UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TATIELE ESTEFÂNI SCHÖNHOLZER

Experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB

RIBEIRÃO PRETO

2020

TATIELE ESTEFÂNI SCHÖNHOLZER

Experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB

Tese apresentada para obtenção do título (dupla titulação), no âmbito do Convênio Acadêmico Internacional para Coorientação de tese de doutorado celebrado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela Facultad de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientadores:

Orientador do Brasil: Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Orientador do exterior: Profa. Dra. Maria del Pilar Serrano Gallardo

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Schönholzer, Tatiele Estefâni

Experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB. Ribeirão Preto, 2020.
107 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e
Facultad de Medicina/UAM. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

ppp Orientador do Brasil: Ione Carvalho Pinto

ppp Orientador do exterior: Maria del Pilar Serrano Gallardo

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Políticas de Saúde. 3. Sistema de informação em saúde.
4. Sistema Único de Saúde.

SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni

Experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB

Tese apresentada para obtenção do título (dupla titulação), no âmbito do Convênio Acadêmico Internacional para Coorientação de tese de doutorado celebrado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pela Facultad de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid.

Aprovado em / /

Orientador do Brasil/Presidente:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Orientador do exterior:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico esse trabalho à minha família, pois sempre me apoiaram e compreenderam os momentos de renúncia e de ausência. Os Dedico!

AGRADECIMENTOS

Desafio tão grande como o de escrever esta tese é tentar não deixar de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nestes anos de trajetória acadêmica.

Começo agradecendo à Deus, a essa força que me permitiu ser perseverante mesmo diante das inúmeras dificuldades.

Aos meus pais, Lucílda Schönholzer e Valdelírio Schönholzer, que além da vida me proporcionaram voar e sonhar mesmo que significasse renunciar a seus próprios sonhos.

Aos meus irmãos Tatiane e Oto Henrique Schönholzer por serem morada todas as vezes que volto para casa e, quando longe, pelo imenso apoio.

A minha família, cunhados, avós, tios, tias, sobrinho, primos e primas, cada um que à sua maneira torceu para que fosse possível chegar aqui.

Aos amigos que conheci na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Carolina Abreu, Eduardo Klöppel, Lucas Venturini, Kleber Campo, Gustavo Volpato, Juliana Zenaro, Luíza Rodrigues, Leide Vilela, Sâmia Machado por dividirem as conquistas e deixar mais leve a dor dos fracassos.

À Rosa Volpato, por ser uma luz em minha vida, irmã de alma e grande incentivadora dos meus sonhos e ao João Pedro Maia por ser um apoiador (“Eu sei que você está nervosa, mas você vai se dar bem.”), tradutor de inglês e me amparar nesses anos de doutorado.

Aos amigos de Ribeirão Preto que me acolheram em suas casas Aline Zanatta, Amanda Lima e Beatriz Magalhães.

Aos amigos de São Carlos, Jhonne Pedro, Nayane Godoy e Joelson da Rosa, por todo companheirismo e momentos compartilhados.

À Profa Dra. Paula Cristina Souto, minha orientadora de mestrado da UFMT por indicar o caminho da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e ao Prof. Dr. Ricardo Arcêncio por me abrir as portas e apresentar à profa. Ione.

A minha orientadora, Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, pela paciência, ensino, incentivo, apoio, por acreditar, me dar oportunidades e dividir os momentos profissionais e pessoais, se tornando amiga.

Ao Grupo de Altos Estudos de Avaliação de processos e práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem - GAAPS: Sara Barbosa, Sílvia Valente, Luciana Fabríz, Denise Ferro, Carolina Grigolato, Marina Tomazela, Brener Santos, Valéria Conceição e Francisco Pinto por todos os momentos compartilhado na sala 53 e 109, no restaurante universitário, videoconferências, reuniões e momentos de descontração.

À Fabiana Zacharias pela acolhida e por não medir esforços para me auxiliar durante os dias e madrugadas, inclusive em feriados e férias, nesses últimos quatro anos. Estendendo o meu obrigado à família da Fabiana, Sarah e Wolney, pela torcida e palavras de carinho.

Ao Rodrigo Gaete por todo aprendizado e debates a respeito do e-SUS AB, pelos momentos de escrita em documentos online e por dividir os momentos em Madrid junto com sua família.

Aos Profs. Drs. Ione Carvalho Pinto, Diene Monique Carlos, Giselle Dupas, Queli Lisiane, Maria das Graças Bomfim, Azucena Pedraz, Ana Palmar, Juan Zarco, e Maria del Pilar Serrano Gallardo por todo o suporte e ensinamentos quanto ao delineamento, análise e relatos de pesquisa qualitativa.

Ao Maurício Honório, por me proporcionar e dividir momentos maravilhosos e por ser amparo nos momentos de angústia e ansiedade.

A minha orientadora da Espanha, Profa. Dra. Maria del Pilar Serrano Gallardo pelos ensinamentos, apoio e momentos de lazer

quando estive em Madri e por ser grande apoiadora nesse último ano de doutorado.

*Aos amigos, **Julian e Tomí Alcon** pelo acolhimento, amizade e por me proporcionarem experiências únicas durante minha estadia em Madri, me fazendo sentir como se estivesse em minha própria casa.*

*Aos profissionais da **Gerencia Assistencial de Atención Primaria da comunidade de Madri** por compartilharem suas experiências com história clínica eletrônica.*

*Aos profissionais, professores da **Universidad Autónoma de Madrid** especialmente do **Programa de Pós-graduação Medicina y Cirugía** que me acompanharam durante o processo para a dupla titulação.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, especialmente ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, pelas oportunidades e pelo auxílio em todo o curso de Doutorado.*

*Ao **Departamento Regional de Saúde XIII- DRSXIII**, pelo incentivo e autorização à pesquisa.*

*Aos **participantes do meu estudo**, que possibilitaram a sua realização.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão de bolsa de Doutorado no Brasil (Edital de referência PROEX-0487) e Doutorado Sanduíche na Espanha (Edital nº 47/2017 - seleção 2018).*

*A **todos** que deixo de citar, os quais auxiliaram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.*

RESUMO

SCHONHOLZER, T.E. **Experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB.** 2020. 110 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Em 2013, foi instituída a Estratégia e-SUS Atenção Básica em resposta à reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica que não estava preparado para responder às necessidades da atenção primária à saúde. A Estratégia trouxe modificações nas organizações de saúde, com a introdução de novas tecnologias e, também, alterações quanto às formas de coleta, processamento e uso das informações no processo de cuidado, por meio de dois sistemas: Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (nível federal) e sistema e-SUS Atenção Básica (nível local). Com isso, neste estudo objetivou-se analisar as experiências dos profissionais da equipe de saúde quanto ao uso do sistema e-SUS Atenção Básica. Configura-se como pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em município do interior de São Paulo, com faixa populacional de 25 a 50 mil habitantes. Para a etapa de observação, os cenários observados foram Unidades Básicas de Saúde localizadas em áreas centrais e periféricas do município, que possuíam o sistema e-SUS Atenção Básica com prontuário eletrônico do cidadão implantado. Para a etapa de entrevistas, participaram do estudo profissionais atuantes nas unidades com experiência de, no mínimo, seis meses com o uso do sistema. O número de entrevistas foi determinado utilizando como critérios a repetição e saturação de dados e pelo menos dois profissionais de cada categoria profissional entrevistados. Foi utilizado roteiro semiestruturado e análise temática seguindo seis passos: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, investigação, revisão e definição dos temas e produção de relatório. Como resultados da observação os principais fatores que interferiram no processo de registro de dados foram o desconhecimento quanto à utilização do sistema, ausência de recursos materiais e manutenção de equipamentos. O tema central “Uso perverso do sistema”, oriundo das falas dos profissionais, é constituído de duas vertentes inter-relacionadas. A primeira é formada por experiências quanto ao uso do sistema: implantação obrigatória; falsa capacitação; aprendizagem colaborativa; restrição do uso; comunicação falha. A segunda é relacionada às características próprias do sistema: potencialidades e fragilidades do sistema e-SUS Atenção Básica. Os profissionais vivenciaram o uso restrito do sistema, iniciado com implantação conduzida sob a perspectiva de pressão institucional, bem como sentimentos de utilização do sistema apenas na produção de dados para o sistema nacional e o retrabalho no registro dos dados. Por outro lado, o novo sistema traz benefícios quanto à organização do trabalho, redução da sobrecarga de trabalho administrativo sobre o enfermeiro e criação de mecanismos de aprendizagem colaborativa. São importantes as experiências dos profissionais que utilizam o sistema, considerando serem eles os reais consumidores do processo, ao vivenciarem as questões de gestão no nível federal, municipal e de governabilidade de recursos. Dessa forma, as experiências compartilhadas também podem auxiliar os gestores e profissionais em medidas de implantação e uso mais assertivas para os municípios que ainda não experimentaram esse processo. A avaliação da implantação do sistema é uma necessidade emergente, pois pode contribuir para a melhoria de estratégias e políticas que visem alcançar a implantação do sistema em todo território brasileiro.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Políticas de Saúde; Sistema de informação em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SCHONHOLZER, T.E. **Experiences of professionals using the e-SUS AB system.** 2020. 110 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

In 2013, the Estratégia e-SUS Atenção Básica was instituted in response to the restructuring of the Sistema de Informação da Atenção Básica that was not prepared to respond to the needs of primary health care. The strategy brought changes in health organizations, with the introduction of new technologies and also changes in the ways of collecting, processing and use of information in the care process, through two systems: Sistema de Informação em Saúde da Atenção Primária (federal level) and e-SUS Atenção Básica system (local level). Thus, this study aimed to analyze the experiences of health team professionals regarding the use of the e-SUS Atenção Básica system. It is a research with a qualitative approach, carried out in a municipality in the interior of São Paulo, with a population of 25 to 50 thousand inhabitants. For the observation stage, the scenarios observed were Basic Health Units located in central and peripheral areas of the municipality, which had the e-SUS Atenção Básica system with electronic records of the citizen implanted. For the interview stage, professionals working in the units with experience of at least six months using the system participated in the study. The number of interviews was determined using as criteria the repetition and saturation of data and at least two professionals from each professional category were interviewed. Semi-structured script and thematic analysis were used following six steps: familiarization with the data, generation of initial codes, investigation, review, and definition of themes and report production. As a result of the observation, the main factors that interfered in the data recording process were lack of knowledge about the system utilization, lack of material resources and equipment maintenance. The central theme “Perverse use of the system”, derived from the professionals' statements, consists of two interrelated strands. The first consists of experiences with the use of the system: mandatory implementation; false training; collaborative learning; restriction of use; communication failure. The second relates to the characteristics of the system: potentialities and weaknesses of the e-SUS Atenção Básica system. Professionals experienced the restricted use of the system, initiated with implementation conducted from the perspective of institutional pressure, as well as feelings of using the system only in the production of data for the national system and rework in data recording. On the other hand, the new system has benefits in terms of work organization, reduction of administrative workload on nurses and the creation of collaborative learning mechanisms. The experiences of the professionals who use the system are important, considering that they are the real consumers of the process when experiencing the management issues at the federal, municipal and resource governability levels. Thus, shared experiences can also help managers and professionals in more assertive implementation and use measures for municipalities that have not yet experienced this process. The evaluation of the system implantation is an emerging necessity, as it can contribute to the improvement of strategies and policies that aim to achieve the system implantation in all Brazilian territory.

Key words: Primary Health Care. Health Policies. Health Information System. Unified Health System.

