ainda carece de uma nomenclatura padronizada e uniforme para o procedimentos em saúde, uma padronização que seja adequada a todos os processos de gestão da informação. Mesmo em relação aos diagnósticos, sabemos que a CID (Classificação Internacional de Doenças) é uma classificação e não uma nomenclatura.

Na escolha de sistemas voltados para o apoio às atividades da linha de produção, é necessário que os dados sejam estruturados de forma a permitir que sejam construídos alguns indicadores, que podem inclusive, mudar ao longo do tempo, na tentativa de acompanhar sempre aquilo que possa ser mais significativo para os processos decisórios.

No processo de definição dos requisitos de informações é possível que ocorra erros, uma vez que os usuários não têm uma visão clara e homogênea de toda a organização, justamente por suas dificuldades de comunicação e controle. Além

disso, a própria organização vai sofrendo mudanças durante o processo de definição e implantação de sistemas de informações. Porém, são justamente esses erros que propiciam ajustes nos seus processos, incluindo o processo de produção e de análise de informações.

Assim, o sistema de informações de uma organização só evolui à medida que seus usuários analisam e utilizam essas informações para a tomada de decisões. Caso isso não ocorra, ele passa a ser um simples repositório de dados, às vezes com valor histórico, outras vezes nem isso, uma vez que as informações nele contidas podem não refletir a realidade dos fatos ocorridos. A não utilização sistemática das informações de um sistema prejudica sua validação e evolução.

O desenvolvimento do prontuário do paciente, em meio eletrônico, é um longo processo, que deverá integrar todas as informações geradas em suas passagens ou encontros pelo sistema de saúde, porém, essas informações deverão ser coletadas de forma adequada para seu processamento sistemático, utilizando-se, para tanto, métodos e instrumentos apropriados, capazes de gerar novos conhecimentos para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, bem como dos processos em saúde.

Até 2002, as opiniões quanto ao uso do meio eletrônico para o armazenamento do prontuário eram conflitantes e cheias de dúvidas. Com a publicação pelo Conselho Federal de Medicina, das Resoluções 1.638 e 1.639, a discussão passou a ser de como fazer uso dessa tecnologia de forma mais adequada e segura. A Resolução 1.638 define o prontuário médico e quais itens devem constar obrigatoriamente, seja ele confeccionado em papel ou em meio eletrônico. Na Resolução 1.639, em seu anexo, estabelece as normas técnicas para uso em sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico. A partir dessa Resolução, foi estabelecido um Grupo de Trabalho da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, que definiu a metodologia de certificação para os sistemas informatizados de gerenciamento do prontuário médico (ver *site* www.sbis.org.br).

A realidade, na maior parte das instituições de saúde brasileiras (não diferente no Hospital NEUROCÁRDIO), é que se convive com sistemas de informações em meio

eletrônico e de papel. As atividades operacionais, tais como agendamento (consultas, exames, cirurgias), admissão e alta, incluindo diagnósticos e procedimentos, controle de leitos e faturamento, já são registradas em meio eletrônico. Porém, os dados clínicos, em sua maioria, ainda estão no papel e sem nenhum tipo de integração.

2.2 A tradução da informação do jargão médico para o do paciente

Um dos pontos verificados na observação do controle do histórico do paciente é que as anotações são efetuadas para uso do médico, da enfermagem, da nutricionista e do faturamento. A preocupação e obrigação do Hospital é de guardar o prontuário para uma necessidade do paciente ou quando ele solicitar durante o internamento, por exemplo.

A Resolução 1.639 do Conselho Federal de Medicina (www.cfm.org.br) considera “que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes”. Na prática, isso não ocorre, ficando a informação contida no prontuário somente para manuseio do médico atendente ou da equipe multiprofissional envolvida no atendimento.

A referida Resolução já estabelece critérios a serem seguidos pelos serviços de saúde brasileiros para controle e registro eletrônico das informações, inclusive sob o aspecto da segurança dos dados através de *logons* de acesso e autenticações criptografadas.

2.3 A Moral, A Ética, A Bioética e o sigilo da informação médica

2.3.1 A moral e a ética

Moral e ética têm significados semelhantes num certo sentido, mas diferentes em outro. *Moral* é uma palavra que vem do latim e que significa conduta (**usos e costumes**) ou de comportamento do dia-a-dia. *Ética* vem do grego, que também

significa conduta (mas no sentido de **princípios**). Ética e Moral tratam do “certo” e do “errado”. Há várias evidências empíricas na literatura sobre ética e moral que tratam das vantagens que uma organização possui ao adotar uma postura ética e moral, por parte de chefes e subordinados.

A coexistência é uma imposição a que todos as pessoas são submetidas. Todavia, a convivência é uma necessidade, esta como consequência daquela. É a necessidade de convivência que faz surgir a Moral, aquela reunião de regras que são destinadas a orientar o relacionamento dos indivíduos numa certa comunidade social.

Freqüentemente, os termos, "ética" e "moral" são empregados como sinônimos, mas entendemos que se reserva a este último apenas o próprio fato moral, enquanto o primeiro designa a reflexão filosófica sobre o mesmo. QUEIRÓZ & SILVA (2002) define: "Moral é a moral prática, é a pratica moral. É moral vivida, são os problemas morais. É a moral reflexa. Os problemas morais, simplesmente morais são restritos, nunca se referindo a generalidade. O problema moral corresponde à singularidade do caso daquela situação, é sempre um problema prático-moral. Os problemas éticos são caracterizados pelas generalidades, são problemas teórico-éticos".

Assim, conforme se depreende do que foi dito acima, quando se indaga o que é correto, definir o que é bom, sendo a indagação de caráter amplo e geral, o problema é teórico, ou seja, simplesmente ético. Temos a moral como ação; a ética é a norma, já que ela não cria a moral, sendo, antes, uma abordagem científica da moral. É a ciência do comportamento moral dos homens na sociedade, ou melhor, um enfoque do comportamento humano cientificamente.

Sendo moral o que é vivido, é, então, o que acontece. Já a ética, é o que deve ser ou, pelo menos, o que deveria ser. A ética estuda, aconselha, e até ordena. A moral é como expressão da coexistência.

Tanto a ética como a moral relaciona a valores e a decisões que levam a ações com consequências para nós e para os outros. Podem os valores variar, todavia todos se relacionam com um valor de conteúdo mais importante, estando até mesmo, subentendido nos outros: o valor do bom ou o valor do bem.

Esse conjunto de normas aceita livre e conscientemente, regula o comportamento individual e social das pessoas. Deste modo, tem-se como moral o conjunto de costumes, normas e regras de conduta estabelecidas em uma sociedade e cuja obediência é imposta a seus membros, variando de cultura para cultura e se modifica com o tempo, no âmbito de uma mesma sociedade.

Os dois vocábulos se referem a qualidades humanas: o modo de ser ou o caráter de cada um, em que se baseiam os costumes ou as normas adquiridas, o que vai pautar o comportamento moral do homem.

O desrespeito a alguma das regras morais pode provocar uma tácita ou manifesta atitude de desaprovação. Apesar de haver em cada indivíduo uma reação instintiva contra regras e obediências a qualquer autoridade, até hoje nenhum grupo ou comunidade pode existir sem normas constrangedoras da moral.

Se, por uma parte, elas molestem o indivíduo, por outra, preservam e salvam a sociedade em que ele vive. Agem como um mecanismo de autodefesa e preservação do grupo. Como os indivíduos só podem viver em função da comunidade, ficam assim compensados do sacrifício pessoal que fazem.

A Ética, como a Moralidade, não se situa no campo puramente apreciativo dos valores. A sociedade cria determinados valores e as ações humanas começam desde logo a se cristalizar em regras que se orientam pela obtenção e realização dos mesmos. A Ética se detém, sobretudo, na pesquisa e no estudo dos valores morais. Estes determinam o impulso moral e impelem à ação dos indivíduos. Somente aquelas atitudes e coisas que levam ao próprio aperfeiçoamento e ao bem comum do grupo é que possuem valor moral. Todas as vezes que o homem encontra um dilema, são os valores pró ou contra que vão determinar as suas escolhas.

Falar em relacionamento interpessoal, em trabalho em equipe, em liderança e em motivação significa falar de ética e moral, pois falamos assim de atitudes e comportamentos. Na gestão administrativa, quando um departamento apresenta

problemas de comunicação ou de desempenho, apresenta também problemas de natureza ético-moral.

Isso nos remete a criação no ambiente hospitalar da cultura moral. A cultura moral é formada através do modo de pensar e de agir de seus colaboradores. As investigações acerca da cultura organizacional sugere que o gestor é quem serve de modelo para inspirar essa cultura moral.

2.3.2 A bioética

O termo bioética, (www.bioetica.org.br) também denominado ética biomédica, é novo. Ocupa-se a ética biomédica com aqueles temas morais que se originam na prática da medicina ou na atividade de pesquisa biomédica. Surgiu a partir de um movimento que tem por finalidade a conciliação da medicina com os interesses éticos e ao mesmo tempo humanísticos. Os homens que fazem parte deste movimento tentam, com uma visão crítica, examinar os princípios gerais éticos e o modo como estes princípios se aplicarão à ciência contemporânea e à prática da medicina.

Estas pessoas, com formação nas áreas de medicina, filosofia, sociologia, teologia, dentre outras, ao abordarem estes aspectos, realizam, outrossim, uma recuperação de valores do passado que, por diversos motivos, haviam sido negligenciados.

A bioética propicia o entendimento das relações do homem com a vida sob outro enfoque: é responsável pelas escolhas boas ou más, o que é justamente o ponto de vista ético. Assim, surgem palavras essenciais que, conforme visto, foi objeto de reflexo ético da humanidade: "bem", "mal", "justo", "injusto". Foi criado pelo oncologista e biólogo americano Van Rensselaer Potter.

Conforme Mário López, segundo a Encyclopedia of Bioethicus, "bioética é o estudo sistemático da conduta humana nas áreas das ciências da vida e dos cuidados da saúde, à medida que tal conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais".

A bioética está assentada em três princípios:

BENEFICÊNCIA

Caracteriza-se pela obrigação da promoção do bem-estar dos outros. É essencial levar em conta os desejos, necessidades e os direitos de outrem. Assim, devem ser atendidos os interesses do paciente e devem ser evitados danos, pois qualquer tentativa de se fazer um bem a alguém, envolverá o risco em prejudicá-lo.

AUTONOMIA

O médico deve respeitar a vontade, a crença e os valores morais do paciente. As pessoas nunca devem ser tratadas como “meios” para “fins” de outras pessoas. Devem os homens ter direito às suas autonomias. Deve-se deixar claro que o direito à autonomia é limitado quando entra em conflito com o direito de outras pessoas, inclusive o do próprio médico. O que pontuará a conduta são os valores morais.

JUSTIÇA

Nos dias em que se passam a bioética, apresenta-se como algo a procura de uma conduta responsável da parte de quem deve decidir o tipo de tratamento e de pesquisas com relação à humanidade. Como conhecimento novo, a contribuição da bioética deve caminhar para respostas equilibradas ante os conflitos atuais e futuros.

Conflitos estes, relativos aos pacientes, médicos e profissionais afetos na assistência, que estão sendo debatidos na atualidade são tratados pela bioética: transplantes, engenharia genética, reprodução humana assistida com embriões, células-tronco, eutanásia, dentre outros temas.

2.3.3 O Sigilo da informação médica

A nossa Carta Magna (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988) define em seu Art. 5º - Dos direitos e garantias fundamentais - inciso X: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”;

A Resolução do 1.638 do Conselho Federal de Medicina (www.cfm.org.br) no seu artigo 1. determina que “o prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”;

O código de ética médica, no seu art. 11 diz: “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. Estão obrigados à observância de segredo profissional todos aqueles auxiliares do médico que participem da assistência aos pacientes, e, até mesmo o pessoal administrativo, em especial dos arquivos médicos”.

2.4 Quem detém o domínio da informação? O médico? O paciente? Os dois?

Nesse sentido, merecem destaque os seguintes princípios considerados pelo Sistema Nacional de Saúde, incorporados na tecnologia desenvolvida e na política de acesso às informações proposta pelo Ministério da Saúde:

1. Os dados e informações registrados nos documentos e arquivos dos serviços de saúde, em qualquer meio, formato ou tecnologia, são propriedades da pessoa (paciente ou usuário) a quem se refere ou de quem descreve o estado de saúde e condição de vida.
2. Devem ser garantidos a essa pessoa a privacidade, o sigilo profissional e o segredo pessoal, em relação a seus dados e informações, por parte de todos os profissionais de saúde direta e indiretamente envolvidos na atenção integral a sua saúde.

3. São garantidas a confidencialidade, a integralidade e a segurança no registro, na transmissão, no armazenamento e na utilização dos dados e informações individuais existentes no serviço de saúde.

Portanto, tanto o médico quanto o paciente detém o domínio da informação.

3. INTEGRANDO DIVERSAS CAMADAS DE DADOS

3.1 Em que momento “nasce” a informação

Na recepção acontece as primeiras coletas de dados. *Demográficos*: Nome do paciente, endereço, idade, filiação, sexo, nome do responsável direto pelo paciente; *Socioeconômicos*: escolaridade, ocupação, tipo de atendimento (se por Plano de Saúde, por Cooperativa ou Particular).

No momento em que o paciente é atendido pelo profissional de saúde, ele ou o seu responsável, iniciam a “passagem” das primeiras informações (geralmente ditas verbalmente, sem registro em prontuário). Após o diagnóstico preliminar feito pelo profissional de saúde (através de avaliação direta no corpo humano do paciente) inicia-se o efetivo registro clínico no prontuário do paciente, em relação às patologias que foram identificadas naquele momento.

3.2 Mantendo a uniformidade dos processos de captura dos dados

Uma informação é considerada útil e necessária quando permite apoiar uma ação, diminuindo a incerteza ou os riscos dessa ação. Um sistema de informações para apoiar a gestão de uma organização de saúde exige, portanto, uma preocupação constante com a qualidade da informação gerada: ela deve ser, antes de tudo, verdadeira, legível, de fácil recuperação e oportuna no tempo.

A uniformidade dos processos de captura de dados tem por finalidade manter um padrão único entre as diversas células existentes no ambiente hospitalar. A partir da definição dos dados a serem coletados para “alimentar” o sistema de informações, pode-se iniciar a uniformidade de muitos processos no Hospital.

3.3 Infra-estrutura e comunicação dos dados

Uma infra-estrutura de informação consiste de todas as instalações físicas, serviços e administração que dão suporte a todos os recursos informatizados compartilhados por uma unidade de saúde.

Em geral, temos cinco componentes principais da infra-estrutura: 1) hardware; 2) software; 3) redes e instalações de comunicação (incluindo aí internet e intranet); 4) Banco de dados; 5) recursos humanos na administração da informação. As infra-estruturas incluem esses itens, bem como sua integração, operação, documentação, manutenção e gestão do processo.

4. SEGURANÇA DOS DADOS USANDO TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

4.1 Introdução

Os objetivos de segurança das informações na atenção à saúde, segundo BARROWS e CLAYTON (1996), são:

1. Garantir a privacidade de pacientes e a confidencialidade dos dados de cuidados em saúde (evitar a revelação não autorizada de informações);
2. Garantir a integridade dos dados (evitar a modificação não autorizada de informações);
3. Garantir a disponibilidade dos dados para pessoas autorizadas (evitar a indisponibilidade não intencional ou não autorizada de informações ou recursos);
4. Não repúdio (capacidade de um sistema de provar que um usuário executou determinada ação no sistema).

Outros aspectos dizem respeito à segurança física das instalações, proteção contra destruição, educação dos usuários, penalidades, etc. O *Columbia-Presbyterian Medical Center* levantou 14 itens que devem compor uma política de segurança para sistemas de informação:

1. Autenticação do usuário;

2. Segurança física do centro de processamento de dados, cópias de segurança e recuperação de desastres;
3. Controle de acesso aos recursos do sistema;
4. Propriedade dos dados, deveres e responsabilidades dos proprietários dos dados;
5. Políticas de proteção dos dados - proteções consistentes e aceitáveis a serem proporcionadas por sistemas que cruzem fronteiras organizacionais e funcionais, antecipações de barreiras à sua implementação e medidas de punição, em caso de abuso de privilégios de acesso ao sistema;
6. Implementação de segurança nos sistemas;
7. Segurança de cópias impressas de documentos eletrônicos;
8. Integridade do sistema;
9. Perfis de usuários - definição de tipos de usuários e papéis que servem para distinguir as necessidades funcionais e níveis de segurança;
10. Temas legais - relacionados ao uso e mau uso do sistema e que podem resultar em processos ou preocupações legais para a organização;
11. Identificação e resolução de problemas - auditoria, detecção e notificação de invasões, mecanismo de detecção e notificação para outros tipos de problemas de segurança;
12. Segurança da rede de dados;
13. Consentimento informado por parte dos pacientes para o uso de dados relativos aos mesmos;
14. Educação dos usuários.

Existem boas orientações para se estabelecer uma política de segurança em ambientes de informática e desenvolvimento de software. Muitas dessas orientações se baseiam em normas internacionais (Normas ISO – *International Organization for Standardization*) e nacionais (ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas).

O estado da arte da tecnologia de computadores, telecomunicações e de software permite a construção de sistemas de informação que minimizem o risco de quebra de segurança e se elas ocorrerem, ser possível de serem detectadas e verificar os responsáveis pela quebra. Entretanto, a questão da privacidade e confidencialidade de dados não é uma questão puramente técnica, pois exige o estabelecimento de uma política que defina que dados devem ser protegidos, em que nível, quem

poderá ter acesso aos mesmos, quais as operações que cada usuário pode realizar sobre os dados, para onde eles podem ser transferidos, por quanto tempo eles estarão disponíveis e quem determina quem pode ter acesso aos dados. Em referência ao prontuário eletrônico, princípios freqüentemente citados para a sua implementação são: o consentimento do paciente para o acesso ao prontuário, liberdade de o paciente verificar a lista dos acessos ao seu prontuário e que operações foram efetuadas, permissão para o paciente realizar correções em seus prontuários e a exigência do consentimento do paciente para que seus dados sejam utilizados com propósitos outros que não a atenção direta à sua saúde.

Princípios semelhantes, respeitando as devidas características particulares, podem ser aplicados a dados e informações de instituições como, por exemplo, as operadoras de planos e prestadores de assistência à saúde.

4.2 Legislação

A legislação nacional incorporou diversos elementos de uma política de segurança de sistemas de informação. O capítulo V do Decreto 4.553 (BRASIL), apresenta, entre outras, as seguintes normas:

...

Art. 42. Ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 44, os programas aplicativos, sistemas e equipamentos de criptografia para uso oficial no âmbito da União são considerados sigilosos e deverão, antecipadamente, ser submetidos à certificação de conformidade da Secretaria Executiva do Conselho de Defesa Nacional.

Art. 43. Entende-se como oficial o uso de código, cifra ou sistema de criptografia no âmbito de órgãos e entidades públicos e instituições de caráter público.

Parágrafo único. É vedada a utilização para outro fim que não seja em razão do serviço.



Art. 44. Aplicam-se aos programas, aplicativos, sistemas e equipamentos de criptografia todas as medidas de segurança previstas neste Decreto para os documentos sigilosos controlados e os seguintes procedimentos:

I - realização de vistorias periódicas, com a finalidade de assegurar uma perfeita execução das operações criptográficas;

II - manutenção de inventários completos e atualizados do material de criptografia existente;

III - designação de sistemas criptográficos adequados a cada destinatário;

IV - comunicação, ao superior hierárquico ou à autoridade competente, de qualquer anormalidade relativa ao sigilo, à inviolabilidade, à integridade, à autenticidade, à legitimidade e à disponibilidade de dados ou informações criptografados e,

V - identificação de indícios de violação ou interceptação ou de irregularidades na transmissão ou recebimento de dados e informações criptografados.