RESUMEN

SCHONHOLZER, T.E. Experiencias de profesionales que utilizan el sistema e-SUS AB. 2020. 110 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020

En 2013, la Estratégia e-SUS Atenção Básica se instituyó en respuesta a la reestructuración del Sistema de Informação da Atenção básica que no estaba preparado para responder a las necesidades de la atención primaria de salud. La estrategia trajo cambios en las organizaciones de salud, con la introducción de nuevas tecnologías y también cambios en las formas de recopilación, procesamiento y uso de la información en el proceso de atención, a través de dos sistemas: Sistema de información de atención primaria de salud (nivel federal) y el sistema e-SUS Atenção Básica (nivel local). Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias de los profesionales del equipo de salud con respecto al uso del sistema e-SUS Atenção Básica. Es una investigación con enfoque cualitativo, realizada en un municipio del interior de São Paulo, con una población de 25 a 50 mil habitantes. Para la etapa de observación, los escenarios observados fueron Unidades Básicas de Salud ubicadas en áreas centrales y periféricas del municipio, que tenían implantado el sistema e-SUS Atenção Básica con prontuário electrónico del ciudadano. Para la etapa de entrevista, participaron en el estudio profesionales que trabajan en las unidades con experiencia de al menos seis meses utilizando el sistema. El número de entrevistas se determinó utilizando como criterio la repetición y la saturación de datos y al menos dos profesionales de cada categoría profesional entrevistados. Se utilizaron guiones semiestructurados y análisis temáticos siguiendo seis pasos: familiarización con los datos, generación de códigos iniciales, investigación, revisión y definición de temas y producción de informes. Como resultado de la observación, los principales factores que interfirieron en el proceso de registro de datos fueron la falta de conocimiento sobre la utilización del sistema, la falta de recursos materiales y el mantenimiento del equipo. El tema central "Uso perverso del sistema", derivado de las declaraciones de los profesionales, consta de dos líneas interrelacionadas. El primero consiste en experiencias con el uso del sistema: implementación obligatoria; entrenamiento falso aprendizaje colaborativo; restricción de uso; La comunicación falló. El segundo está relacionado con las características del sistema: potencialidades y debilidades del sistema e-SUS Atenção Básica. Los profesionales experimentaron el uso restringido del sistema, iniciado con la implementación realizada desde la perspectiva de la presión institucional, así como la sensación de usar el sistema solo en la producción de datos para el sistema nacional y la reelaboración en el registro de datos. Por otro lado, el nuevo sistema tiene beneficios en términos de organización del trabajo, reducción de la carga administrativa de trabajo de las enfermeras y la creación de mecanismos de aprendizaje colaborativo. Las experiencias de los profesionales que utilizan el sistema son importantes, teniendo en cuenta que son los verdaderos consumidores del proceso, al experimentar los problemas de gestión a nivel federal, municipal y de gobernanza de recursos. Por lo tanto, las experiencias compartidas también pueden ayudar a los gerentes y profesionales en la implementación más asertiva y el uso de medidas para los municipios que aún no han experimentado este proceso. La evaluación de la implantación del sistema es una necesidad emergente, ya que puede contribuir a mejorar las estrategias y políticas que apuntan a lograr la implantación del sistema en todo el territorio brasileño.

Palabras-clave: Atención primaria de salud. Políticas de salud. Sistema de información de salud. Sistema único de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Municípios e população das sub-regiões do DRS XIII, 2019.....	46
Figura 2-	Síntese esquemática das etapas da pesquisa, São Paulo/Brasil, 2020.....	47
Figura 3-	Fluxo de registro nos setores das UBSs com acesso ao sistema e-SUS AB.	55
Figura 4-	Mapa Conceitual do Uso perverso do sistema.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Síntese dos dados extraídos dos artigos que trouxeram as experiências dos profissionais da APS com o PE.....	27
Quadro 2-	Participantes incluídos e excluídos do estudo referentes ao município do DRS XIII, São Paulo Brasil.....	50
Quadro 3	Notas de observação referente ao registro das informações no PEC e fatores que interferem no processo.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização dos participantes do estudo para as entrevistas.	65
-----------	---	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CIINFO	Comitê de Informação e Informática em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
PE	Prontuário Eletrônico
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIUBS	Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS	Programa Nacional de Informatização e Informática em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de informação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO DE ESTUDO.....	24
2.1 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CONTEXTO MUNDIAL.....	25
2.2 SISTEMA E-SUS AB COMO MUDANÇA DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	31
2.2.1 Informatização da Atenção Primária no Brasil.....	31
2.3 MUDANÇA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE	33
2.4 SISTEMA E-SUS AB.....	36
3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	39
4 OBJETIVOS.....	42
4.1 OBJETIVO GERAL.....	43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
5 MÉTODO.....	44
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	45
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	45
5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão dos municípios.....	46
5.3 ETAPAS DO ESTUDO.....	47
5.3.1 Etapa 1 – Observação e diário de campo.....	47
5.3.1.1 <i>Fonte de informação e coleta de dados.....</i>	47
5.3.2 Etapa 2 – Entrevistas.....	49
5.3.2.1 <i>Fonte de informação e coleta de dados.....</i>	49
5.3.2.2 <i>Participantes do estudo.....</i>	49
5.3.2.3 <i>Condução das entrevistas.....</i>	50
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	51
5.6 RIGOR E QUALIDADE DO ESTUDO.....	52
6 RESULTADOS.....	54
6.1 FLUXO E FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE REGISTRO	54
6.2 USO PERVERSO DO SISTEMA.....	63
7 DISCUSSÃO.....	79
8 CONCLUSÕES.....	88

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	101
ANEXOS.....	106

APRESENTAÇÃO

Sou filha de Valdelírio Schönholzer e Lucilda Salete Schönholzer, nascida no município de Canarana que se localiza no interior de Mato-Grosso. Meus pais, mesmo sem a oportunidade de concluir seus estudos de nível médio, nunca mediram esforços para que meus irmãos e eu tivéssemos tal oportunidade e outras mais. Minha trajetória acadêmica começou em 2010 quando iniciei meu curso de graduação em Bacharelado em Enfermagem, na Universidade Federal de Mato Grosso/Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA), na cidade de Barra do Garças- MT. Ainda no primeiro ano de faculdade fui convidada a participar de um projeto de pesquisa intitulado “O viver na mulher no climatério”; no qual fui bolsista CNPq de Iniciação Científica e desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso com abordagem qualitativa. Com o mesmo trabalho recebi menção honrosa na semana acadêmica em 2013, participei de eventos científicos e apresentação de trabalhos. Além disso, participei da organização da IV Semana de Enfermagem e de projetos de extensão e fui bolsista/ monitora de alunos na disciplina de Fundamentos de Enfermagem. Meu primeiro contato com o sistema de informação e-SUS foi durante o estágio supervisionado I (realizado na Atenção Primária) no distrito de Barra do Garças (Pontal do Araguaia). Me recordo que uma das intervenções a ser realizada na unidade de saúde era auxiliar a equipe a instalar e iniciar o uso do sistema de informação. No entanto devido a precariedade da qualidade do sinal de internet na região, por ausência de fibra ótica, não foi possível realizar tal intervenção. No meu mestrado busquei a área de pesquisa básica por gostar da área de imunologia aplicada e experimentar outros métodos de pesquisa, fui bolsista CAPES e desenvolvi minha dissertação na área de imunomodulação. Participei como representante discente do colegiado de curso, ajudei na elaboração e execução do I Workshop de Imunologia e Parasitologia do PPGIP no qual recebi menção honrosa pela apresentação de trabalho. Tive a oportunidade de participar novamente da semana científica do Araguaia, na condição de avaliadora e também participei de bancas de Trabalho de Conclusão de Curso. Por intermédio de minha orientadora de mestrado, em setembro de 2015 tive contato com o Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS) onde pude conhecer uma das linhas de pesquisa da minha atual orientadora, Profa Dra Ione Carvalho Pinto, que sugeriu a proposta de trabalhar em pesquisas relacionadas ao e-SUS. Fiquei motivada com a temática uma vez que os sistemas de informação em saúde implicam em todo um contexto tanto social, de equipes de saúde e usuários do sistema de saúde. Realizei a matrícula no doutorado em maio de 2016 e de lá até o momento, vim aprimorando meus conhecimentos quanto a metodologias, escrita científica, participação e organização de eventos. Me mudei para o estado de São Paulo e durante o primeiro ano de doutorado

intercalei as atividades de pós-graduanda com a experiência de lecionar em cursos técnicos de enfermagem. No terceiro ano, surgiu a oportunidade de realizar doutorado sanduíche com bolsa CAPES e uma dupla titulação por meio de convênio entre a Universidade de São Paulo com a Universidade Autônoma de Madrid sob coorientação das Profas Dras. Maria del Pilar Serrano Gallardo e Ione Carvalho Pinto. Não deixei essa oportunidade passar. Ainda em Madrid, participei de eventos, disciplinas de método e análise de dados qualitativos e estágio na Gerência Adjunta de Processos Assistenciais (GAPA), na Direção Técnica de Sistemas de Informação Sanitária (DTSIS). Foi possível conhecer as experiências dos profissionais da saúde e do apoio técnico com o prontuário eletrônico da atenção primária que foi implantado há 20 anos, além da participação dos processos gestores de capacitação e educação continuada dos profissionais. Quatro anos passam rápido, no entanto, nesse período o número de escolhas, renúncias, momentos felizes e outros nem tanto, foram incontáveis.

1.INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado e fundamentado pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade que o direciona para um modelo de saúde que busca garantir e atender as necessidades da população (BRASIL, 1990). Para adequada organização do SUS deve-se averiguar às necessidades da população brasileira, analisadas por aspectos demográficos e epidemiológicos, a partir de dados gerados por sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As informações são ferramentas importantes para dinamizar as atividades de vigilância em saúde, pois é o alicerce para uma gestão dos serviços a serem prestados aos usuários. As informações, se forem corretas, podem refletir a realidade e as necessidades de determinada comunidade, município, estado e país (BRASIL, 2005). No Brasil, o uso das informações está relacionado com a necessidade para se realizar a gestão do SUS, nos aspectos de vigilância em saúde, monitoramento de produção e repasse financeiro, podendo enfatizar a gestão administrativa distanciando-se muitas vezes das necessidades dos serviços de saúde (MOTA; CARVALHO, 2013).

Segundo Branco (1996), os sistemas de informação em saúde (SIS) têm o propósito de identificar os problemas em uma comunidade, sejam eles individuais ou coletivos, fornecendo dados para as análises da situação encontrada e posterior alternativa para corrigi-las. Assim, o SIS é utilizado como ferramenta para adquirir, organizar e analisar indicadores de saúde e avaliar a eficiência dos serviços prestados à população produzindo conhecimento sobre saúde. Além disso, é formado por uma estrutura hierárquica complementado por subsistemas, contendo informações epidemiológicas, econômicas, administrativas, sociodemográficas e características clínicas (MOTA; CARVALHO, 2013).

Para Alazraqui e colaboradores (2006), a produção de informações está ligada a um processo lógico de inter-relação entre os componentes Dados, Informação, Conhecimento, Comunicação e Ação (DICCA), que permite o profissional refletir e apropriar-se do seu processo de trabalho, podendo assim, mudar a realidade.

Até 2016 o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) era o sistema ligado as informações da atenção primária à saúde (APS), e foi repensado em um momento de renovação e reafirmação na atenção básica (AB) no país, pois tal sistema não estava preparado para dar as respostas às necessidades desse nível de atenção. Esse momento foi marcado pelo lançamento da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e pelo Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A estratégia não se limitava ao contexto da gestão federal e do sistema de informação nacional, mas relacionava-se

principalmente, ao cotidiano dos profissionais, aos problemas enfrentados e às informações necessárias para o cuidado dos indivíduos nos territórios (GAETE; LEITE, 2014).

Em 2013 foi instituído a Estratégia e-SUS AB que trouxe modificações nas organizações de saúde, com a introdução de novas tecnologias e também alterações quanto as formas de coleta, processamento e uso das informações no processo de cuidado para os usuários do SUS (BRASIL, 2013a). As mudanças na saúde são reconhecidas como importantes, no entanto, são acompanhadas de desafios devido à complexidade administrativa desse setor, e para que a implementação de qualquer mudança seja bem-sucedida é necessário que as organizações de saúde possuam condições para gerenciar esse processo.

A procura por avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde, disponibilizados pelo SUS para o atendimento da população, representa um desafio de grandes proporções em um país de dimensões continentais e que possui um sistema administrativo altamente descentralizado como o Brasil, tornando-se cada vez mais necessário desenvolver estudos que visem entender e avaliar, de forma reflexiva, as ações tomadas na conjuntura da saúde pública brasileira (BRASIL, 2007).

Esta tese está estruturada em oito capítulos a fim de facilitar a exposição do objeto de estudo proposto. Antes dos capítulos, há uma breve apresentação que destaca o percurso acadêmico/científico da pesquisadora.

Neste primeiro capítulo foram apresentados componentes que estimularam o desenvolvimento deste estudo, bem como a delimitação do objeto. O segundo capítulo, traz a contextualização do fenômeno de estudo. O terceiro e quarto capítulos, trazem respectivamente, a justificativa para a realização do estudo e os objetivos propostos.

No quinto capítulo está elucidado o método (compreendido desde o desenho do estudo até as considerações éticas necessárias para o seu desenvolvimento).

No sexto capítulo são apresentados os resultados decorrentes das etapas de observação e entrevistas. O sétimo capítulo traz a discussão referente aos dados apresentados, seguido das conclusões elucidadas no último capítulo da tese.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO DE ESTUDO

Neste capítulo, será apresentada a revisão a respeito do uso de prontuário eletrônico por profissionais da APS, o sistema e-SUS AB como mudança nas organizações de saúde, desde a informatização da APS à aspectos concernentes ao sistema e-SUS AB.

2.1 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO MUNDIAL

Ao longo da história, os registros dos atendimentos à pacientes passaram por distintas conformações e atualmente se apresentam como um documento que contém informações da assistência prestada permitindo a continuidade do cuidado segundo o CFM, por meio da Resolução nº 1.638/02. É caracterizado como um arquivo onde se guardam todas as informações do paciente desde características demográficas até notas e evolução clínica provenientes de cada encontro com o profissional de saúde, possibilitando um acervo longitudinal, com habilidade de gerar registros completos dos atendimentos, além de inserção de anotações e lembretes (OPAS, 2016).

O prontuário eletrônico (PE) vem com a proposta de substituir os registros em papel por dados informatizados para auxiliar em decisões baseadas em evidência (OPAS, 2016) uma vez que os registros em papel podem trazer alguns inconvenientes como ausência de padronização dos registros, anotações ilegíveis, extravio de informações, multiplicidade de arquivos, ambiguidade de informações, além de dificultar o acesso à pesquisa (PINTO, 2006).

Algumas vantagens do PE estão relacionadas ao acesso simultâneo e remoto; legibilidade; segurança de dados contra danos e perdas; confidencialidade dos dados; flexibilidade de layout; integração com outros sistemas de informação; captura automática dos dados; processamento contínuo; assistência a pesquisa; relatórios e dados atualizados. Referente às desvantagens têm-se a ausência de liberdade de estilo ao fazer relatórios, requer treino especial para manuseio e pode ser influenciado por problemas técnicos (MARIN, MASSAD, AZEVEDO 2004; CANEO, 2014).

A implantação de PE na APS já é uma realidade para alguns países e a avaliação desses sistemas apontam para alguns indicadores de barreiras e facilidades. No Canadá foi realizado um estudo evidenciando que as expectativas dos profissionais, tempo para implantação do sistema, treinamento dos usuários e os níveis prévios de conhecimento com computadores foi proporcional ao avanço do processo de implantação (TERRY et al., 2008). Em uma revisão sistemática realizada, mostra a experiência de adoção de PE na atenção

primária em sete países sendo que os fatores de risco para a implementação de sucesso do sistema foram o tempo, qualidade do cuidado, privacidade, satisfação do paciente, experiência prévia com o sistema, eficiência, ansiedade da equipe e aspectos financeiros. Os fatores que favoreceram a adoção foram a interação e perspectiva sociotécnicas com o ambiente de trabalho como liderança, gerenciamento de projeto, padronização e treinamento (LUDWICK; DOUCETTE, 2009). E outro estudo, os fatores determinantes para a adoção foram a vantagem relativa, a demonstração de resultado, a imagem e o resultado de uso (ZACHARIAS, 2019).

Foi realizada busca nas bases de dados Medline, Pubmed, Web of Science, Lilacs e Cinahl, com estratégias utilizando descritores controlados como “prontuário eletrônico”, “sistema de informação em saúde” e “atenção primária à saúde”. Foram encontrados na literatura 148 artigos, que após a exclusão dos duplicados (n=6) foram para a fase de seleção (n=142) artigos. Após a leitura por título e resumo foram excluídos (n=78) artigos sendo (n=64) elegidos para leitura na íntegra. Durante esta etapa foram excluídos (n=57) artigos que apesar de tratarem da temática de PE não evidenciavam a experiência dos profissionais sendo que ao final do processo foram incluídos sete (7) artigos que atendiam todos os critérios de inclusão. A respeito do panorama geral da porcentagem dos 148 artigos encontrados em cada base foram respectivamente: Medline (39%), PubMed (37%), Web of Science (23%), Lilacs (5%) e Cinahl (4%).

Após a extração dos dados foi verificado que as publicações foram nos seguintes países, respectivamente: Canadá (3), Finlândia (1), Austrália (1), África do Sul (1) e Brasil (1). Os participantes dos estudos foram em maioria enfermeiros e médicos seguidos de equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, sendo que as estratégias de coleta de dados utilizadas foram entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observações do campo. Foi verificado que os pesquisadores realizaram seus estudos em diversas fases do processo de implantação dos sistemas de informação, desde pré-implantação, adoção e uso e pós implantação.

Os dados foram agrupados segundo autor, ano e país, objetivos, materiais e métodos e resultados (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese dos dados extraídos dos artigos que trouxeram as experiências dos profissionais da APS com o PE.

Continua

Autor, Ano, País	Revista	Objetivos	Materiais e métodos	Resultados
Ghosh et al., 2016 (Austrália)	BMC Family Practice	Explorar as percepções e experiências da equipe na manutenção da precisão de dados do software de saúde do paciente na Atenção Primária.	Estudo qualitativo (n=25 médicos, enfermeiros e gestores). Os dados foram coletados por meio de grupo focal e análise temática.	Cinco temas emergiram a respeito do gerenciamento de dados dos PEs: Problemas de restrições de tempo; Falta de gerenciamento de dados; Importância do envolvimento multidisciplinar; Necessidade de incentivos para manutenção da qualidade dos dados e Barreiras.
Danonne 2011 (Canadá)	Family Medicine	Examinar os elementos do comportamento da equipe ao usar um PE após o período de implementação inicial	Estudo qualitativo descritivo (n=19). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e análises individuais e em equipe.	Emergiram cinco temas do comportamento da equipe ao usar PE, relacionados ao Desejo do uso; Variabilidade do uso; Solucionador de problemas; Progresso e Comunicação.
Greiver, 2011 (Canadá)	Canadian Family Physician	Aplicar a teoria da difusão de inovações aos fatores que os médicos da família percebem como influenciadores para a implementação de PE.	Estudo qualitativo (n=18 médicos) por meio de grupos focais, 18 meses após a implementação do PE.	Apresentou múltiplas barreiras de implementação de PE; Fatores positivos foram a presença de um solucionador de problemas e vantagens relativas para alguns processos.
O' Mahony et al., 2014 (África do Sul)	Curationis	Explorar o conhecimento, atitudes e percepções dos enfermeiros em relação à Tecnologia de Comunicação (TC), de modo a informar a futura implementação do PE.	Estudo qualitativo (n=26 enfermeiros e auxiliar de enfermagem). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, registradas. Usaram análise de conteúdo.	Benefícios do PE: menos erros, registros mais completos, relatórios mais fáceis e acesso à informação. Resolveu duplicação de dados, falta de arquivo, falta de registro cronológico do paciente, tempo excessivo na gravação e tempo reduzido para o atendimento ao paciente.

Autor, Ano, País	Revista	Objetivos	Materiais e métodos	Resultados
Terry et al., 2012 (Canadá)	JABFM	Explorar as experiências dos prestadores de cuidados de saúde primários que passaram pelo estágio de implementação do PE.	Foi utilizada uma abordagem qualitativa descritiva. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (n=19 médicos, enfermeiros e auxiliar administrativo). A análise de dados foi interativa e interpretativa.	Fatores que impediram o uso: Desafios com a tecnologia da informação como aprender a usar o PE e o computador, e variabilidade no uso do PE. Motivaram o uso contínuo: maior eficiência no atendimento ao paciente e confiança com computadores e softwares do PE.
Lammitakanena et al., 2010 (Finlândia)	Inte. J. Medic infor.	Descrever as percepções dos gestores de enfermagem sobre o uso de sistemas eletrônicos de informação em seu trabalho diário	Estudo qualitativo (n=48 enfermeiros) entrevista de grupo focal. Foi feito análise de conteúdo indutivo.	Categorias emergentes: Percepção dos gerentes de enfermagem sobre o uso de tecnologia da informação; Usabilidade dos sistemas de informação gerencial; Desenvolvimento de competências de pessoal e processos de trabalho.
Godoy et al., 2012 (Brasil)	J. Health Inform	Identificar a percepção de enfermeiros acerca da utilização do PE, na sua prática profissional em unidades de saúde.	Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa (n=6 enfermeiros). Dados foram obtidos por observação sistemática, entrevista semiestruturada submetidos à análise de conteúdo.	Entre as categorias identificadas encontram-se: Tecnologia e capacidade de suporte; Instrumento de trabalho do enfermeiro; Ferramenta de acesso à informação e Segurança de dados.

Fonte: construção da autora, (2019).

Conclusão

As tecnologias de informação estão cada vez mais inseridas na realidade dos profissionais que atuam na área da saúde, como proposta de auxiliar o trabalho e o cuidado em saúde. Entretanto, para que a ferramenta tecnológica seja utilizada de forma integral é necessário oferecer facilidades para quem a utiliza, de forma que o usuário do sistema possa manuseá-la em todo o seu potencial (LAMMITAKANENA, SARANTO, KIVINEN, 2010; MUYLDE, 2015).

A vantagem relativa percebida pelos usuários de uma tecnologia é um fator determinante para o uso da mesma. Foram evidenciadas vantagens na utilização do PE como a obtenção de registros de pacientes mais completos e em ordem cronológica, com menos erros e menos dados duplicados além da agilidade nos atendimentos ao paciente (TERRY,

2012; GODOY, 2012; O'MAHONY et al., 2014; GREIVER, 2014; GONZALES et al., 2017; SILVA et al., 2018; CAVALCANTE et al., 2018). Em contrapartida, a experiência com o uso de ferramentas tecnológicas esteve associada a melhor aceitação do PE (DENOMME et al., 2011; GREIVER, 2014). A aceitação da tecnologia é influenciada pela facilidade na manipulação das ferramentas tecnológicas (SANTOS; MARIN, 2018).

A instalação, adoção e o uso de tecnologias de informação, para serem bem-sucedidas, devem ser acompanhadas de capacitação da equipe. Nesse sentido alguns estudos evidenciaram aspectos como dificuldade ao utilizar a ferramenta, por inabilidade com computadores e ausência de nivelamento entre a equipe na utilização do software (DENOMME, 2011; TERRY et al., 2012; GOSH et al., 2016; SANTOS; MARIN, 2018). Esses aspectos foram mencionados por pessoas com mais idade e/ou que não tiveram contato prévio com tecnologias, corroborando com a ausência de habilidade em operar os sistemas de informação e a necessidade de pedirem auxílio para acessar funções básicas do sistema (GEFEN, 2003; CUCCINIELLO et al., 2015; LAHM, 2015).

Destinar um tempo para preparar as equipes com experimentação prévia do software pode amplificar o sucesso da implantação e aceitação da tecnologia (SILVA et al., 2018; SANTOS; MARIN, 2018). Durante esse processo também é importante, garantir a disponibilização de recursos materiais e estruturais suficientes para uma implantação integral, ou seja, todo o percurso deve estar ligado a uma logística de suporte que garanta sua eficiência (CARVALHO, 2010; CAVALCANTE et al., 2018). Além disso, a capacitação dos profissionais, para utilização de um sistema, é necessária para dar confiabilidade aos dados que estão sendo registrados, assim como, para melhor interpretação dos indicadores de saúde (CARRENO, 2015).

A implantação de tecnologias de informações vem acompanhada de estranheza e resistência pelos profissionais, pois é algo novo que está sendo inserido em sua rotina de trabalho, o que pode desenvolver sentimentos de incapacidade e de retrabalho (NASCIMENTO, 2014). Além disso, na tentativa de solucionar problemas com os sistemas de informação ou acionar o suporte técnico, alguns profissionais relataram sentimentos de aumento de carga de trabalho interferindo na aceitação da tecnologia. Nesses discursos houveram menção a interrupção de atendimentos à pacientes, causando descontinuidade do cuidado, podendo afetar o vínculo entre profissional-paciente que é uma característica primordial para o atendimento em saúde (GREIVER et al., 2011). Sendo assim, a aceitação ou rejeição de uma tecnologia está ligada a adequabilidade para o trabalho de seus usuários sendo que, tais aspectos podem acabar dificultando a adoção e tornando a tecnologia não

utilizada ou subutilizada pelos profissionais, podendo gerar informações não fidedignas ou incompletas (CAVALCANTE et al., 2018).

Na tentativa de sanar tais limitações, a intersectorialidade, entre suporte técnico e gestores de saúde, têm papel fundamental no processo de utilização de tecnologias de informação, sendo que a avaliação precisa ser constante para conseguir minimizar as fragilidades quanto ao uso, garantindo que a equipe não subutilize o sistema e/ou que falhas, por imaturidade do sistema ou desatualização, aumentem a carga de trabalho dos profissionais (GREIVER et al., 2011).

Outra característica importante para a utilização dos PE é a variabilidade do uso das tecnologias, desde fins recreativos até o uso de forma não integral, gerando preocupação na equipe, uma vez que as ações de uma pessoa podem afetar as relações de trabalho. No entanto, na visão do gestor de tecnologia, a familiarização com as ferramentas, computadores e softwares para acesso além do trabalho, auxilia o manuseio e consequentemente a implementação bem-sucedida das tecnologias no ambiente de trabalho. Além disso, a sensação de prazer que o uso de uma nova tecnologia traz, caracterizado como motivação hedônica, é influenciador na sua aceitação pelo usuário (VENKATESH, 2012; GONZALES, 2017; SANTOS; MARIN, 2018). Em concreto, o equilíbrio entre uso da tecnologia para lazer e a familiarização com a ferramenta é uma maneira de derrubar barreiras tecnológicas e aumentar a interconectividade dos profissionais (O'MAHONY et al., 2014).