Parágrafo único. Os dados e informações sigilosos, constantes de documento produzido em meio eletrônico, serão assinados e criptografados mediante o uso de certificados digitais emitidos pela Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil).

Art. 46. A destruição de dados sigilosos deve ser feita por método que sobrescreva as informações armazenadas. Se não estiver ao alcance do órgão a destruição lógica, deverá ser providenciada a destruição física por incineração dos dispositivos de armazenamento.

Art. 47. Os equipamentos e sistemas utilizados para a produção de documentos com grau de sigilo secreto, confidencial e reservado só poderão integrar redes de computadores que possuam sistemas de criptografia e segurança adequados à proteção dos documentos.

Art. 48. O armazenamento de documentos sigilosos, sempre que possível, deve ser feito em mídias removíveis que podem ser guardadas com maior facilidade.

As normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico, constantes na Resolução 1639/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2002), são mais detalhadas nos requisitos de segurança de sistemas de informação. Esses requisitos são apresentados abaixo:

Integridade da Informação e Qualidade do Serviço – O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

Cópia de Segurança – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário, pelo menos, a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de backup deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

- Documentação do processo de backup/restore: as cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
- Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
- Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
- Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.

Bancos de Dados – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:

- Compartilhamento dos dados;
- Independência entre dados e programas;
- A identificação dos usuários do sistema;
- Datas e horários de entrada (logon) e saída (logoff) no sistema.

- Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;
Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;
- Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas;
- Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevante deve ser mantido por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

Transmissão de Dados – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil (www.icpbrasil.gov.br), a fim de garantir a identidade do sistema.

Certificação do software – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do software junto ao CFM.

Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características:

- Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento scanner;
- Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
- Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

A moderna tecnologia da informação permite o desenvolvimento de sistemas de informações que minimizem o risco de quebra de sigilo: controle de acesso definido em função da necessidade de conhecer, registro dos acessos (quem fez o que), proteção física dos ambientes, proteção dos dados contra a destruição e perdas, cópias de segurança, entre outros. Apesar de freqüentes notícias sobre quebras de segurança em sistemas de informação provocada por crackers, hackers, vírus, etc, deve ser lembrado que não existe segurança perfeita em nenhum tipo de sistema (eletrônico ou não), que diferentes sistemas apresentam diferentes níveis de segurança e que as exigências de segurança devem ser analisadas juntamente com os custos, riscos e necessidade de uso das informações. A ameaça mais comum a confidencialidade é o acesso inapropriado às informações por usuários autorizados. Tal risco é tão grande ou maior quando os dados estão armazenados em papel (Shortliffe, 1998). Um meio de reduzir esta ameaça é o de estabelecer punições severas para usuários que violem os direitos de indivíduos ou instituições.

Assim, uma legislação adequada que defina políticas e sanções, é tão importante para a proteção de informações quanto às técnicas para a criação de firewalls e garantir a identificação e autenticação de usuários.

4.3 Razões, responsáveis e implicações da insegurança

A principal razão para a proposição de um modelo de prontuário eletrônico usando plataforma WEB, é que denotará um avanço significativo na relação médico-paciente, haja vista a forma como serão integradas todas as informações (imagem, voz, texto), contribuindo para que a via de “mão dupla” da informação aconteça na prática.

Mas, para que haja uma correta implementação de tal arquitetura, torna-se imprescindível que os responsáveis (profissionais de TI do Hospital) avaliem antecipadamente as implicações de insegurança na aplicação da modelagem proposta. Alguns aspectos a serem considerados:

a) A Internet (WEB), rede das redes, é considerada um sistema aberto, por conseguinte, as organizações têm a preocupação e o interesse de restringir o ingresso de pessoas a dados por meio de barreiras físicas (ex.: firewalls), encriptação e outros mecanismos;

b) porque o acesso ao site é baseado em computadores e redes, e estas mesmas tecnologias podem ser usadas para o "ataque" a sistemas de segurança.

As principais conseqüências da insegurança no contexto WEB:

- A maioria dos problemas de segurança é intencionalmente causada por pessoas de má índole no intuito de lograr algum benefício, lesar alguém ou mesmo conseguir publicidade própria;
- Apesar dos eficientes programas de detecção de interferência hoje empregados na Internet, existem, e sempre existirão, pessoas dispostas a quebrarem a segurança nas redes. Dessas pessoas, são comuns ações como espiar e-mails de outrem, testar a segurança de sistemas, roubar e corromper dados, dentre outras. Usualmente, utilizam-se de programas "espiões" especializados para tal fim;
- Circulam numa rede, e como tal, pode ser usada para subtrair informação confidencial;
- O clima de insegurança na Internet faz com que muitas instituições de saúde não adiram a implementações de prontuários on-line, o que retarda a implementação dos benefícios na relação médico-paciente.

4.4 Principais problemas de segurança

Os principais problemas de segurança na rede mundial são aqueles relacionados às seguintes condições: privacidade, autenticação, autorização e integridade.

De se notar que essas mesmas noções também são objetos de cuidados quando se trata de negócios não eletrônicos. Necessário se torna, portanto, descrever o significado dos conceitos atrás referidos:

Privacidade - consiste em manter a informação inacessível a usuários não autorizados. Normalmente, quando se pensa em segurança na Internet, o primeiro raciocínio que aflora à mente é o conceito de privacidade. Atualmente, as maiores empresas presentes na Internet procuram criar e divulgar amplamente suas políticas de privacidade, cujo objetivo é garantir que dados pessoais dos internautas não sejam utilizados sem seu consentimento. Por exemplo, a IBM possui política de privacidade amplamente divulgada a todos os seus funcionários e clientes e se encontra exposta no seguinte endereço Web (<http://www.ibm.com/privacy/br/>).

Autenticação - Como é que se sabe que um usuário é quem ele diz ser? A resposta a esta pergunta é dada pelo processo de autenticação de usuários, responsável por determinar com quem se está comunicando, antes de se revelar dados confidenciais ao se conectar a um módulo-prontuário.

Tradicionalmente, os sistemas validam um usuário através de sua senha, que fica armazenada no *arquivo id*. Como é de se imaginar, a senha gravada não está em texto claro. Em verdade, ela é cifrada por meio de uma função unidirecional (que não pode ser invertida) variante do DES (Data Encryption Standard). Como não apenas as senhas dos usuários, mas também seus dados básicos estão armazenados no arquivo e corriqueiramente são utilizados pelos aplicativos, o arquivo não possui e não deve possuir nenhum atributo, impedindo os usuários de lerem seu conteúdo.

Autorização - É o processo de permitir ou negar acesso a um usuário a um ou mais recursos existentes numa rede. Nos sistemas de segurança, a autenticação é distinta de autorização, que é o processo de atribuir a indivíduos o tipo de acesso a um sistema baseado na sua identidade. Os sistemas de segurança, em sua maioria, são baseados em duas etapas: a primeira etapa é a autenticação, que assegura que o usuário é quem afirma ser; a segunda etapa é a autorização, que concede a um usuário acesso a recursos de uma rede com base na sua identidade.

A assinatura digital é um componente importante na maioria dos mecanismos de autenticação. Consistem de um código digital que pode ser enviado juntamente com uma mensagem eletrônica que identifica de uma forma única o usuário que enviou

essa mesma mensagem. As assinaturas digitais devem ser encriptadas de forma a que ninguém consiga falsificá-las.

Integridade – O conceito de integridade dos dados não é novo. Há alguns anos a generalidade dos sistemas de transmissão era analógica o que implicava uma maior taxa de erros durante a transmissão em relação aos sistemas digitais hoje mais utilizados. Refere-se, portanto, à integridade da informação que pode ser comprometida acidentalmente (erros humanos quando os dados são inseridos, erros de transmissão entre um computador e outro, vírus, bugs, etc.). Para se detectarem estes erros, os protocolos de mais baixo nível começaram a implementar um sistema de detecção de erros. Este tipo de detecção foi adaptado para protocolos de mais alto nível de modo a garantir a integridade das mensagens, permitindo sempre que uma mensagem não seja alterada.

4.5 Mecanismos de segurança

Basicamente, refere-se a técnicas que asseguram que dados armazenados num computador ou transferência de mensagens não sejam acessados (lidos) ou comprometidos. A maioria das medidas de segurança envolve encriptação de dados e passwords. A encriptação ou cifragem é a transformação de dados para uma forma ilegível e não acessível a menos que se tenha o respectivo mecanismo de decifragem. A password é uma palavra ou frase secreta que possibilita a um usuário o acesso a um determinado programa ou sistema. Além destas medidas, convém referir-se aos protocolos de segurança, baseados em algoritmos de encriptação e às barreiras físicas:

- Barreiras físicas (firewall)
- Criptografia de chave única
- Criptografia de chave pública
- Protocolos (regras) de autenticação
- Certificados digitais
- Assinaturas digitais
- Selos digitais

4.5.1 Firewall

Um sistema pode oferecer múltiplos métodos de autenticação para controlar o acesso a dados, particularmente porque os hackers são muitas vezes persistentes e geniais nos seus esforços de obterem acesso não autorizado. Um método de defesa poderá ser um *Firewall* (um dispositivo, por exemplo: um computador) inserido entre a rede de uma organização e o resto da Internet. Esta barreira monitoriza e controla todo o tráfego entre a Internet e a rede interna organizacional. O seu propósito é restringir o acesso de estranhos a Intranet. Um *Firewall* está normalmente localizado no ponto onde a rede interna (intranet) é ligada à Internet, contudo também é praticável ter *Firewalls* dentro da própria Intranet para limitar ainda mais o acesso a dados (neste caso, a certos usuários da Intranet). Podem ser implementadas de várias maneiras: a) permitir o acesso apenas a certos endereços IP (Internet Protocol) ; b) restringir o acesso a certas aplicações e c) diminuir a capacidade de pessoas não autorizadas acessarem a Intranet.