A influência social também é fator determinante para a aceitação e uso de uma tecnologia, sendo que o arranjo e as relações entre profissionais podem ser influenciadores individuais dentro do cenário de trabalho, e muitas vezes a comunicação é o ponto chave para a obtenção de ações de forma integrada (VENKATESH, 2012; NICOLETTI, 2015; LANZONI 2016). Nesse sentido, em alguns cenários, os PE possibilitaram haver um canal de comunicação, mesmo que de forma não verbal, aumentando essa interação no ambiente profissional (DANNOME, 2011; GHOST, 2016). Da mesma forma, a presença de um profissional com maiores conhecimentos a respeito do software, foi relevante para algumas equipes, uma vez que motivou o aprendizado sobre o uso do PE e proporcionou uma reflexão ampliada sobre a importância das tecnologias para a saúde (DANNOME, 2011; GHOST, 2016).

Apesar dos distintos cenários onde os PE foram implantados alguns pontos foram convergentes, como o entendimento do propósito do uso desses registros, a capacitação dos usuários, suporte social, técnico e de gestão.

2.2 SISTEMA E-SUS AB COMO MUDANÇA DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

2.2.1 Informatização da Atenção Primária no Brasil

O processo de informatização da saúde no Brasil tem seus primeiros registros datados na década de 1970 pela criação das Lei Federais 6015/73 e 6.125/74 que autorizava, respectivamente, a conservação de registros por meios eletrônicos e constituiu a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), com objetivo de prestar serviços relacionados ao processamento de dados por meio de computação eletrônica. No ano seguinte, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde, em que ficou estabelecida a responsabilidade do IBGE de coletar estatísticas sobre nascimentos e óbitos e a iniciativa da criação dos primeiros sistemas de informação em saúde no nível federal, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). No final da década de 70 foi criado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que mais tarde foi suporte para a implantação de outros aplicativos (BRASIL, 2016a).

O Brasil, no início da década de 90, contava com quatro bases de informação sendo elas: o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), o SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) e o SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais). Em 1991, para dar suporte às informações do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que é configurado por meio de aglomerados sistemas de informação, possuindo alcance nacional e cobertura de diversos eventos epidemiológicos da atenção básica, hospitalares e ambulatoriais (BRASIL, 2016a).

A partir de 1996 foram inseridas novas bases de dados como o Sistema de Informação de câncer de Útero e de Mama (SISCAN), Sistema de informação do programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e em 1998 o MS, a fim de supervisionar e avaliar os serviços realizados pelas equipes de saúde da família, implementou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) substituindo o antigo Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) (BRASIL, 2016a).

Os SIS influenciam e são influenciados pelo modelo vigente de assistência, assim, o SIAB foi criado para a gestão de dados de saúde locais, possibilitando a construção de indicadores de saúde populacional e avaliação dos serviços de saúde oferecidos e, no caso de haver necessidade, conformá-los para a melhoria dos serviços prestados (MELLO; GOTLIEB, 2001).

A APS tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, responsabilizando-se por uma gama expressiva de recursos, inclusive relacionados à implementação e melhorias nos sistemas de informação (BRASIL, 2011a).

O SIAB foi desenhado para agrupar e analisar as informações coletadas por meio de fichas de cadastramento, acompanhamento e consolidação de dados coletados em relatórios das populações visitadas (BRASIL, 2003).

Para Silva e Laprega (2005), havia aspectos falhos no sistema SIAB que vão desde a coleta até a consolidação dos dados. Foram observados alguns problemas de ordem estrutural e aplicabilidade, como limitações do sistema e não representatividade da realidade local de doenças que acometiam a comunidade. Grande parte dos profissionais apontaram como negativo a ausência de dinamização do trabalho devido à grande quantidade de fichas usadas durante a rotina de trabalho, além de ausência de instruções para o preenchimento destas fichas e as informações superficiais contidas no manual. Outro ponto relevante é que não havia repasse dos dados e discussão de ações voltadas para o usuário e a comunidade.

O uso e aprimoramentos das tecnologias de informação e comunicação (TIC) tem se expandido tanto na saúde privada quanto nos sistemas públicos. O processo de informatização na saúde é denominado como e-Saúde e se espelha nos padrões de informática da área para implementar as orientações da Política de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (BRASIL, 2016a).

A concretização da primeira PNIIS, em 2004, busca uma melhor administração no uso das informações em saúde e dos padrões de informática que integrados, contribuem para o progresso da qualidade dos serviços de saúde prestados e da comunicação em saúde. A PNIIS tem como alvo a atenção multiprofissional e multi-institucional ao usuário, por meio de um cuidado continuado com a utilização do Registro Eletrônico em Saúde (RES). A integração das tecnologias de informação e dos SIS pode constituir uma efetiva ferramenta na atenção integral e equidade, qualificando e efetivando a atenção básica como porta de entrada na rede de atenção à saúde, além dos processos de vigilância e gestão (BRASIL, 2016a).

Outros marcos importantes foram a criação do Comitê de Informação e Informática em Saúde – CIINFO/MS e sua reestruturação em 2011, que além de gerenciar e aperfeiçoar a PNIIS, passou a definir padrões de tecnologias interoperáveis nos setores em território nacional (BRASIL, 2009, 2011b). Bem como, em 2012, a criação das estratégias de e-Saúde para o Brasil com posterior reformulação em 2017, alinhando-se aos princípios e diretrizes

do SUS como dimensão para melhorar os serviços de saúde por meio de informações com objetivo de ampliar e qualificar o acesso à saúde (BRASIL, 2017a).

Em 2013 foi criada a Estratégia e-SUS AB e seus respectivos sistemas: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) - sistema de informação nacional, que veio substituir o SIAB - e o Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

Em 2017, com o objetivo de implantar o prontuário eletrônico nas 42 mil UBS que se encontram em território nacional, o MS instituiu o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS) (BRASIL, 2017a).

Em 2018 estava disponível para os municípios a versão 3.1.08 do sistema e-SUS AB, para atualização. Esta versão traz melhorias como inclusão do calendário nacional de vacinação interativo e a possibilidade de agendamento e cancelamento de consultas por meio da integração com o aplicativo “Meu digiSUS” (BRASIL, 2018a).

2.3 MUDANÇA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE

Segundo (CHIAVENATO, 2005) organização é um agrupamento social composto de pessoas que trabalham conjuntamente e são dispostos de maneira à atingir a mesma finalidade. Normalmente, o objetivo das organizações é atingir a qualidade de prestação de serviços ou de um produto para seus clientes, usuários ou contribuintes.

Concernente a mudança o termo designa a ação de mover, remover e trocar. Do ponto de vista administrativo, pode ser compreendida como qualquer modificação (planejada ou não planejada) nos elementos organizacionais e em seu vínculo ambiente-organização que provoque algum impacto (positivo ou negativo) (LIMA, 2003).

No setor da saúde, assim como em outras organizações, a mudanças podem ser abordadas no nível de reforma do sistema de saúde (BRASIL, 1990; VIANA, 1998; TUOHY, 1999) ou das organizações de saúde (CAMPBELL, 2008).

Para Chiavenato (2005) há quatro tipos de mudanças que podem ocorrer nas organizações, a saber: **a) Mudanças estruturais** (que acomete departamentos e divisões como o Redesenho da estrutura de órgãos e cargos; Novos paradigmas organizacionais; Redução de níveis hierárquicos; Novas redes de Comunicações); **b) Mudanças Tecnológicas** (que acometem equipamentos, máquinas e processos organizativos como novos métodos e processos de trabalho ou o redesenho do fluxo trabalhista e aquisição de novas ferramentas); **c) Mudanças de produtos ou serviços** (que acometem os resultados da organização que podem ser no nível de gerar ou melhorar os produtos ou serviços prestados)

e d) Mudança nas pessoas e na cultura organizacional (que acometem habilidades, motivações, aspirações, comportamentos, atitudes individuais e coletivo). Essas alterações não acontecem separadamente, ou seja, estão constantemente interagindo umas com as outras com perfil amplificador.

Com isso, referente aos tipos de mudança, o sistema e-SUS AB pode ser considerado como mudança tecnológica e da cultura organizacional de saúde (CHIAVENATO, 2005).

Há diversificados tipos de mudanças organizacionais na literatura, que podem estar agrupadas e classificadas de acordo com a **1-taxa de ocorrência** como: episódica, contínua e equilíbrio pontuado, episódica ou descontinuada (mudança descontínua e intencional ocorrendo normalmente quando as organizações entram em desequilíbrio), contínua que ocorrem quando as organizações estão acompanhando e contestando os ambientes intra e extra instituição e a do equilíbrio pontuado (ocorre pelo aparecimento de momentos de ritmos de mudança mais acelerados quando a organização está estabilizada; **2-segundo a extensão ou impacto** (Radical e Incremental). Radical: caracterizado como um único momento que traz grande impacto para a organização. Incremental: caracterizado como vários momentos onde ocorrem mudanças graduais na organização. **3. Segundo a forma como ocorre e o grau de planificação** (Planejada, Emergente ou Contingencial). Planejada: está alicerçada em teorias que as organizações operam em condições estáveis e controladas e que podem intercambiar de um estado para outro através de previsão e planejamento. Emergente: Surge em contradição a teoria planeada, dizendo que em mudanças muito abruptas não há possibilidade de os gestores realizarem todo o processo de identificação e planejamento. Contingencial: é caracterizada por defender que não existe apenas uma maneira de administrar as mudanças e que pode ser utilizado vários tratamentos, pois as organizações e as variáveis são distintas (MARTINS, 2012; SENIOR, 2002; TODNEM, 2005).

Como abordado anteriormente, as mudanças estão presentes nas organizações e geram impacto nos processos de trabalho e também nas pessoas, a gestão da mudança vem ao encontro de amenizar a transição de um novo elemento na instituição.

Campbell (2008), apresenta um modelo direcionado para gestão da mudança na saúde baseado em dois outros pensadores seguindo os oito passos de Kotter (1996) e os três passos de Bridges (2003). Alinhado as teorias dos dois filósofos, Campbell (2008), apresenta os principais aspectos para ajudar os gestores a efetuar as mudanças nas organizações de saúde.

Os oito passos de Kotter são divididos em três fases distintas: criando clima para a mudança (aumentar a urgência, criar equipe orientadora, ter visão), envolver e capacitar a organização (comunicação, ativar ação, criar vitórias a curto prazo) e implementar e sustentar a mudança (Não desista, faça ficar).

O movimento inicial esperado dos gestores é a criação de clima para que a mudança ocorra, sendo necessário aumentar a urgência, analisando e evidenciando para a equipe os benefícios decorrentes da mudança, agregando características que de alguma maneira toque o emocional dos profissionais. A partir disso é importante estabelecer a equipe orientadora, que estará à frente do projeto e da gestão dos demais passos.

Estruturar uma equipe orientadora é um desafio importante pois os integrantes devem possuir habilidades que possam contribuir com a mudança, a saber: integrantes que possuam conhecimento a respeito de mudanças na saúde; que transpasse credibilidade, confiança e motivação aos demais profissionais; conhecimento a respeito dos departamentos e setores das organizações; autoridade relacionada a planejamento, organização e controle; e liderança.

Para se obter a visão certa a respeito do processo de gestão da mudança cabe aos gestores responderem todas as lacunas geradas com a possível mudança como quais as repercussões para os profissionais, pacientes e para a organização de saúde.

A partir da conclusão da primeira fase, a equipe orientadora, pode começar a planejar e executar as ações dos próximos passos referentes ao envolvimento e a capacitação dos profissionais.

A segunda fase, inicia-se com projeções dos resultados a partir da comunicação da mudança, e com a estruturação de abordagens relacionadas aos sentimentos dos profissionais frente a mudança, sendo esses, ansiedade, pânico e raiva. O modelo de Kotter é composto de camadas que representam as estratégias para que se promova a visão, supere a resistência por meio de diálogo e edifique compromissos com as mudanças propostas. Com as projeções é possível estabelecer canais de comunicações efetivos com os profissionais facilitando a transição da mudança.

Durante essa segunda fase, a equipe orientadora precisa ter sensibilidade para perceber as variações de sentimentos dos profissionais envolvidos nesse processo, projetando a influência da mudança quanto as necessidades de informações, preocupações, esforço e comprometimento. Além disso, precisam executar as ações planejadas derrubando as barreiras que surgem após a implantação da mudança, sendo essas relacionadas ao produto, ao supervisor, a ausência de informação ou há barreiras mentais.

A partir do momento que esses aspectos anteriores vão sendo solucionados, a equipe orientadora pode estimular os demais profissionais, mostrando resultados bem-sucedidos para os demais na organização, podendo ser caracterizado como uma conquista ou vitória a curto prazo.

A terceira fase de Kotter se refere a sustentar a mudança ocorrida e destaca um aspecto importante que é a de grupo de suporte. No artigo, Kotter cita um exemplo de um grupo que auxiliava os profissionais quando surgiam dúvidas a respeito do uso do novo sistema implantado no hospital, sendo esse suporte, imprescindível na resolutividade e detecção de imprevistos decorrentes do sistema. Cabe ressaltar que essas fases descritas por Kotter não são caracterizadas como manual a ser seguido à risca, pois os passos são interativos entre si e dá aos gestores a liberdade e criatividade para planejar as ações antes de uma mudança.

Depois de esboçado as fases de Kotter para mudanças nas organizações de saúde, Campbell (2008) apresenta aspectos importantes da teoria de Bridges, que por meio de três passos mostra que as transições são as responsáveis pela falha ou não de um projeto. Além disso, ressalta três passos para gerenciar as transições dos indivíduos, sendo elas finais, zona neutra e inícios. Nesses passos, o foco é dado para os finais pois quando uma mudança ocorre, os indivíduos devem deixar o antigo mundo e se preparar para o novo, seja ele relacionado a características ou a tarefas.

A zona neutra é o desconhecido onde as pessoas ascendem de uma realidade para aprender aspectos de outra, adotando novos padrões. É nessa fase que surgem os sentimentos quanto ao novo. E quanto aos inícios, ocorrem por meio do rompimento individual e tornam as mudanças a realidade da organização (Campbell, 2008).

Campbell (2008) faz a interação dessas teorias e evidencia que as mudanças nas organizações de saúde dependem de aspectos situacionais e psicológicos, cabendo ao gestor suavizar as transições, fornecendo planos e propósitos que permitam os profissionais criarem o novo começo.

2.4 SISTEMA E-SUS AB

O MS, juntamente com o Departamento de Atenção Básica (DAB) e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), assumiu o compromisso de reestruturar o SIAB, com objetivo de alcançar o SUS eletrônico e facilitar o trabalho dos profissionais da saúde. Sua concretização está sendo possível por meio da interoperabilidade dos SIS e da integração dos diversos

pontos da rede de atenção à saúde, a fim de garantir registros de saúde por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Criado em 2013, a Estratégia e-SUS Atenção Básica foi instituída por meio da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013 e preconiza a individualização de registros, integração de informações entre os sistemas oficiais, diminuição do retrabalho durante a coleta de dados, informatização das unidades de saúde por meio de estímulos à informatização e introdução de novas ferramentas tecnológicas para qualificar a gestão e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2014).

A estratégia não se limitava ao contexto da gestão federal e do sistema de informação nacional, mas relacionava-se principalmente ao cotidiano dos profissionais, aos problemas enfrentados e às informações necessárias para o cuidado dos indivíduos nos territórios (GAETE; LEITE, 2014).

Um dos resultados dessa reestruturação foi a criação de dois sistemas: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) - sistema de informação nacional, que viria a substituir o atual SIAB - e o Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) – sistemas de *software* que instrumentalizariam o processo de trabalho nas UBS, este por sua vez dispondo de dois sistemas de coleta de dados (BRASIL, 2016c), sendo eles:

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema simples e integrado realizado por meio de doze fichas com dados individualizados e relatórios dinâmicos de saúde.
- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os quais possuem tecnologia avançada, suporte clínico e melhor integração dos serviços de saúde (CONASS, 2013; BRASIL, 2014, 2015).

O Sistema CDS foi originado da necessidade de simplificar os registros de atendimento individuais realizados por meio de fichas, uma vez que, grande parte das UBS não possuíam informatização necessária para uso do sistema com prontuário eletrônico. Quando em cenários informatizados, o CDS é integrado como uma plataforma digitável dentro do sistema PEC.

O Sistema PEC caminha na perspectiva de eliminação dos registros feitos em papel, buscando reestruturar o trabalho da equipe por meio da informatização. A integração desses dois sistemas deve oferecer uma evolução nos registros de informação e ao mesmo tempo deverá atender ao SISAB como principal ferramenta para gestão da AB em nível federal e estadual (BRASIL, 2016c). Sendo assim, os dados originados na atenção básica estarão

acondicionados no SISAB, não sendo necessário alimentar as outras bases separadamente (BRASIL, 2014).

Dentro da lógica do sistema e-SUS AB foram criadas ferramentas a fim de permitir a organização do fluxo dos usuários a partir das suas necessidades, sendo elas, a lista de atendimento e a agenda. Além disso, os registros e o processo de cuidado foram baseados em aspectos específicos da AB como: atenção à saúde no primeiro contato concernente a cada novo problema ou episódio, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2018a).

Embasados nesses atributos, foi adotado para o PEC o modelo os Registros Clínicos Orientados a Problema (RCOP) associado a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), que é reconhecido por ter capacidade de estruturar e padronizar as informações. O modelo RCOP é formado por quatro itens, a saber: Base de Dados, Lista de Problemas (Folha de Rosto), Evolução (utilizando o método SOAP), Folha de Acompanhamento (Fichas de resumo e fluxograma).

3.JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Com o Decreto 7.508/11 a APS passou a ser legalmente reconhecida como ordenadora, coordenadora e gestora do cuidado em saúde (BRASIL, 2011a). Em atenção a esta normatização, uma responsabilização ampliada para a APS tem sido posta na agenda de debate nacional, dada a posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CECÍLIO et al., 2012).

As informações são ferramentas importantes para dinamizar as atividades de vigilância em saúde, pois são os alicerces para uma gestão dos serviços a serem prestados aos usuários. Essas, se forem corretas, podem refletir a realidade e as necessidades de determinado territórios, desde a comunidade até o cenário nacional (BRASIL, 2005).

No setor saúde, a informação subsidia o planejamento, o processo decisório e a implementação das políticas públicas, contudo, limitações referentes as dificuldades de acesso a equipamentos de informática, permanência de registros de dados manuais e a precária capacitação de recursos humanos podem trazer impactos negativos a sua operacionalização (LEMONS, CHAVES, AZEVEDO, 2010).

O Brasil ainda é incipiente quanto ao processo de informatização da atenção primária, se comparado com as primeiras iniciativas publicadas, datadas durante a década de 70, que vem mostrando benefícios tanto para a qualidade do trabalho dos profissionais quanto para os usuários, como mostrado no capítulo de contextualização do fenômeno de estudo. No entanto, por meio de iniciativas por parte do MS e demais órgãos envolvidos, caminha para que seja alcançado a saúde digital na APS e nos demais níveis de atenção da saúde brasileira.

A implantação de um sistema da magnitude do Sistema e-SUS AB envolve aspectos operacionais, que mesmo diante de suporte técnico disponibilizado pelo MS pode incorrer em entraves e dificuldades em nível local, como também encontrar facilidades e ou potencialidades. Entretanto, para que seja bem utilizado é preciso que os profissionais conheçam seus instrumentos e os processos envolvidos na alimentação dos dados e o adequado uso das informações.

As informações são ferramentas necessárias e importantes no contexto de gestão e avaliação dos serviços de saúde, contribuem para a realização de pesquisas na área da saúde e podem dar suporte a requerimentos legais e a associação desses aspectos podem melhorar os níveis de saúde para a população (TANAKA; TAMAKI, 2012; PINHEIRO et al., 2016).

O SISAB juntamente com o sistema e-SUS AB buscam reestruturar e integrar as informações, sendo importantes ferramentas tanto para a atenção, quanto para a gestão em saúde. Atualmente 76% das UBS dos municípios do Brasil possuem o sistema e-SUS AB implantado, cerca de 50% utilizam o sistema e-SUS AB com CDS e 26% o estão utilizando

com a versão PEC (GOMES; GAETE, 2019) sendo de relevância conhecer as experiências desses profissionais como forma de avaliação da situação desses processos de implantação e uso do sistema em todo território brasileiro.

Assim, considerou-se como a questão do estudo: Quais as experiências dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB?

Acreditamos que este estudo pode contribuir com o desenvolvimento científico do país, compreendendo o compromisso com políticas públicas do MS, bem como, o desenvolvimento de conhecimentos que favoreçam, em uma perspectiva multidisciplinar, os sistemas de informação e o PEC como ferramenta para subsidiar a avaliação em saúde, demanda emergente e essencial para o SUS.

Nesse estudo, frente a perspectiva dos profissionais que atuam na APS, serão analisados o processo de fluxo de registros de dados, uso das informações em saúde, os fatores que interferem no registro, bem como as experiências com o uso do sistema e-SUS AB desde o processo de implantação.

4.OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências dos profissionais da equipe de saúde quanto ao uso do sistema e-SUS Atenção Básica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o fluxo de dados na rotina dos profissionais da equipe de saúde.
2. Caracterizar os fatores que interferem no processo de registro e fluxo de dados do sistema e-SUS AB.
3. Analisar como as equipes usam as informações do sistema e-SUS AB.
4. Identificar as potencialidades e fragilidades relacionadas ao sistema e-SUS AB.

5.MÉTODO

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico utilizado no estudo, a fim de atingir os objetivos propostos, bem como responder à questão da pesquisa.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido dentro do grupo de pesquisa “Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem – GAAPS” e da linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde”. Faz parte do projeto maior “O Sistema e-SUS AB na organização do processo de trabalho e gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde”.

O presente estudo é caracterizado como uma pesquisa com abordagem qualitativa para produzir conhecimentos a respeito da utilização do sistema e-SUS AB.

A pesquisa qualitativa está dentro da concepção das ciências sociais, que visa responder questões de natureza particular se preocupando pelo não quantificável, ou seja, trabalha dentro dos significados, intenções, crenças e atitudes frente a um fenômeno. Tal nível de realidade não é visível, precisa ser exposto e interpretado em suas diferentes manifestações (MINAYO, 2011). Ela dá a possibilidade de estudar e explicar os acontecimentos e o significado da vida das pessoas, através das suas perspectivas, no cotidiano real em que estão inseridas, além disso, permite contextualizar as condições sociais, ambientais e institucionais que é onde a vida das pessoas acontecem e são influenciadas (YIN, 2016).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XII – Ribeirão Preto). A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2016).

O DRS XIII é composto de 26 municípios, sendo a sede o município de Ribeirão Preto, divididos em três regiões: Região Horizonte Verde (420.944 habitantes – nove

municípios), Região Aquífero Guarany (876.687 habitantes – dez municípios) e Região Vale das Cachoeiras (135.832 habitantes – sete municípios), Figura 1.

Figura 1- Municípios e população das sub-regiões do DRS XIII, 2019.

Fonte: Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH), (2019).

A partir de análise prévia, foi verificada a porcentagem de envio de dados por equipe para o SISAB até janeiro de 2018. Assim, foi eleito o município denominado como “E”, partindo do princípio que quanto mais dados a equipe envia, mais se utiliza o sistema.

5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão dos municípios

Durante a seleção dos municípios, pertencentes ao DRS XIII, foram considerados aqueles que contam nas unidades de APS com o e-SUS AB implantado com envio de dados para o Ministério da Saúde até janeiro de 2018 e os que participam do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). O município escolhido para este estudo foi

denominado pela letra “E” pois, além de se enquadrar em todos os critérios acima citados, obteve o maior fluxo de envio de dados por equipe, até janeiro de 2018, e possuía o maior porte. Foram desconsiderados os municípios que utilizam sistema de informação próprio e que não participam do PMAQ. O município “E” é um município do estado de São Paulo, que está localizado ao sudeste na região metropolitana de Ribeirão Preto e pertence a região do Vale das Cachoeiras (DRSXIII) com faixa populacional de 25 a 50 mil habitantes e IDHM alto (entre 0,7 e 0,8), possui seis UBS com oito equipes de saúde.

5.3 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo seguiu duas etapas, a saber: Etapa 1, caracterizada com observação participante do campo prático e Etapa 2, caracterizada com a realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais das equipes de saúde da AB.

Figura 2- Síntese esquemática das etapas da pesquisa, São Paulo/Brasil, 2020.

Fonte: Construção da autora, (2020).

5.3.1 Etapa 1 – Observação e diário de campo

5.3.1.1 Fonte de informação e coleta de dados

Para responder o objetivo específico 1 (Identificar o fluxo de dados na rotina dos profissionais da equipe de saúde) e 2 (Caracterizar os fatores que interferem no processo de registro e fluxo de dados do sistema e-SUS AB) do estudo foi realizada a observação dos setores das UBS, durante o mês de setembro de 2018, onde ocorre o fluxo de usuários e dados inseridos no sistema e-SUS AB, considerando-se os processos de registro no prontuário eletrônico, não sendo observados os registros na plataforma CDS. A pesquisadora assumiu o papel de observadora participante com postura passiva, no qual estava inserida no cenário observado, porém não participou de atividades referentes à rotina das UBS.