4.5.2 Criptografia

Encriptação consiste no modo como são convertidos mensagens e dados para um formato ilegível e secreto com o escopo de proteger o seu conteúdo. Apenas quem possuir o algoritmo de encriptação e a chave secreta poderá fazer a decifragem. Por vezes, é possível decifrar. Contudo, as técnicas modernas de encriptação são virtualmente "inquebráveis". Existem dois tipos principais de encriptação: chave única (usa apenas uma única chave que ambos, o emissor e o receptor, possuem) e chave pública (que usa uma chave pública conhecida por todos e uma chave privada que apenas quem recebe a mensagem encriptada conhece), aplicando-se a cada um dos métodos algoritmos próprios (AHUJA, 1997). Historicamente, a distribuição da chave num sistema de criptografia de chave única sempre foi, e continua a ser, o ponto mais vulnerável deste processo. Se algum invasor puder subtrair a chave, o mais perfeito sistema de encriptação de chave única torna-se inútil. As chaves precisam ser distribuídas a todos os usuários de um sistema, caso contrário não podem ter acesso a mensagens ou dados que lhes são destinados.

4.5.3 Protocolos de autenticação

A autenticação é a forma de ser verificada a identidade de uma pessoa (ou usuário, neste contexto) ser aquela que afirma ser. Assim, no caso de um “usuário-impostor” tentar assumir uma identidade falsa, o protocolo de autenticação deve ser capaz, no mínimo, de ignorá-lo e de preferência tomar algumas precauções defensivas.

4.5.4 Certificados digitais

Certificado Digital associa a identidade de um titular a um par de chaves eletrônicas (uma pública e outra privada) que, usadas em conjunto, fornecem a comprovação da identidade. Funciona como se fosse uma cédula de identidade. Pode ser usado em uma grande variedade de aplicações, como comércio eletrônico, Intranet, Internet, transferência eletrônica de fundos, envio de resultados de exames hospitalares, etc. O Certificado Digital é emitido e assinado por uma Autoridade Certificadora Digital (Certificate Authority), que emite o Certificado utilizando as mais avançadas técnicas de criptografia disponíveis e de padrões internacionais.

4.5.5 Assinaturas digitais

As assinaturas digitais têm uma importância crucial para a sedimentação e o crescimento do prontuário eletrônico, vez que se exige que o ambiente de atuação possua um nível de segurança aceitável pelas partes intervenientes. Tal como as assinaturas escritas, o propósito de uma assinatura digital é garantir que um indivíduo que envie uma mensagem realmente seja quem afirma ser. Resume-se a um código que pode ser enviado juntamente com uma mensagem que identifica de forma única o emissor da mensagem.

4.5.6 Selos digitais

Serve para gerar “chancelas cronológicas” que associam data e hora a um documento digital sob a forma de criptografia forte. Concretamente, como exemplo, um médico pode encaminhar o resultado de um exame cardiológico em documento e “selá-lo” com selo eletrônico digital.

4.6 A disponibilização da informação através de portal

Com o crescente uso de intranets e da internet, muitas empresas chegam a se deparar com dificuldades para dar vazão à sobrecarga de informação em diferentes níveis. A informação pretendida muitas vezes está esparramada por incontáveis documentos, e-mails e bancos de dados em sistemas diferentes.

Descobrir a informação relevante e acurada não raro é tarefa que consome tempo e depende do acesso a múltiplos sistemas, muitos deles com aplicações específicas. Em consequência, as organizações acabam perdendo boa parte do tempo útil de seus funcionários. Uma solução para o problema da multilocalização e repetição dos dados é fornecida pelos portais.

Kounadis (2000) define o portal corporativo como um ponto de acesso único e personalizado, via *browser*, a informações críticas existentes dentro ou fora de uma organização. Os portais proporcionam acesso direcionado para dados, informações e conhecimentos corporativos. Por intermédio de um ambiente baseado em intranet (no caso, um *Web browser*), os portais permitem o acesso a informação relevante de sistemas desconhecidos de TI e da Internet, utilizando técnicas avançadas de busca e indexação.

Em contraste com portais de internet (tais como o Yahoo!, por exemplo), que são a porta de entrada na internet, os portais corporativos propiciam acesso de ponta única a informações e aplicações de uma organização disponíveis na internet, em intranets e extranets. Os portais corporativos são uma forma ampliada de intranets que proporcionam aos funcionários e clientes um ponto focal organizado para suas interações com a empresa.

Uma das proposições indicadas nessa dissertação será a construção de um portal para acesso pelo paciente das informações contidas no prontuário.

5. DATABASED MARKETING

5.1 Formato

Se olharmos para os últimos cinco mil anos de história da Humanidade, dos quais se tem um conhecimento histórico razoável, pode-se observar que, fora os últimos 150 anos, o comércio sempre foi individual, pessoa a pessoa. Só nos últimos anos, em função da multiplicação das metrópoles, perdeu-se aquele relacionamento um a um, que sempre foi fundamental na conquista e retenção do cliente (CYGLER, 1997).

Em função disso, as empresas perceberam o quanto é importante criar um banco de dados de clientes e também de clientes potenciais.

O Database Marketing foi criado no final da década de 70 e tem como principal função realizar ações que promovam a satisfação de seus clientes, baseado nas informações armazenadas em banco de dados.

Para uma boa administração, é preciso um "cérebro completo", ou seja, a inteligência do homem mais a memória do banco de dados. O banco de dados é memória onde se guarda tudo o que o que for possível e importante sobre clientes e, em muitos casos, também sobre "prospects", para que possamos ter relações rentáveis com eles (SHEPARD, 1993).

O homem inteligente é aquele que sabe analisar e aproveitar bem os dados acumulados transformando-os em informações; aquele que sabe avaliar e aproveitar bem os dados internos relacionando-os entre si ou com dados externos, para descobrir oportunidades de satisfazer os consumidores e clientes, do modo mais lucrativo possível para a empresa. Segundo SHEPARD (1993), o database marketing é um processo de marketing orientado pela informação e gerenciado pela tecnologia de banco de dados, o que permite aos profissionais de marketing, desenvolverem e implementarem programas e estratégias personalizadas.

Os dados para a construção do database marketing são obtidos através de dados de observação do comportamento do cliente, dados de pesquisa primária (dados fornecidos diretamente pelos indivíduos a respeito de si mesmos) e, dados de pesquisa secundária (dados adquiridos de terceiros sobre clientes e “prospects”).

Os dados primários geralmente são obtidos por meio de pesquisas, entrevistas, grupos de foco ou outras interações diretas com indivíduos. Os dados primários consistem em dois tipos principais: dados demográficos a nível individual, como idade, renda e valor da casa; dados comportamentais e de atitude.

Baseado nesses dados, o database marketing destina-se ao marketing para clientes e marketing para não-clientes.

Marketing para clientes é aquele em que se mantém um relacionamento estreito com os clientes, oferecendo a eles serviços especiais e reconhecimento, resultando em fidelidade crescente e aumento de vendas.

Marketing para não-clientes é aquele em que se utiliza o conhecimento desenvolvido no banco de dados de clientes, para compreender as motivações do consumidor, levando à identificação de “prospects” parecidos com os clientes mais lucrativos da carteira, resultando na expansão da base de consumidores com custos decrescentes (HUGHES, 1998).

Database Marketing é uma forma de utilizar as informações internas e externas para refinar seu mercado alvo, desenvolver planos de vendas inteligentes e criar mensagens de vendas e de marketing que sejam relevantes.

Adicionalmente, o database marketing fornecerá a base para determinar o Life Time Value (valor do tempo de vida) de um cliente e construir fortes programas de fidelização.

Database Marketing envolve os seguintes elementos: administração de um sistema de bancos de dados relacional computadorizado, dados relevantes em tempo real, abrangentes e atualizados dos clientes, consultas, perspectivas e suposições (um

termo de marketing para aquelas pessoas cujas características atingem as dos consumidores) para identificar os consumidores mais propensos a reagir favoravelmente com a finalidade de desenvolver um relacionamento a longo prazo de alta qualidade de negócios repetidos, através do desenvolvimento de modelos de previsão que permitam enviar as mensagens na hora certa, da forma certa, às pessoas certas - tudo isso como resultado de agradar os clientes, aumentando a taxa de resposta por real/euro investido, diminuindo os custos por ordem de compra, construindo o negócio e aumentando os lucros.

COOKE (1994), diz que o database marketing pode ser utilizado como estratégia ou como filosofia de marketing da empresa.

No caso da utilização estratégica, o banco de dados é o ponto central das atividades de marketing da empresa, envolvendo a customização, ou seja, o serviço de atendimento ao consumidor, a qualidade orientada para o consumidor e o foco no consumidor, são as estratégias de negócio da empresa. A utilização como ferramenta tática, permite o isolamento de grupos de consumidores, análise de seus perfis e promoções segmentadas, diretamente dirigida a eles; é normalmente utilizado por empresas que não atingiram o estágio da abordagem estratégica, permite a identificação de segmentos lucrativos. No caso do Neurocárdio, por exemplo, permite identificar se posso focar meu negócio nas áreas de cardiologia e de neurologia ou se adiciono valor agregado abrangendo todas as outras áreas da medicina.

É importante perceber que o database marketing não é só um cadastro de nomes, mas uma ferramenta capaz de gerar alguma forma de contato, estreitamento de laços entre pessoas, entre outras funções.

Estrategicamente, o novo marketing direto tem como premissa que nem todos os clientes são iguais e que, por meio da coleta, manutenção e análise detalhada de informações de clientes e "prospects", os comerciantes podem identificar segmentos chave do mercado e otimizar o processo de planejamento, preço, promoção e consumação de um intercâmbio entre vendedores e compradores que satisfaça os objetivos tanto de indivíduos quanto de organizações.

O database marketing não é apenas um modo de aumentar os lucros pela redução de custos e pela venda de mais produtos e serviços, embora isso seja, e deva ser, um dos objetivos. É um instrumento que oferece à administração informação sobre o cliente. Essa informação é utilizada de várias maneiras para aumentar a retenção do cliente e os índices de aquisição - a essência estratégica de negócios (HUGHES, 1998).

Para HUGHES (1998), o database marketing é um modo de fazer felizes os clientes: de oferecer a eles reconhecimento, serviço, amizade e informação pelos quais, em troca, eles o recompensam com fidelidade, redução de cancelamentos e aumento na utilização dos serviços hospitalares.