Para isso, foram observados os cenários das UBS do município “E” selecionado, onde havia presença de computadores que possibilitava a inserção de dados referentes aos usuários do sistema de saúde, a saber: recepção, pré-consulta e sala de consultas de medicina, enfermagem e odontologia. A observação teve duração entre oito e doze horas em cada cenário. Nesses ambientes estavam presentes profissionais da equipe de saúde de nível médio e superior [Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e recepcionistas) e os usuários do serviço, sendo solicitado a eles permissão para que fosse realizada a técnica de observação. Ao abordá-las, foram considerados alguns critérios de inclusão como, usuários que estavam na unidade buscando algum serviço de saúde e profissionais da equipe de saúde que utilizam o Sistema e-SUS AB como ferramenta de trabalho a mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram profissionais da saúde que durante o período do estudo estavam de licença saúde, ou por qualquer outro afastamento do trabalho.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora fez contato prévio com os administradores das unidades, averiguando quais os melhores dias para estar junto à UBS e a equipe, observando a rotina, e com isso foi montado um cronograma de visitas. Os usuários e os profissionais foram orientados que seriam acompanhados desde o momento que chegassem até quando saíssem da unidade, passando por todos os setores e atendimentos.

Foi construído um diário de campo, com auxílio de um roteiro de observação sistematizado (APÊNDICE I), onde foram anotadas as informações referentes a observação dos setores, consultas e procedimentos realizados e o contato dos profissionais com o PEC do e-SUS AB, além da localidade que está inserida a UBS, sexo do usuário e categoria profissional que obteve contato com o mesmo e inseriu os registros no sistema. Durante as consultas, foram observados os dados que os profissionais inseriam no PEC, mais especificamente nos campos SOAP, anotadas expressões verbais e comentários dos participantes e os fatores externos que poderiam interferir nesse processo.

5.3.2 Etapa 2 – Entrevistas

5.3.2.1 Fonte de informação e coleta de dados

Para responder os objetivos 3 (Analisar como as equipes usam as informações do sistema e-SUS AB) e 4 (Identificar as potencialidades e fragilidades relacionadas ao sistema e-SUS AB) foram coletados dados de fontes primárias de informação por meio de entrevistas semiestruturadas, durante o mês de outubro de 2018. Foi realizado pré-teste com profissionais que atuam nas UBS, a fim de ajustar o roteiro de entrevista, verificando o entendimento das perguntas por parte dos entrevistados. Cabe enfatizar que os participantes do pré-teste foram excluídos do processo de análise dos dados.

5.3.2.2 Participantes do estudo

Os participantes foram profissionais que atuam nas diferentes UBS do município “E”, que tinham experiência de uso do sistema e-SUS AB, de no mínimo seis meses permitindo o aprofundamento na discussão sobre a temática. Foi construído um quadro, utilizando características observadas na primeira etapa do estudo, a fim de identificar os possíveis fatores que poderiam permitir a escolha dos melhores informantes. Desta forma, foram descartadas características profissionais com sexo, idade e tempo de serviço e foram convidados a participar aqueles que atuavam em unidades de saúde localizadas em zonas centrais e periféricas do município. A escolha das duas regiões deve-se ao fato de que a localização e a alocação de recursos materiais podem ser influenciadoras no uso do sistema e-SUS AB pelos profissionais. Foram identificadas seis UBS com oito equipes de ESF, sendo três localizadas em zonas centrais e três localizadas em zonas periféricas, como mostra o Quadro 2.

As células identificadas com “x” representam a presença de pelo menos um profissional no quadro de profissionais na equipe da UBS, em verde são os profissionais selecionados para as entrevistas e em vermelho os profissionais que não atenderam aos critérios de inclusão ou ainda, que tal categoria estava ausente na composição da equipe.

Quadro 2 - Participantes incluídos e excluídos do estudo referentes ao município do DRS XIII, São Paulo Brasil.

Profissionais UBS	ACS	Enfermeiro	Téc. De Enfermagem	Dentista	Médico
Centralizadas	X	X		X	
	X	X	X	X	X
	X	X			X
Periféricas	X	X			
	X	X	X	X	X
	X	X		X	

Fonte: Construção da autora, (2019).

Quanto a definição do tamanho da amostra, Minayo (2015), entende-se que pode ocorrer a partir da reincidência de informações. Neste estudo foi, para determinar o número de entrevistas, foi estabelecido como critérios a repetição e saturação de informações (FONTANELLA, 2011) e no mínimo dois profissionais de cada categoria profissional, de UBS centrais e periféricas, resultando um total de 17 participantes.

5.3.2.3 Condução das entrevistas

Antes do início da coleta de dados por entrevista, foi realizado contato com os participantes para identificar os melhores dias à serem realizadas as entrevistas com a finalidade de não interferir em sua rotina de trabalho.

As entrevistas foram realizadas em salas, pertencentes às UBS, disponibilizadas pelo administrador de cada unidade, que não estavam sendo utilizadas ou que possuíam pouco fluxo de pessoas e ruídos, a fim de não haver interrupção durante o processo. Assim, foram disponibilizadas salas dos ACS, quando estes estavam em visitas domiciliares, e uma sala de vacinação que ainda não havia sido inaugurada. As salas possuíam mesa e cadeiras o que possibilitou que o entrevistador permanecesse de frente para o participante. Além disso, possuíam boa iluminação e ventilação, permitindo pelo menos, um mínimo de conforto aos participantes.

Ao iniciar, eram entregues os TCLE (APÊNDICE IV) e o questionário de identificação dos participantes (APÊNDICE II), após explicação concluída pela pesquisadora e assinatura do documento era iniciada a entrevista. As entrevistas foram planejadas para terem duração de até 90 minutos, sendo estas gravadas em dois dispositivos de áudio e norteadas por guia semiestruturado (APÊNDICE III).

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a etapa de observação, os dados foram agrupados em tabelas e figuras, seguido de análise descritiva. Para o tratamento dos dados provenientes das entrevistas foi utilizado a análise temática, que difere de outros métodos que procuram descrever padrões entre os dados qualitativos. Assim, buscam capturar algo importante sobre os dados considerando responder à questão de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise temática possui seis fases, a saber: 1) familiarização com os dados; 2) gerando códigos iniciais; 3) pesquisando temas; 4) revisando temas; 5) definindo e nomeando temas; 6) produção do relatório (BRAUN; CLARKE, 2006).

Concernente às entrevistas, de acordo com a sequência em que foram realizadas, procedeu-se a transcrição em editor de texto Google docs, com auxílio da ferramenta “digitador por voz” sendo codificadas de acordo com a localização das UBS (Zona central = ZC; Zona Periférica = ZP) categoria profissional (Enfermeiro = ENF; Médico = MED; Odontólogo = DEN; Técnico de enfermagem = TE; Agente Comunitário de Saúde = ACS e número ordinal. Segue exemplo de codificação: entrevista 01 de enfermeiro que uma UBS de zona central (ZCENF01). Foi realizado a transcrição literal das verbalizações e, a partir disso, iniciou-se a primeira leitura do material transcrito e inserção de comentários registrados pela pesquisadora, na medida em que os verbetes lhe chamavam a atenção.

Na sequência deu-se a confecção dos primeiros códigos iniciais e, posteriormente, a fase de agrupamento e/ou separação das mesmas (BRAUN; CLARKE, 2006). Os códigos iniciais foram alocados em uma página em branco, do editor de texto Word, na tentativa de verificar a possibilidade de agrupamento entre eles, buscando sempre manter a coerência entre as informações. Posteriormente, os temas potenciais foram transferidos para folha de papel e com auxílio de papéis adesivos e canetas coloridas, construiu-se a relação e revisão dos temas e por fim, chegou-se ao tema central. Cabe ressaltar que durante o processo, foi realizado discussão por pares com os integrantes do grupo de pesquisa, bem como, a devolutiva para os participantes com a finalidade de verificar e complementar a pesquisa.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O Projeto de Pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob o parecer CAAE: 11575019.1.0000.5393 (ANEXO I) e com anuência das Secretarias Municipais de Saúde do DRSXIII, atendendo as

Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12.

Riscos: Os riscos estão relacionados a possível identificação dos participantes por meio da apresentação dos resultados, entretanto, a fim de minimizar esses riscos a pesquisadora utilizou as informações com responsabilidade, codificando-os, a fim de garantir o anonimato aos participantes e do local do estudo.

Benefícios: Não houve benefícios diretos aos participantes do estudo, entretanto, com os resultados desta pesquisa, esperamos estimular a discussão e reflexão sobre as potencialidades e limitações do sistema e-SUS AB para organização do processo de trabalho e gestão do cuidado.

5.6 RIGOR E QUALIDADE DO ESTUDO

Para realizar este estudo qualitativo, foram incorporados alguns aspectos que dão robustez à investigação como a credibilidade, a transferibilidade, a consistência e a reflexibilidade (LINCOLN; GUBA, 1985).

A credibilidade é a aproximação dos resultados obtidos, por meio da coleta exaustiva e análise de dados, com o fenômeno observado. Para isso, a pesquisadora retornou ao campo estudado e apresentou os resultados da investigação para os participantes, realizada por meio de conversa e anotações quanto a representatividade ou não das falas e resultados, como também a participação de avaliadores externos (membros do grupo de pesquisa) para análise dos dados por pares. Frente a apresentação dos resultados, a pesquisadora obteve resposta positiva quanto a representação das experiências dos profissionais com o sistema e-SUS AB. Outra abordagem utilizada foi a triangulação de técnicas mediante a observação participante com diário de campo e entrevistas semiestruturadas com a finalidade de alcançar um conhecimento mais aprofundado do fenômeno do estudo.

Para a transferibilidade, a pesquisadora buscou detalhar o cenário estudado e os participantes do estudo, com a tentativa de ter eleito os melhores representantes para abordar a temática de experiências com o sistema e-SUS AB, dentro do cenário da DRS XIII do estado de São Paulo no Brasil. Ousando dizer, que o estudo pode ser aplicado em outros cenários e participantes brasileiros.

A dependibilidade ou consistência do estudo foi estruturada a partir do momento que a pesquisadora recorda o percurso, elegendo e descrevendo as técnicas, os instrumentos de coleta e o processo de análise de dados.

A confiabilidade ou reflexividade envolve o percurso de reflexão que o pesquisador constrói a partir do processo de investigação, para isso a pesquisadora construiu o diagrama dos resultados, buscando confirmar os temas com as falas dos participantes, além de contar com o auxílio de revisão por pares, o que proporcionou a representatividade das experiências dos participantes com o uso do sistema e-SUS AB.

6. RESULTADOS

Para melhor apresentação dos resultados, estes foram estruturados em dois blocos, a saber: no item 6.1 estão os resultados referentes a observação participante que visa responder os objetivos específicos 1 e 2. Na sequência, item 6.2, estão os resultados referentes aos temas emergidos das entrevistas semiestruturadas, respondendo aos objetivos 3 e 4.

6.1 FLUXO E FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE REGISTRO

Para responder os objetivos, de identificar o fluxo de dados na rotina dos profissionais da equipe de saúde e caracterizar os fatores que interferem no processo de registro e fluxo de dados do sistema e-SUS AB, foi observado o processo de registro de dados no sistema e-SUS AB, demonstrado na Figura 3.

Figura 3- Fluxo de registro nos setores das UBSs com acesso ao sistema e-SUS AB.

Fonte: Construção da autora, (2019).

Desta forma, a Figura 3 representa os setores onde havia acesso dos profissionais ao sistema e-SUS AB e consequentemente o percurso dos usuários na unidade de saúde, durante o dia em que estiveram presentes para a realização de consultas e/ou procedimentos. Foram

observadas quatro UBS do município selecionado, sendo duas, localizadas em zonas centrais do município e duas em zonas periféricas. As composições dos setores entre as UBS não se diferenciam, por isso, foram agrupados e identificados por uma coloração acinzentada, representando o local onde os profissionais possuem acesso ao sistema e-SUS AB.

Os atores que estavam presentes nesses cenários para a observação do processo de registro nos sistemas foram, três profissionais médicos, um enfermeiro, um odontólogo, um recepcionista, um técnico de enfermagem e nove usuários. Cabe destacar que não houveram mais profissionais das equipes de saúde, uma vez que o sistema não estava sendo utilizado por todos nos momentos da observação, e algumas declarações surgiram, como: “não sei” e /ou “não gosto de usar”; “tenho pouco tempo disponível para o correto preenchimento”, “tenho muita demanda de atendimento”; “poucos recursos humanos”.

Na recepção observou-se o não compartilhamento das agendas com todos os profissionais e o deslocamento de usuários ao setor de atendimento odontológico sem passar pela recepção. Nesta situação a escuta, triagem e agendamentos de consultas dos usuários do setor odontológico são realizadas nesse mesmo local pelo odontólogo ou pelo auxiliar em saúde bucal (ASB). Tal situação pode ser complementada pela fala de um profissional odontólogo [...] *Mas podemos ter agenda lá na frente?! (recepção)*. Quanto a inserção das informações no sistema, viu-se que, apesar de o sistema e-SUS AB com PEC estar implantado nas UBS, o profissional de odontologia não o utiliza pois, desconhece o processo. Sendo assim, os dados referentes aos atendimentos são inseridos inicialmente em um boletim diário (registro em papel) e ao final do dia são inseridos na plataforma CDS, nas fichas de odontologia.

Na recepção os profissionais nem sempre eram recepcionistas, auxiliares de enfermagem e/ou ACS ocupavam também essa função na unidade. Nota-se que a organização relativa ao fluxo do usuário no município “E” se assemelha com o apresentado pelo Caderno de Atenção Básica- CAB 28/2013, porém distingue-se do proposto à medida que se observou a não oferta da escuta qualificada, no entanto, essa informação era registrada como realizada. Depois dos usuários passarem pela recepção eram encaminhados para o setor de pré-consulta.

Na pré-consulta, o atendimento realizado era anotado em uma folha de papel para que, ao final do dia de trabalho, fossem inseridas no campo de produção.

O Quadro 3 representa a continuidade do processo de registro de dados do usuário, na unidade de saúde, durante a consulta com o profissional médico, que intercalava momentos de escuta com a inserção das informações no PEC, mais especificamente, nos campos SOAP

(Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) e utilização de outras ferramentas do plano como (atestados, exames, prescrição de medicamentos, encaminhamento, orientações e lembretes).

Quadro 3- Notas de observação referente ao registro das informações no PEC e fatores que interferem no processo.

Usuário Gênero	Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano	Conduta após consulta Notas de Observação
F	Menstruação atrasada, quer receber contraceptivo injetável	<i>[inseriu dados de FC, FR e DUM]</i>	EM BRANCO	Teste rápido de gravidez; <i>[medicamento]</i> caso teste negativo, utilizar preservativo durante esse 1 mês	Folha de consulta foi impressa, assinada. Paciente entregou o prontuário na recepção, foi encaminhada para a sala de medicação, realizou teste rápido de gravidez. Enfermeira aplicou medicação prescrita. Inseriu as informações no sistema (em produção), fez anotações no prontuário de papel e assinou. Comentou que não utilizava o PEC para inserir informações de medicação de anticoncepção injetável pois não conseguia encontrar no sistema as datas de aplicação dos meses anteriores, inserindo as informações em prontuário de papel, pois achava com facilidade [...] Paciente liberado.
F	Xerostomia, está bem com o antidepressivo, mostrar exames	<i>[inseriu dados antropométricos e o CID]</i>	EM BRANCO	Informações sobre alimentação adequada, atividade física, retorno livre.	Folha de consulta foi impressa, assinada e anexa ao prontuário de papel. Paciente liberado pelo profissional de medicina.

Profissional de medicina se justificou dizendo que não preenche todos os campos por não saber como usar. E que usa o campo "avaliação" para inserir resultados dos pedidos de exames de imagem

Usuário Gênero	Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano	Conduta após consulta Notas de Observação	
M	Ossos estralam, não tomou medicamento, não pegou peso, sem alergia, exame físico do paciente	[inseriu dados de peso, IMC, SSVV]	EM BRANCO	1amp [medicamento] 1 [medicamento]. RX	Médico solicita RX em receituário de papel. Paciente se dirige a sala de medicação onde a enfermeira conduz o procedimento. Insere as informações no sistema no item “produção”. Paciente é liberado.	
M	Depressão	Fez acompanhamento com Dr. ** para depressão, fez uso de fluoxetina referindo melhora, mudou para [medicamento] onde sintomas depressivos voltaram. Queixa-se de dificuldade em iniciar o sono. Faz uso de [medicamento] mas quer parar o uso. Relação de medicamentos que usa por conta e parou de tomar: [medicamento]	HPB e distúrbio do sono	1 orientações; 2 modifco [medicamento] comp. Para gotas (diminuir doses em consultas subsequentes); 3 retorno em 1 mês	Profissional médico repassa as informações, finaliza a consulta, imprime a receita. Paciente agenda próxima consulta e é liberado.	

Continuação

Usuário Gênero	Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano	Conduta após consulta Notas de Observação	
F	Consulta de rotina. Refere que o Dr.* retirou alguns medicamentos que estavam agredindo o estômago. Refere que ia ao PS com frequência devido a dores gástricas e vômito. Medicamento [medicamento] por [medicamento]. Refere melhora em DM; HAS, varizes e gastrite. Anota cinco medicamentos que a paciente faz uso.	Não tolera [medicamento] usa apenas [medicamento].	Renovar receita	1 Orientações; 2 Aguardo USG; 3 Renovar receita de uso contínuo.	Profissional médico prescreve receita e pedido de exames a mão. Salva a consulta em PDF em pasta com nome do paciente. Paciente é liberado.	Profissional de medicina relata que a impressora encontra-se com defeito a alguns dias.
F	Paciente refere dor tipo queimação, período noturno, no abdome inferior. edema MMII. Nega disúria, febre e outras queixas	Abdome globoso	ITU? Gastrite?	1 orientações gerais. 2 renovar medicação de uso contínuo; 3 prescrevo [medicamento]	Profissional médico prescreve a receita e o pedido de exames em formulário de papel. Salva a consulta em PDF em pasta com nome do paciente. Paciente é liberado.	
F	Consulta de rotina, refere melhora no quadro de corrimento. Nega intercorrência e outras queixas. Exames de agosto de 2018. [anota os valores dos	EM BRANCO	[anota os valores de saturação, ausculta pulmonar e cardíaca]	Solicitar Hemograma, parasitologia, trazer eletrocardiograma. Cefaleia primária tensional: [medicamento]	Médico imprimiu a receita e fez a mão o pedido de exames. Acompanhou o paciente até a pós consulta terminou de preencher os exames e guardou a pasta. Profissional médico realizou outras orientações durante a consulta, mas não	

Continuação

Usuário Gênero	Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano	Conduta após consulta Notas de Observação	
	<i>exames de IMG, HB, CT, LDL, HDL, TG, Glicemia.] Queixa-se que a mais ou menos 7 anos tem cefaleia holocraniana, final da tarde desde o nascimento do primeiro filho.</i>				anotou em nenhum campo. Paciente liberado.	
F	Paciente para consulta de rotina, refere não ter sido chamada até o momento para realizar ED; refere idas frequentes ao PS devido dores nos ossos com analgesia. Relata que o único medicamento que melhora a dor é <i>[medicamento]</i> . <i>[anota quatro medicamentos que a paciente faz uso]</i> . Mantem-se poliqueixosa. Exames: <i>[anota valores dos exames de urina, CT, HDL, LDL, TG, glicemia]</i>	EM BRANCO	<i>[médico anota os valores de anamnese, ausculta cardíaca]</i>	DLP, HAS, DM, síndrome psicossomática dor crônica. CD: introduzo <i>[medicamento]</i> . 2 encaminhamento para psiquiatra	Profissional de medicina preenche as requisições de exame e encaminhamento em formulário de papel. Imprime folha de consulta, assina e libera paciente. Na pós consulta, Técnico de enfermagem anota no prontuário de papel algumas informações dos exames solicitados.	

Continuação

Usuário Gênero	Subjetivo	Objetivo	Avaliação	Plano	Conduta após consulta Notas de Observação	
M	Paciente em consulta de rotina para checar HbA1C. Paciente nega intercorrências, sem queixas.	EM BRANCO	<i>[médico anota os valores de anamnese, ausculta cardíaca].</i> HD, HAS, DM, AVC e IAM prévios.	1 oriento a manter medicações; 2 não faltar em consulta com o cardiologista e; 3 retorno em 5 meses.	Profissional de medicina imprimiu a lista de medicamentos. Paciente liberado. Falou os resultados dos exames, porém não anotou no PEC.	Não imprimiu a ficha de controle pressórico porque a impressora não funcionou. Relatou a ausência de folhas para a

Fonte: Construção da autora, (2019).

Conclusão

Observa-se que 60% dos usuários que estiveram em consulta com um profissional médico são do gênero feminino, e relativo ao momento da observação, comparou-se as informações dos usuários inseridas nos campos SOAP como preconizado no manual do PEC versão 3.0. Com isso, identificou-se um câmbio de informações entre os campos ou ainda o não preenchimento dos mesmos, sendo o último justificado pelo desconhecimento do método SOAP, relacionado a organização das notas de evolução durante o atendimento ao usuário.

Ainda no Quadro 3, no campo intitulado conduta pós consulta e notas de observação, pode-se verificar a utilização de outras ferramentas do plano pelo profissional de medicina, bem como, o contato dos usuários após a finalização da consulta com outros profissionais como enfermeiro e técnico de enfermagem. Identificou-se que, quando necessário, os ícones de solicitação de exames, encaminhamento e receitas não foram utilizados, seja por desconhecimento ou por defeito no equipamento de impressão, os quais interromperam a continuidade do uso dessas ferramentas.

Outra situação descrita no Quadro 3, refere-se ao momento em que o técnico de enfermagem transcreve, em prontuário de papel, as informações contidas na folha de rosto do atendimento, impressa e anexa à pasta do usuário, pertinentes a solicitação de exames, o que pode ser caracterizado como retrabalho. Já o profissional de enfermagem, após o atendimento ao usuário, não teve contato com os campos SOAP do PEC, pois inseriu a realização do procedimento no item “produção”, com posterior registro em prontuário de papel. Nota-se que os principais componentes que interferem no fluxo de dados na rotina dos profissionais foram a ausência de conhecimento a respeito do preenchimento dos campos, a ausência de recursos materiais e manutenção dos mesmos.

Apesar da rotina de coleta de dados e inserção dos mesmos no sistema pelos ACS não ter sido observada, foi mencionado pelos participantes, após retorno da pesquisadora para devolutiva dos resultados, a ausência de computadores em número suficiente para os profissionais, observado em uma das UBS localizada em área periférica, onde os profissionais (ACS e odontólogo) utilizam notebooks próprios para inserir os dados no sistema e-SUS AB.

6.2 USO PERVERSO DO SISTEMA

Para responder os objetivos, de analisar como as equipes usam as informações do sistema e-SUS AB e identificar as potencialidades e fragilidades relacionadas ao sistema e-SUS AB, foram realizadas entrevistas com os profissionais das UBS.

O tema central intitulado “Uso perverso do sistema”, apresentado na Figura 4, foi construído por meio da convergência de duas vertentes, inter-relacionadas, a primeira ligada à experiência dos profissionais com o uso do sistema e-SUS AB, e a segunda referente às características próprias do sistema e-SUS AB.

Figura 4- Mapa Conceitual do Uso perverso do sistema.

Fonte: Construção da autora, (2020).

A primeira vertente é formada por cinco temas, apresentados em coloração acinzentada (Implantação obrigatória; Falsa capacitação; Aprendizagem colaborativa; Restrição do uso e Comunicação falha) e a segunda por dois temas (Fragilidades e Potencialidades), como mostra o mapa conceitual na Figura 4. Ainda nesse sentido, o lado negativo da pressão institucional somado às fragilidades dos *softwares* CDS e PEC do sistema e-SUS AB, que convergem principalmente em restrição do uso do sistema (não uso e/ou mau uso).

Na Tabela 1, encontra-se a caracterização dos profissionais das equipes de saúde da APS, com predominância quanto ao número de mulheres.

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo para as entrevistas.

Variável	Total (n=17)
	Média (DP)
Idade (anos)	35 (6)
	n (%)
Sexo	
Homens	(2) 22
Mulheres	(15) 88
Categoria profissional	
Agente Comunitário de Saúde	(4) 23,5
Técnico de enfermagem	(2) 11,8
Enfermeiro	(4) 23,5
Médico	(3) 17,6
Dentista	(4) 23,5
Escolaridade	
Ensino médio	(3) 17,6
Ensino técnico	(1) 6,0
Ensino superior	(13) 76,4
Pós-graduação	(9) 53
Anos trabalhados	
<5	(7) 41
5-15	(9) 53
>15	(1) 6

Nota: DP significa desvio padrão.

Fonte: construção da autora, (2020).

A seguir são descritas as unidades de sentido, Figura 4, que deram origem ao tema central “Uso perverso do sistema”

Tem que implementar! “Sim ou Sim!”

O ponto inicial para essa manifestação é a pressão institucional para a implantação da estratégia e-SUS AB nas unidades de saúde da APS, culminando na implantação e uso obrigatórios do sistema nas unidades de saúde.

Eles falaram: a partir do mês que vem precisa usar o e-SUS...E aí jogaram assim (ZPENF03).

Só falaram meio assim, jogando medo: Tem que fazer; tem que aprender, foi assim (ZCDEN01).

Houve uma tentativa antes que não funcionou, não deu muito certo no começo aí depois, passou um ano mais ou menos, aí ele se tornou obrigatório. Pessoal mudou o sistema do SIAB e começou a ser só... e-SUS, que é o que a gente tem até hoje (ZCACS02).

Essa pressão institucional possui dois segmentos, um positivo e um negativo. O lado positivo pode ser refletido como a concretização para o funcionamento do processo de coleta, envio, processamento e devolutiva das informações para cumprir o seu propósito, que é o de ser um novo modelo de gestão de informação e qualificar o cuidado aos usuários do SUS.