Alguns desses benefícios serão listados a seguir, relacionando-os com um hospital:

Mala-direta aos consumidores: a mala-direta pode ser enviada para todos os clientes registrados, ou pode ser enviada conforme perfil, de acordo com o que se quer dizer ou divulgar, visando atingir de forma personalizada e buscando direcionar a atividade ao público que a deseja. Esse mesmo método pode ser aplicado a mensagens do tipo "A medicina preventiva está associada ao seu bem-estar e ao equilíbrio do corpo nos aspectos ligados ao psicológico, físico e motor, logo a uma qualidade de vida saudável - venha fazer seu check-up no Neurocárdio. Nós cuidamos de você".

Estreitamento do relacionamento com o consumidor: os dados são utilizados para saber quem é o cliente, seu perfil, qual o serviço que ele deseja, etc.

Avaliação das respostas à promoção e propaganda: baseado no registro dos dados tem-se melhor noção de como avaliar uma ação estratégica e como definir ações pró-ativas.

Customização de ofertas: o banco de dados deve fornecer dados necessários para que se possa customizar a prestação de serviços.

Melhora do serviço de atendimento: o registro de dados fornece elementos para que se possa analisar quais os pontos a serem melhorados no hospital.

Identificação de nichos de mercado: diante das pesquisas e do registro primário, podem-se observar “nichos de mercado” e valer-se dessas informações para investir nesse nicho, o que levaria a uma minimização de risco de investimento.

Criação de barreiras para a concorrência: se é possível saber, através do banco de dados, o que os clientes necessitam e desejam, se estão sendo supridas as suas necessidades e desejos, propiciando a fidelização do cliente no Hospital.

Redução de custos de marketing: o database marketing proporciona a possibilidade de realizar o marketing direto, sem tentativas de utilização de outras ferramentas de marketing, que poderão ser em vão ou dirigidas a pessoas erradas.

5.2 Estratégia de monitoramento e fidelização dos utentes hospitalares

5.2.1 Estratégia de monitoramento

O monitoramento pode ser conceituado como o levantamento de informações provenientes do ambiente com o qual a organização interage. É um recurso estratégico de grande importância, à medida que permite à empresa definir a direção a ser seguida, o mercado-foco de atuação, o modo com a empresa deve se relacionar com o mercado, os desejos dos clientes, as ações da concorrência, as restrições impostas pelos governos, bem como as pressões da sociedade, entre outras. Esse tipo de informação é o insumo do processo de planejamento estratégico e a base para a definição da estratégia de negócio dos objetivos empresariais e das políticas e diretrizes a serem seguidas. Zacarelli (1996) considera que uma organização deve:

- fazer a monitorização da estratégia competitiva, isto é, deve ocupar-se da busca e seleção de informações, geralmente não espontâneas, referentes às ações e reações dos concorrentes no que concerne aos assuntos pertinentes às estratégias competitivas. O objetivo da estratégia competitiva é obter vantagem em relação aos

concorrentes. É qualquer característica do produto ou serviço da empresa que os clientes reconhecem como um diferenciador positivo em relação a outras empresas do mesmo ramo, e por isso, são atraídos para comprar da empresa.

- fazer a monitorização da estratégia de posicionamento, isto é, a busca e a seleção de informações, geralmente não espontâneas, referentes às ações e reações dos concorrentes no que concerne aos assuntos pertinentes às subestratégias (SE) de posicionamento. A estratégia de posicionamento tem por objetivo a busca de qualquer diferença na atuação na cadeia de valor que resulte em maior participação na distribuição do valor adicionado pela cadeia de valor. Em outras palavras: estratégia de posicionamento é a forma distinta, em relação aos concorrentes, de uma empresa ocupar determinado segmento de mercado, com o intuito de facilitar a vantagem competitiva.

- fazer a monitorização da qualidade do negócio, isto é, a busca e seleção de informações não espontâneas, referentes às ações e reações dos concorrentes no que concerne aos assuntos pertinentes à qualidade do negócio.

Porter (1991) identificou cinco forças determinantes, cuja atuação, em conjunto, resulta em uma mesma base para o nível de lucratividade (baixa, média ou alta) das empresas no negócio. Um negócio ideal seria aquele que apresentasse: altas barreiras para a entrada; inexistência de barreiras para a saída; pequeno grau de rivalidade; inexistência de produtos substitutos e poder de negociação maior que os clientes e fornecedores. O objetivo da análise é conhecer quais são os componentes do sucesso ou insucesso do próprio negócio e para todos os concorrentes.

Importante observar que enquanto na estratégia de posicionamento os termos dominantes são negócio e concorrentes, na estratégia competitiva são mercado e consumidores.

5.2.2 Fidelização do Cliente

Pode parecer óbvio afirmar que atender às necessidades dos clientes é a parte essencial da excelência do atendimento ao cliente. Certamente tudo gira em torno

desse fator: somente irá existir interação se fornecermos algo de que o cliente precise. Ele só irá procurar o Hospital porque necessita verificar se o seu corpo goza de boa saúde. As necessidades mínimas são a parte óbvia ou, pelo menos, deveriam ser. Entretanto, há espaço para discussão sobre essa questão: não esperar muito no consultório de um médico deveria fazer parte da necessidade mínima. O que seria um tempo de espera “razoável” do paciente?

Peters & Watterman¹, classificaram “ficar próximo ao cliente” como um dos principais atributos que distinguem empresas inovadoras e excelentes: “essas empresas aprendem com as pessoas que atendem. Elas oferecem qualidade, atendimento e confiabilidade incomparáveis. Todos participam”.

Muitas iniciativas referentes ao atendimento ao cliente começam com grande entusiasmo, envolvendo formulações filosóficas e declarações de princípios, programas de treinamento e novos sistemas e procedimentos – estes últimos muitas vezes ligados à tentativa da empresa atingir padrões ISO9000, 14000, etc. Entretanto, hoje aceita-se amplamente o fato de que o caminho para a excelência organizacional não é alcançado por iniciativas isoladas, mas consiste em um processo contínuo de aperfeiçoamento. Quando se trata de atendimento ao cliente, o Hospital deve envolver o esforço constante de cada indivíduo para melhorar os serviços e a conseqüente qualidade do serviço envolvido.

Na pesquisa feita no NEUROCÁRDIO, a assertiva do diferencial estratégico, na visão dos clientes, está na infra-estrutura que o Hospital proporciona, sua localização, o corpo dos profissionais de saúde com equipe multidisciplinar, melhor serviço de urgência na região, denotando confiança e credibilidade.

1 Peters. T.J e Watterman, R.H., Jr. In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. New York, Harper & Row, 1982

6. PRÁTICAS DE GESTÃO – COMPLEXIDADE DAS ORGANIZAÇÕES

Aqueles que observam, mesmo que a distância, aquilo que ocorre no mundo das organizações, não podem deixar de perceber o fato de que, enquanto algumas organizações são bem-sucedidas, outras simplesmente encolhem ou desaparecem, mesmo que após bons períodos de sucesso. No caso brasileiro, são conhecidos diversos hospitais e planos de saúde, que assumiram posição de destaque nesse segmento e em função da má gestão, ruíram.

Para saber um pouco a respeito das práticas de gestão que estão sendo utilizadas pelas organizações, será interessante trabalhar com uma pesquisa publicada pela revista HSM Management (2001), que trata desse assunto. Na tabela a seguir, estão listadas as 10 práticas de gestão mais utilizadas no mundo e no Brasil e o percentual das organizações pesquisadas que declararam utilizá-las.

Descrição	Mundo		BRASIL	
	2000	2001	2000	2001
Práxis de Gestão				
1-Planejamento estratégico	76%	86%	89%	91%
2-Missão/visão	70%	78%	70%	74%
3-Bechmarking	69%	80%	78%	83%
4-Terceirização	63%	71%	62%	65%
5-Aferição da satisfação do cliente	60%	78%	68%	84%
6-Estratégias de crescimento	55%	74%	55%	70%
7-Alianças estratégicas	53%	70%	50%	66%
8-Remuneração por desempenho	52%	70%	61%	77%
9-Segmentação de clientes	51%	68%	70%	80%
10-Competências essenciais	48%	65%	32%	49%

7. ESTUDO DE CASO

O NEUROCÁRDIO é um Hospital de médio porte, fundado em 01/02/1983, instalado na cidade de Petrolina, estado de Pernambuco, Brasil.

Há 22 anos, por iniciativa de um grupo de médicos visionários, o Hospital NEUROCÁRDIO foi fundado. Ao longo destas duas décadas, solidificou uma base de alta tecnologia e conhecimento científico em saúde. Seu corpo clínico cresceu e hoje é formado por profissionais de todas as áreas de saúde, inclusive a odontológica. Em busca de um crescimento sustentado, se associou a grandes serviços como o CDI Tomografia e Ressonância, CEDILA Laboratório 24hs, CHIP – Hemodinâmica, entre outros. Saiu de modestos 16 leitos para uma estrutura de três andares e 60 leitos, contando com um Centro Cirúrgico de 5 salas e UTI com 12 leitos. Junto a este novo empreendimento, buscou capilarizar suas ações, construindo um Centro Médico, com estrutura de 10 andares, mais de 50 salas para atendimento médico por consulta, anexo ao Hospital, consolidando assim como hospital-referência não só na cidade de Petrolina, como também, em todo o vale do São Francisco (região como é conhecida Petrolina, no estado de Pernambuco, Juazeiro, no estado da Bahia e cidades circunvizinhas).

Hoje, com o NEUROCÁRDIO, a região do sub-médio São Francisco dispõe de todas as condições para atendimento aos pacientes que procuram um serviço de saúde à altura e com qualidade. Por todo esse investimento, o Hospital tem padrão A (na classificação dos hospitais brasileiros) quanto ao padrão tecnológico, médico e estrutural.

Como toda grande empresa responsável e comprometida com a questão social, o Hospital está implantando o projeto NEUROCÁRIO SOCIAL, através da Fundação NEUROCÁRDIO, que consiste na assistência de saúde gratuita, voltada para a comunidade carente da região, apoio a famílias carentes com filhos portadores das patologias de maior complexidade (Síndrome de Down, por exemplo) palestras educativas com estudantes e associações de moradores.

Por ser um Hospital que atua no ramo privado, concentra sua práxis de gestão em um sistema de liderança, baseado na cultura da excelência, na análise crítica de desempenho, na formulação de planos e estratégias, na imagem e no conhecimento do mercado, no relacionamento direto com seus clientes (pacientes), na responsabilidade sócio-ambiental, na ética e no desenvolvimento social, na gestão das informações, no capital intelectual das pessoas envolvidas, no avanço tecnológico e nos processos inerentes aos resultados desejados.

DESCRIÇÃO DO HOSPITAL NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O NEUROCÁRDIO está inserido na denominação de Hospital Privado, padrão Classe A estabelecido pelo *ranking* da Associação Nordestina dos Hospitais (ANH), com registro brasileiro na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o nº 2430118.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Quanto aos aspectos demográficos e sociais, o Hospital se caracteriza pelo atendimento a uma parcela da população que se situa na faixa dos 19 aos 54 anos, maioria do sexo feminino e residente na região, boa escolaridade e que procura o Hospital em busca de um serviço de qualidade, especialmente no ramo da cardiologia e da neurologia. A seguir, alguns dados demográficos do município de Petrolina, onde o Hospital está inserido:

DADOS DEMOGRÁFICOS DO MUNICÍPIO DE PETROLINA

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2005

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0a4anosnãodetalhado			
Menor1ano	2.991	2.835	5.826
1a4anos	11.850	11.292	23.142
5a9anos	13.989	13.539	27.528
10a14anos	14.266	14.045	28.311
15a19anos	13.744	14.733	28.477
20a29anos	24.581	26.442	51.023
30a39anos	17.664	19.365	37.029
40a49anos	10.977	12.079	23.056
50a59anos	7.329	7.630	14.959
60a69anos	3.737	4.414	8.151
70a79anos	1.807	2.364	4.171
80anosemais	822	1.193	2.015
Idadeignorada			
Total	123.757	129.931	253.688

Fonte: IBGE, Censo e Estimativas

Pirâmide Etária	M	F
70 a 79	822	1193
60 a 69	1807	2364
50 a 59	7329	7630
40 a 49	10977	12079
30 a 39	17664	19365
20 a 29	24581	26442
10 a 19	28010	28778
0 a 9	28830	27666

Percentual da População
M-Masculino F-Feminino

População Residente por Ano

Ano	População	Método
2006		Estimativa
2005	253.688	Estimativa
2004	241.283	Estimativa
2003	235.821	Estimativa
2002	230.342	Estimativa
2001	225.199	Estimativa
2000	218.538	Censo
1999	210.540	Estimativa
1998	204.471	Estimativa
1997	198.420	Estimativa
1996	191.238	Contagem populacional

Fonte: IBGE, Censo e Estimativas

Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000
5a9anos	30.1	43.1
10a14anos	76.7	87.9
15a19anos	85.9	92.8
20a29anos	80.9	90.0
30a39anos	74.3	84.1
40a49anos	62.9	78.0
50a59anos	56.3	66.7
60a69anos	44.7	58.5
70a79anos	33.0	48.3
80anosemais	-	36.1
Idadeignorada	-	-
Total	67.5	78.2

Fonte: IBGE, Censos Demográficos

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>

CARACTERIZAÇÃO DO CORPO MÉDICO

O Hospital tem em seu corpo médico, diversas especialidades, entre elas: ANGIOLOGIA (CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA), ALERGOLOGIA, ANESTESIOLOGIA, BIOQUÍMICA, BUCO – MAXILAR, CARDIOLOGIA, CIRURGIA PEDIÁTRICA, CIRURGIA GERAL, CLÍNICA MÉDICA, DERMATOLOGIA CLÍNICO – CIRÚRGICA, ENDOCRINOLOGIA, FISIOTERAPIA, FONAUDIOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GERIATRIA, GINECOLOGIA, HEMATOLOGIA, INFECTOLOGIA, MASTOLOGIA, NEFROLOGIA, NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL, NUTRIÇÃO, ODONTOLOGIA, OFTAMOLOGIA, ONCOLOGIA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, PLÁSTICA ABDÔMEN – GERAL, PNEUMOLOGISTA, PSICÓLOGA, PSIQUIATRIA, RADIOLOGIA, RADIOTERAPIA, UROLOGIA (TRANSPLANTE RENAL).

POPULAÇÕES INQUIRIDAS

As populações inquiridas foram as seguintes: 42 pacientes e 11 médicos participaram diretamente da avaliação na relação médico X paciente.

DA PESQUISA

Na pesquisa foram identificados alguns fatores relevantes que nos permitem definir ações estratégicas de marketing na fidelização dos clientes do Hospital.

A pesquisa descritiva e aleatória efetuada nas dependências do Hospital, identificou os seguintes aspectos:

a) do paciente:

45,24 % dos pacientes têm entre 19 e 36 anos. 61,9% do universo de pacientes são do sexo feminino;

76,1% não acham dificuldade nenhuma em marcar consulta por telefone. Do total pesquisado 64,29% preferem ir diretamente ao Hospital para marcar uma consulta pessoalmente;

Quando perguntados se ocorre atraso no atendimento médico 52,3% disseram que “às vezes” e 30,9% responderam “sempre”, indicando que 83,2% não estão satisfeitos com o atraso no atendimento. Foi um dos pontos de maior queixa nas entrevistas qualitativas. O item pontualidade tem impacto negativo na relação médico-paciente;

No quesito que foi perguntado se a “informação transmitida pelo médico é facilmente entendida”, 83,3% disseram que SIM. O médico transmite com segurança e um linguajar de fácil entendimento às questões patológicas;

No entanto, observa-se ainda que mais da metade (52,3%) dos pacientes não tem acesso ao seu prontuário, dificultando o acompanhamento contínuo do seu histórico de saúde;

Em contra-partida, esses mesmos 52,3% de pacientes, seguem rigorosamente o que os médicos orientam nas consultas eletivas.

Quando o médico indica uma data para que o paciente retorne ao Hospital para avaliação do quadro encontrado na 1ª. consulta, somente 61,9% retornam “sempre” na data recomendada pelo médico, indicando que os outros 38,1% só retornam “às vezes”, sendo necessário, portanto, implementar uma ação de “lembança” ao paciente fazendo com que ele realmente compareça ao Hospital na data solicitada pelo médico;

Quando perguntado se o paciente dispunha do telefone do médico que o acompanha para uso em uma emergência, 61,9% afirmaram que “não sabiam do número do telefone do seu médico”. A cultura internalizada é de o paciente ligar para o Hospital para falar com o médico. O pessoal de recepção/telefonista se encarrega de localizar o médico e informá-lo que o paciente deseja falar com ele em função de uma emergência.

Quase metade (47,6%) dos pacientes faz uso intensivo da Internet. Identificamos, portanto, que se torna necessário a implantação de um portal Web, para que o paciente faça o acesso de seus dados diretamente por computador, estimulando a “proximidade” com seu médico através desse meio de comunicação e como ferramenta do marketing de relacionamento;

85,7% dos pacientes têm telefone móvel celular;

Numa avaliação geral, 71,4% (23,8% ótimo e 47,6% bom) dos pacientes aprovam os serviços do NEUROCÁRDIO, confirmando a referência que o Hospital detém na região.

b) do médico:

90,9% do corpo médico do NEUROCÁRDIO tem idade entre 19 e 54 anos, sendo 54,5% (entre 19 e 36) e 36,4% (entre 37 e 54 anos), indicando o que aponta a pesquisa qualitativa onde os pacientes afirmam que procuram o NEUROCÁRDIO em função do corpo de médicos existentes, que denotam vasta experiência e longo tempo como profissional na área médica. 63,6% são de sexo masculino;

Foi perguntado ao médico se ele “consegue recuperar a informação de um paciente atendido por ele em outra unidade de saúde”. 81,8% “não recupera a informação”. O paciente deve informar sua queixa naquele momento. Portanto, verificou-se uma fragmentação de informação de um mesmo paciente, em função das unidades de saúde não estarem integradas ou mesmo não possuir nenhum mecanismo de captura imediata da informação do paciente.

Na análise a respeito do registro do prontuário pelo médico conforme determina a Resolução do Conselho Federal de Medicina, somente 63,6% afirmaram registrar adequadamente a informação do paciente no prontuário. 36,4% desconheciam a resolução do CFM.

72,7% afirmaram que “há dificuldade no entendimento da letra do médico no prontuário do paciente”.

54,6% afirmaram que o prontuário eletrônico que está sendo implantado, ainda NÃO ESTÁ facilitando o fluxo e a diminuição da repetição da informação, mas que será uma tendência após a uniformidade dos processos.

Foi perguntado se o hospital dá acesso à informação em relação ao estoque existente do medicamento a ser prescrito para paciente internado no momento da escrita no prontuário. 54,5% afirmaram ter acesso, em modo "off-line" ou perguntando diretamente na farmácia central do Hospital.

90,9% dos médicos do Hospital têm telefone móvel celular e utilizam a Internet de modo intensivo.

63,6% dos médicos aprovam o NEUROCÁRDIO como um bom serviço em saúde. Relataram que a infra-estrutura, a relação humana e a excelência do serviço no tocante às especialidades e exames fazem o diferencial estratégico do Hospital.

8. RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

Ao possibilitar uma visão do atual estado da arte da Internet, de tecnologias Wi-Fi Móvel e dos aspectos relacionados à nova rota na relação médico-paciente, o trabalho desperta no pesquisador a necessidade de proposição de alguns contributos desejáveis para a modernização dos processos na gestão da informação:

- O NEUROCÁRDIO deve integrar totalmente sua base de dados, através de servidores de aplicação e software de gestão ERP (*Enterprise Resource Planning*), proporcionando ao Hospital uma base única, sólida e consistente;
- O Hospital deve preparar-se para o uso intensivo de “messages” via Wi-Fi Móvel, no intuito de promover uma adequada gestão da informação na relação médico-paciente. Como 85,7% dos pacientes tem telefonia móvel celular está sendo recomendado ao NEUROCÁRDIO agregar via software por ERP, módulo especialista que irá “disparar” automaticamente para o paciente a data de retorno de sua consulta (já que 38,1% retornam às vezes na data indicada pelo médico), baseado no que foi registrado no prontuário eletrônico do paciente;
- Com a proposição de implantação da tecnologia Wi-Fi Móvel/ERP, “disparar” informações para o médico do tipo a) início de sua agenda de consultas, b) horário da próxima cirurgia, c) paciente em emergência solicita presença do médico, entre outras;
- Disponibilizar através do portal (www.hospitalneurocardio.com.br) – em desenvolvimento – todo o prontuário eletrônico do paciente que poderá acessar o seu conteúdo via Web, através de login’s;
- Associar o ERP a um database marketing.

A modernização dos processos passa obrigatoriamente por investimentos maciços em tecnologia da informação, como algumas propostas elencadas.

Com isso, concluímos que a verdadeira fidelização se dará através dos mecanismos de atendimento ao paciente, onde ele relacione que o serviço hospitalar trará a real tranquilidade ao seu bem-estar.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1 BIBLIOGRAFIA GERAL

SCARPI, Jorge Marinho, *Gestão de Clínicas Médicas*. São Paulo: Futura, 2004.

9.2 BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

KOTLER, Philip, *Princípios de Marketing*. Rio de Janeiro: LTC, Livros Técnicos e Científicos Editora S/A, 1993.

KOTLER, Philip – *O Marketing das Nações* – São Paulo: Futura, 1977.

DEMING, Edwards – *Gestão da Qualidade* – São Paulo: Makron Books, 1998

OBEID, R.C.L – *Satisfação dos pacientes do Serviço Único de Saúde – USP – São Paulo: 2003:1.*

FESTA, J.V – *Pesquisa de satisfação: uma ferramenta para a clínica oftalmológica. Tese de Mestrado em Administração da Prática Oftalmológica. Universidade Federal de São Paulo, 2003.*

ARRUDA JR. – *Pontualidade no atendimento e o impacto na relação médico-paciente em hospital especializado. Universidade Federal de São Paulo, 2003.*

EDIÇÃO SEBRAE – *Guia passo a passo – Metodologia para o desenvolvimento dos casos de sucesso do SEBRAE (Serviço Brasileiro de Apoio a Pequena e Média Empresa). Brasília,DF, 2003.*

MARCONI, Marina & LAKATOS, Eva – *Técnicas de Pesquisa, Editora Atlas, 2002.*

TURBAN & McLEAN – *Tecnologia da Informação para Gestão, Bookman, 2004.*

GONÇALVES, Carlos & MEIRELLES, Anthero – *Projetos e Relatórios de Pesquisa*

em Administração, Editora Atlas, 2004.

TURATO, Egberto – Tratado da metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa, Editora Vozes, 2003.

QUEIRÓZ Júlio Arantes Sanderson de & SILVA Alcino Lázaro, Temas de Ética Médica – São Paulo: ATLAS, 2003

LÓPEZ, Mário. Fundamentos da Clínica Médica; a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: Medsin Editora Médica e Científica, 1997.

Peters. T.J e Watterman, R.H,Jr. In search of excellence: Lessons from America´s best-run companies. Nova Iorque, Harper & Row, 1982

GLOSSÁRIO I – INTERNET

Browser – Programa que permite a “navegação” na internet através de páginas (sites).

Bug's – Erros encontrados em programas-fonte.

Crackers - Indivíduo que faz todo o possível e o impossível para entrar num sistema informático alheio, quebrando sistemas de segurança, para assim poder causar danos.

Criptografia – mecanismo de embaralhamento de informações para que não haja a quebra de dados sigilosos. Geralmente é feita através de programas que usam algoritmos por códigos binários.

E-mails – correio eletrônico – mecanismo utilizado comumente com recurso de internet para envio de mensagens.

Encriptação – o mesmo que criptografia.

Firewalls – equipamentos e programas de proteção contra vírus maliciosos, acessos indesejados e inibição de ataques a sistemas de informações.

Internet – Rede mundial de computadores.

Intranet – Rede interna que conecta uma mesma empresa remotamente ou à distância.

Logoff – encerramento do acesso de usuários em um sistema através de nomes e senhas de acesso pré-definidas.

MóBILE – Recurso tecnológico que permite a mobilidade, o deslocamento da informação sem perda conectividade e operabilidade, com níveis de segurança.

On-line – Em linha. Sistemas que estão ativos, “no ar”.

Password – designação técnica para indicar senhas de acesso.

Rackers - Habitualmente (e erradamente) confundido com "cracker", um hacker é, pela última definição dada, um "Problem Solver" - aquele que resolve problemas.

Sites – Páginas de acesso usadas para encontrar as informações na internet

Vírus – Programas desenvolvidos para destruir estruturas de informações nas empresas, causando prejuízos imensuráveis.

GLOSSÁRIO II – DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA PARA CAPTURA DE DADOS

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de mestrado a respeito da fidelização do paciente e a melhoria contínua da relação com seu médico. Solicitamos o preenchimento deste questionário. Não é necessário se identificar. Grato.

INFORME EM QUAL FAIXA ESTÁ A SUA IDADE? SEXO Você?

0 - 18
 19 - 36 M Paciente
 37 - 54 F Responsável
 55 - 72
 73 ou +

1) EXISTE DIFICULDADE EM MARCAR UMA CONSULTA POR TELEFONE?

SIM NÃO

2) GOSTA MAIS DE MARCAR A CONSULTA PESSOALMENTE?

SIM NÃO

3) OCORRE ATRASO NO ATENDIMENTO MÉDICO

SEMPRE
 NUNCA
 ÀS VEZES
 NÃO SEI

4) A INFORMAÇÃO TRANSMITIDA PELO MÉDICO É ENTENDIDA FACILMENTE?

SIM NÃO

5) TEM ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DO SEU PRONTUÁRIO? SIM NÃO

6) SEGUE RIGOROSAMENTE O QUE O MÉDICO ORIENTA NA CONSULTA?

SEMPRE ÀS VEZES SÓ QUANDO LEMBRO NUNCA

7) RETORNA NA DATA DETERMINADA PELO MÉDICO?

SEMPRE ÀS VEZES SÓ QUANDO LEMBRO NUNCA

8) TEM O TELEFONE DO SEU MÉDICO PARA USO EM EMERGÊNCIA?

SIM NÃO

9) FAZ USO DA INTERNET?

SIM NÃO

10) TEM TELEFONE CELULAR?

SIM NÃO

11) NUMA AVALIAÇÃO GERAL, O SERVIÇO PRESTADO PELO NEUROCIÁRIO É:

ÓTIMO BOM REGULAR RUÍM PÉSSIMO NÃO SEI
continua...

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de mestrado a respeito da fidelização do paciente e a melhoria contínua da relação com seu médico. Solicitamos o preenchimento deste questionário. Não é necessário se identificar. Grato.

12) INDIQUE TRÊS PONTOS AQUI NO HOSPITAL QUE NA SUA VISÃO NECESSITAM DE MELHORIA:

a) _____

b) _____

c) _____

13) INDIQUE TRÊS PONTOS QUE NA SUA VISÃO FAZ COM QUE VOCÊ PROCURE OS SERVIÇOS DO NEUROCÁRDIO

a) _____

b) _____

c) _____

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de mestrado a respeito da fidelização do paciente com seu médico e do médico com o Hospital. Para ser aplicado exclusivamente junto ao corpo médico que atua no Neurocárdio. Não é necessário se identificar. Grato por colaborar com esta pesquisa.

INFORME EM QUAL FAIXA ESTÁ A SUA IDADE? SEXO

0 - 18

19 - 36

37 - 54

55 - 72

73 ou +

M

F

1) EXISTE PACIENTE QUE FOI ATENDIDO PELO(A) SR.(A) EM OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE. COMO É FEITO PARA RECUPERAR A INFORMAÇÃO (HISTÓRICO) DESSE PACIENTE?

NÃO RECUPERA. O PACIENTE DEVE INFORMAR SUA QUEIXA PRINCIPAL NAQUELE MOMENTO. REGISTRAMOS EM NOVO HISTÓRICO.

SOLICITO AO PESSOAL DE APOIO PARA BUSCAR SEU HISTÓRICO NA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE.

PROCURO ANOTAR EM NOVO HISTÓRICO E DEPOIS JUNTAR AO HISTÓRICO DA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE.

ACESSO O HISTÓRICO DO PACIENTE DA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE POR COMPUTADOR

2) O(A) SR.(A) FAZ O REGISTRO DA INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE CONFORME RESOLUÇÃO 1.638/02 DO CFM?

SIM

NÃO

DESCONHEÇO A RESOLUÇÃO

3) HÁ DIFICULDADE NO ENTENDIMENTO DA LETRA DO MÉDICO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE?

SIM

NÃO

4) O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO QUE ESTÁ SENDO IMPLANTADO, ESTÁ FACILITANDO O FLUXO E A DIMINUIÇÃO DA REPETIÇÃO DA INFORMAÇÃO?

SIM

NÃO

5) NA PRESCRIÇÃO DE UM MEDICAMENTO PARA PACIENTE INTERNADO (NO MOMENTO DA ESCRITA NO PRONTUÁRIO) O HOSPITAL DÁ ACESSO A INFORMAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESTOQUE EXISTENTE DO MEDICAMENTO A SER PRESCRITO?

SIM

NÃO

6) FAZ USO DA INTERNET?

SIM

NÃO

7) TEM TELEFONE CELULAR?

SIM

NÃO

continua...

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de mestrado a respeito da fidelização do paciente com seu médico e do médico com o Hospital. Para ser aplicado exclusivamente junto ao corpo médico que atua no Neurocárdio. Não é necessário se identificar. Grato por colaborar com esta pesquisa.

8) NUMA AVALIAÇÃO GERAL, O SERVIÇO DE APOIO PRESTADO PELO NEUROCÁRIO PARA O DESEMPENHO DA ATIVIDADE MÉDICA É:

[] ÓTIMO [] BOM [] REGULAR [] RUIM [] PÉSSIMO [] NÃO SEI

9) INDIQUE TRÊS PONTOS AQUI NO HOSPITAL QUE NA SUA VISÃO NECESSITAM DE MELHORIA:

a) _____

b) _____

c) _____

10) INDIQUE TRÊS PONTOS QUE NA SUA VISÃO O NEUROCÁRIO SE DIFERENCIA DOS OUTROS SERVIÇOS MÉDICOS NA REGIÃO.

a) _____

b) _____

c) _____

GLOSSÁRIO III – PESQUISA

PACIENTE

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS

TABULAÇÃO DA PESQUISA-PACIENTE

1) IDADE	QUANT.	%
0 A 18	2	4,76
19 A 36	19	45,24
37 A 54	16	38,10
55 A 72	4	9,52
73 ou +	1	2,38
TOTAL	42	100,00

2) SEXO	QUANT.	%
M	16	38,10
F	26	61,90
TOTAL	42	100,00

3) VOCÊ?	QUANT.	%
PACIENTE	30	71,43
RESPONSÁVEL	12	28,57
TOTAL	42	100,00

4) EXISTE DIFICULDADE EM MARCAR UMA CONSULTA POR TELEFONE?	QUANT.	%
SIM	10	23,81
NÃO	32	76,19
TOTAL	42	100,00

5) GOSTA MAIS DE MARCAR A CONSULTA PESSOALMENTE?	QUANT.	%
SIM	27	64,29
NÃO	15	35,71
TOTAL	42	100,00

6) OCORRE ATRASO NO ATENDIMENTO MÉDICO	QUANT.	%
SEMPRE	13	30,95
NUNCA	6	14,29
ÀS VEZES	22	52,38
NÃO SEI	1	2,38
TOTAL	42	100,00

7) A INFORMAÇÃO TRANSMITIDA PELO MÉDICO É ENTENDIDA?	QUANT.	%
SIM	35	83,33
NÃO	7	16,67
TOTAL	42	100,00

8) TEM ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DO SEU PRONTUÁRIO?	QUANT.	%
SIM	20	47,62
NÃO	22	52,38
TOTAL	42	100,00

9) SEGUE RIGOROSAMENTE O QUE O MÉDICO ORIENTA NA CONSULTA?	QUANT.	%
SEMPRE	22	52,38
ÀS VEZES	18	42,86
SÓ QUANDO LEMBRO	2	4,76
NUNCA	-	-
TOTAL	42	100,00

10) RETORNA NA DATA DETERMINADA PELO MÉDICO?	QUANT.	%
SEMPRE	26	61,90
ÀS VEZES	16	38,10
SÓ QUANDO LEMBRO	-	-
NUNCA	-	-
TOTAL	42	100,00

11) TEM O TELEFONE DO SEU MÉDICO PARA USO EM EMERGÊNCIA?	QUANT.	%
SIM	16	38,10
NÃO	26	61,90
TOTAL	42	100,00

12) FAZ USO DA INTERNET?	QUANT.	%
SIM	20	47,62
NÃO	22	52,38
TOTAL	42	100,00

13) TEM TELEFONE CELULAR?	QUANT.	%
SIM	36	85,71
NÃO	6	14,29
TOTAL	42	100,00

14) OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NEUROCÁRDIO:	QUANT.	%
ÓTIMO	10	23,81
BOM	20	47,62
REGULAR	11	26,19
RUIM		-
PÉSSIMO		-
NÃO SEI	1	2,38
TOTAL	42	100,00

GLOSSÁRIO III – PESQUISA MÉDICO

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS TABULAÇÃO DA PESQUISA-MÉDICOS

1) IDADE	QUANT.	%
0 A 18	0	-
19 A 36	6	54,55
37 A 54	4	36,36
55 A 72	1	9,09
73 ou +		-
TOTAL	11	100,00

2) SEXO	QUANT.	%
M	7	63,64
F	4	36,36
TOTAL	11	100,00

3) EXISTE PACIENTE QUE FOI ATENDIDO PELO(A) SR.(A) EM OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE COMO É FEITO PARA RECUPERAR A INFORMAÇÃO DO PACIENTE?	QUANT.	%
NÃO RECUPERA. O PACIENTE DEVE INFORMAR SUA QUEIXA PRINCIPAL NAQUELE MOMENTO	9	81,82
SOLICITO AO PESSOAL DE APOIO PARA BUSCAR SEU HISTÓRICO NA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	0	-
PROCURO ANOTAR EM NOVO HISTÓRICO E DEPOIS JUNTAR AO HISTÓRICO DA OUTRA UNIDADE	1	9,09
ACESSO O HISTÓRICO DO PACIENTE DE OUTRA UNIDADE DE SAÚDE POR COMPUTADOR	1	9,09
TOTAL	11	100,00

4) O(A) SR.(A). FAZ O REGISTRO DA INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE CONFORME A RESOLUÇÃO 1.638/02 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA?	QUANT.	%
SIM	7	63,64
NÃO	0	-
DESCONHEÇO A RESOLUÇÃO	4	36,36
TOTAL	11	100,00

5) HÁ DIFICULDADE NO ENTENDIMENTO DA LETRA DO MÉDICO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE?	QUANT.	%
SIM	8	72,73
NÃO	3	27,27
TOTAL	11	100,00

6) O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO QUE ESTÁ SENDO IMPLANTADO, ESTÁ FACILITANDO O FLUXO E A DIMINUIÇÃO DA REPETIÇÃO DA INFORMAÇÃO?	QUANT.	%
SIM	5	45,45
NÃO	6	54,55
TOTAL	11	100,00

7) NA PRESCRIÇÃO DE UM MEDICAMENTO PARA PACIENTE INTERNADO (NO MOMENTO DA ESCRITA NO PRONTUÁRIO) O HOSPITAL DÁ ACESSO A INFORMAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESTOQUE EXISTENTE DO MEDICAMENTO A SER PRESCRITO?	QUANT.	%
SIM	6	54,55
NÃO	5	45,45
TOTAL	11	100,00

8) FAZ USO DA INTERNET?	QUANT.	%
SIM	10	90,91
NÃO	1	9,09
TOTAL	11	100,00

9) TEM TELEFONE CELULAR?	QUANT.	%
SIM	10	90,91
NÃO	1	9,09
TOTAL	11	100,00

10) OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NEUROCÁRDIO:	QUANT.	%
ÓTIMO	0	-
BOM	7	63,64
REGULAR	2	18,18
RUIM	2	18,18
PÉSSIMO		-
NÃO SEI		-
TOTAL	11	100,00

LISTA DE ABREVIATURAS

AC – Autoridade Certificadora – Empresas públicas ou privadas no Brasil, que emitem Certificados de Autenticação, indicando que a informação é verdadeira.

AC-RAIZ – Autoridade Certificadora Raiz – Empresas públicas designadas pelo Governo Brasileiro (ex: Casa Civil da Presidência da República, Receita Federal, SERPRO, ITI, entre outras), para CERTIFICAR informações do próprio governo.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

DES – Data Encrypton Standard – Software para encriptação de dados.

ICP – Instituto de Chaves públicas – órgão regulador das chaves primárias e secundárias nas autenticações.

id – arquivos de guardas de nomes e senhas de usuários.

IP – Internet Protocol – Protocolo-padrão usado na Internet. Seria o código universal para cada computador conectado a WEB.

ITI - Instituto Nacional de Tecnologia da Informação – órgão regulador do Governo Brasileiro, vinculado ao Gabinete Civil da Presidência da República, Autoridade Certificadora da ICP-Brasil, encarregado de definir as diretrizes para Certificação e Autenticação de Chaves Públicas primárias e secundárias.

RECEITA FEDERAL – Órgão do Governo brasileiro ligado ao Ministério da Fazenda, encarregado de gerir a arrecadação no país.

SERPRO- Serviço Federal de Processamento de Dados, órgão do Governo Brasileiro encarregado de processar as informações para diversos órgãos do próprio Governo Federal.

TI – Tecnologia da Informação.

Web – termo reduzido usado para definir a rede mundial de computadores – a Internet – designação de Word Wide Web.

Wi-Fi – “Wireless Fidelity” – tecnologia móvel, sem fio, usando antenas específicas dentro de uma raio de ação, por ondas eletromagnéticas (microondas), base para a tecnologia móvel celular.

ANEXOS



RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

"Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

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

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

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

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
 - c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
 - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
 - e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

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

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

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

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral



RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002

Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

- I. **Integridade da Informação e Qualidade do Serviço** – O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.
- II. **Cópia de Segurança** – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de *back-up*

deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

- a. Documentação do processo de *backup/restore*;
 - b. As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
 - c. Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
 - d. Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
 - e. Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.
- I. Bancos de Dados – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:
- a. Compartilhamento dos dados;
 - b. Independência entre dados e programas;
 - c. Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;
 - d. Controle da estrutura física e lógica;
 - e. Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – *Standard Query Language*);
 - f. Funções de auditoria e recuperação dos dados.
- I. Privacidade e Confidencialidade – Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:
- a. Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;
 - b. A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;
 - c. A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;
 - d. Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;
 - e. Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.
- I. Autenticação – O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O

sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

- II. Auditoria – O sistema de informações deverá possuir registro (*log*) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:
 - a. A identificação dos usuários do sistema;
 - b. Datas e horários de entrada (*log-on*) e saída (*log-off*) no sistema;
 - c. Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;
 - d. Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;
 - e. Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.
 - f. Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.
- I. Transmissão de Dados – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.
- II. Certificação do *software* – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do *software* junto ao CFM, conforme especificado a seguir.
- III. Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.
 - a. Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento *scanner*;
 - b. Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
 - c. Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
 - d. Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
 - e. Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

1. Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
2. O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;

3. Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "*in loco*" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);
4. O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;
5. Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;
6. Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;
7. A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
8. A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.