O lado negativo dessa pressão institucional, associado a uma má organização desse processo, culminou em uma corrida para cumprimento dos prazos estabelecidos para iniciar a implantação e envio dos dados, sendo essa vivenciada pelos profissionais de uma maneira negativa.

Eu não lembro mais o ano, mas foi de um mês para o outro. E assim, eles deixaram para última hora, então apresentaram para nós mais ou menos. Então apresentaram o cadastro, da casa, o cadastro da individual e o cadastro que a gente fazer lá no e-SUS. Então em um mês a gente jogou todos no computador [...] e foi aquela briga, em um mês a gente tacar (registrar) a área toda, então assim, revezamos entre nós aqui, mas no final teve um pouquinho de briga porque todo mundo queria tacar na mesma hora (ZCACS04).

A experiência dos profissionais de saúde com a fase de implantação e de uso do sistema e-SUS AB, foi permeado pela ausência de disponibilização de recursos materiais e dúvidas de como utilizar o sistema, gerando dificuldades para realizar o registro dos dados de cadastramento no módulo de digitação CDS e agendamento no PEC.

A dificuldade... no começo foi a falta de internet porque assim, tinha dias que tinha, tinha dias que não (ZCENF04).

No começo teve um pouco de briga porque eram duas equipes antigamente, a UBS A e a B, então eles discutiam em relação à escala de computador, que um ficavam mais que os outros, aí prejudicava para passar a produção [...] eu acho que entender o que era cada coisa. Os agentes vinham me perguntar e eu não sabia sanar as dúvidas e... saber como jogar, ficava muita dúvida do que tinha que jogar, como que jogava...relatórios, eu tentava achar alguma coisa, agora, acho que era mais isso, a gente ficou meio perdido (ZCENF02).

Outro ponto importante a se destacar é que esse processo de implantação não veio acrescido de sensibilização da equipe, a respeito da estratégia e do sistema e-SUS AB, e sim de implícita imposição para que os profissionais iniciassem o uso e enviassem os dados para o SISAB. E mesmo após mais de dois anos de implantação, ainda se perpetuam falas acompanhadas de comparativos de produção entre as equipes, gerando uma retroalimentação negativa desse ciclo de uso perverso do sistema.

Sabe aquela coisa assim... Tem que, tem que implementar. Só que assim, tem esse tempo, aí parece que a pessoa aproveitou esse tempo para não passar (implantar), e aí faltava um mês para passar: “Vamos fazer senão vai perder verba”! (ZCACS04).

Foi nessa reunião, que a gente tinha que usar porque se não jogasse no e-SUS, os procedimentos não iria mais ser comprovado, não viria renda, verba (ZCDEN01).

Igual a última vez agora que a gente teve uma reunião mensal com a coordenadora dá atenção básica, os médicos, enfermeiros e tal. Puxa um relatório da produção da unidade e aí ela fala dos agentes de saúde, tem alguns que não tem produção e aí vamos ficar sem o décimo quarto e tal. Quando está muito baixo a gente tem um retorno: “Oh, tá muito baixo”. Mas quando a gente está ah está bom ou está na média e aí não tem estímulo nenhum assim. Só quando está muito baixo. [...] aí questionaram que tem uma enfermeira de uma unidade que ela tem muita produção e as outras menos. Mas aquela tem uma agente que fica digitando para ela, então cada um faz de um jeito (ZCENF02).

Eles falaram assim, “Vocês têm que melhorar o número de atendimentos. Tal lugar tem muito atendimento, tal lugar tem menos para comparar as unidades”. mas só (ZCMED01).

Falsa capacitação

Esse tema surge a partir dos relatos dos profissionais a respeito da ausência de capacitação adequada e suficiente antes ou durante o processo de implantação, e que ainda se apresentam em dúvidas de como utilizar o sistema e-SUS AB em toda a sua completude e a ausência de compreensão do propósito da estratégia, bem como a sua importância para a atenção primária.

Segundo o relato dos profissionais foram realizadas algumas tentativas de capacitação, identificadas como insuficientes para sanar as dúvidas, uma vez que, os próprios capacitadores não possuíam compreensão suficientes das ferramentas do sistema e-SUS AB.

Eles tentaram fazer uma reunião para ensinar a gente a mexer mas tinha muita dúvida que nem ele sabia. Aí veio um profissional do ministério também, mas não deu muito certo. Então eu acho que dava para ensinar a gente fazer algumas coisas, só que, ele não conseguiu responder às nossas dúvidas[...]. As pessoas que devem ter ido aprender, elas não aprenderam como deveriam entendeu. Porque passaram para ele de uma forma e ficou, nossa...supercomplicado (ZCACS02).

Veio um moço pedindo para a gente não estar saindo da unidade que ele ia estar passando para explicar o e-SUS, e a gente ficou o dia inteiro na unidade, o dia todo [...] aí chegou... e a gente até questionou, que nosso horário é das 7 horas da manhã até às 4 horas da tarde, ele chegou aqui 15:55h da tarde. [...] Nosso serviço é no horário que a gente está aqui, depois a gente quer ir embora. Então como ele chegou 15:55h a gente simplesmente assinou a folha e foi embora (ZCACS04).

Eles falaram: “A partir do mês que vem precisa usar o e-SUS...rsrs... E aí jogaram assim... e a gente não teve um treinamento, nem nada. Foi uma coisa assim bem básico e falaram: “Tem que fazer isso, isso e isso”. Aí as dúvidas a gente foi tirando ao longo do dia a dia, conforme foi usando. Mas tem muita coisa, para ser sincera, que eu não consigo, que eu tenho dúvidas ainda (ZPENF03).

Os profissionais relatam dificuldades advindas dessa falsa capacitação concomitante às atualizações frequentes do sistema. Desde a implantação do e-SUS AB 2.0 até o momento da realização das entrevistas (e-SUS AB 3.0) houve atualizações no nível *Major e Minor*, no entanto, não houve treinamentos posteriores, o que deixa os profissionais imersos em dúvidas a cada versão.

Eles chamaram, explicaram [...] Aí depois mudou, aí depois que mudou também não me explicou então assim, os agentes de saúde acabam tendo muita dificuldade durante o dia a dia (ZCENF04).

Mas ele muda muito a versão, então sempre... sempre tem dúvidas. eu acho que, eu como profissional, eu acho que eu não consigo. Eu acho que eu não sei usar todas as ferramentas que o e-SUS, talvez nos forneça (ZPENF03).

Eu acho assim, parece que ele tempo em tempo, não sei se é de mês em mês, ele dá uma modificação, para melhor eu acho (ZCACS04)

A gente pegou as primeiras versões e teve muita modificação e foi mudando muita coisa, então eu acho que a gente precisa de um suporte, precisa ter alguém que nos oriente sobre o sistema do e-SUS (ZCACS02).

Igual agora, o SISprenatal, não vai existir mais, vai ser tudo no e-SUS, então eu acho que eles deveriam investir mais nessa capacitação, eles estão expandindo sistema. Não existe isso de fato, acho que eles tinham que ver com o regional, e estarem fazendo uma capacitação, nem que for para os profissionais estarem indo lá na regional, mas teria que ter, porque é bem jogado assim essa parte (ZCENF02).

Segundo os profissionais houve iniciativa por parte da secretaria municipal de saúde para a busca por um profissional que pudesse oferecer capacitação, porém não há recursos financeiros que permitam sua contratação.

A gente já solicitou o treinamento, e inclusive na semana passada eu conversei com a enfermeira responsável [...] aí eu aproveitei o gancho para pedir uma pessoa que nos ajudasse, e ela disse que é uma queixa marcante de todos os municípios da região. Tem que estar aguardando uma pessoa que vai vir fazer um treinamento, só que ela é de Brasília, e não está conseguindo verba para poder fazer o deslocamento dela até (município) (ZPDEN04).

As dúvidas recorrentes trouxeram para alguns odontólogos sentimentos como insegurança e desconfiança do sistema e-SUS AB.

Tenho só que tudo guardado e todo dia 30 eu imprimo um relatório também de tudo que foi... atendido e tal. Eu gosto de arquivar (ZCDEN02).

Geralmente trava o sistema ou a internet falha sabe, essas coisas, então eu não confio 100%. [...] Então eu prefiro ter no papel anotado

tudo certinho e passar. E eu não joga fora esse que foi anotado, é arquivado comigo. E para minha sorte, porque há pouco tempo, foi feito um levantamento dos procedimentos realizados, foi feito uma realimentação. Não sei se eu alimentei errado ou foi a falta do cartão do SUS, de procedimentos muito abaixo do que eu tinha realizado, então mais um motivo para eu continuar fazendo essa situação de colocar no papel e na ficha, porque uma maneira de eu me resguardar (ZPDEN04).

Devido à ausência de suporte para capacitação de novos profissionais e atualizações recorrentes, foi acrescida em alguns momentos a função de capacitador, tanto ao enfermeiro gestor da unidade quanto a alguns ACS que possuíam conhecimentos e habilidades de uso com tecnologias.

Acho que muito bem jogado, assim sabe, a gente que teve que aprender. Tanto é que entra médico, eles não têm uma capacitação para usar o e-SUS, a gente como enfermeira é que tem que ficar lá: “Oh faz assim” [...] Não, não é uma parte que a gente usa e não é nem dá nossa responsabilidade ficar treinando médico ou outros profissionais (ZPENF03).

Mas eu sinto que chega um período do mês que eles, os agentes, eles ficam pressionados de ter que jogar a produção e a enfermeira fica sobrecarregada por ter que ficar pedindo. Sobre a enfermagem, e auxiliar, eu sinto também porque isso acaba dificultando, lentifica o trabalho dela porque a pessoa não sabe mexer tanto assim na parte de computador, depende de outra. Elas usam muito mais do que eu para jogar outras coisas inclusive, então para elas é um pouco mais complicado (ZCMED01).

Aprender para aprender

Os profissionais ao se verem inseridos nesse processo, descrito anteriormente, associado com a utilização do novo sistema para realização o seu trabalho, desenvolveram ao longo do tempo mecanismos de aprendizagem, seja esse colaborativo ou individual, dentro da mesma unidade ou mesmo entre as unidades de saúde.

A princípio ninguém sabia nada do e-SUS, a gente foi aprendendo sozinho basicamente, eu tinha um colega que trabalhava comigo que entendia de informática. A gente foi entendendo e ensinando os outros colegas também, passando para os outros colegas (ZCACS02)

Que nem estou te falando. Uns tem mais dificuldade e outros tem mais facilidade aí um ajuda o outro. E qualquer dúvida a gente recorre a outra unidade (ZCACS01).

A gente vai perguntando aqui uma para outra. A gente não tem um rapaz para te falar a verdade, que chama (nome) e ele é agente de saúde (nome da UBS), que dizem que ele, tadinho. Que ele gosta muito dessa situação da informática e ele vai escafuchando e vai achando alguma saída, então já houve uma situação ou duas que eu perguntei para ele (ZPDEN04).

(Pergunto) para as outras dentistas (WhatsApp). Se elas sabem o que pode fazer e tal. É difícil, mas a gente é bem unido aqui sabe, os PSF. Então, tem muita coisa que minha esposa enfermeira, trabalha no (município), eu ligo para ela também, ela é secretária de saúde lá. Aí ela entende um pouco dessas coisas, eu fico perguntando para ela, especulando, mas as meninas me ajudam muito aqui, dentista, colegas (ZCDEN02).

Quem me explicou como que usa foi a médica anterior que estava um dia a gente estava junto aqui e ela explicou mais ou menos como que usa (ZCMED03).

Os profissionais reconhecem que as informações são importantes, porém em contexto externo à sua prática assistencial, como no nível de indicadores e prestação de contas para as esferas governamentais.

Eu acho que ele é potente no caso assim, de estar passando o que está acontecendo com a população, o que a população precisa em relação à saúde, o que está aumentando e o que está diminuindo, eu acho que a potência dele é para chegar até informação mais rápido para o governo, eu acho que ele é válido (ZCACS04).

O e-SUS para mim é um sistema para a gente poder registrar as informações que a gente tem dos pacientes para poder ter uma forma quantitativa também, qualitativa das coisas que a gente faz, para poder ficar registrado, tanto questões de informações sociais, geográficas entre outras coisas e também procedimentos que a gente tem, para o ministério saber quanto que ele gasta com tudo isso e também... em relação as informações da população mesmo (ZCENF01).

Eu acho que é importante fazer isso mesmo, a gente tem que fazer uma referência que a gente está ali, lidando do que a gente está fazendo aqui. De certa forma uma prestação de contas, para uma organização de financeira para saber exatamente o que está se gastando, quanto que é necessário contribuir no serviço (ZADEN03).

Para saúde? Não. Pra eles lá, para a geração de renda, para nós não. Um controle, uma...como que eu vou falar, organização da unidade (ZCTE01).

(informações) Até onde eu sei vão todos para o... até a gente tem acesso aqui, que eu consigo puxar a minha produtividade, mas eu sei que a secretaria que acompanha (ZCMED03).

Restrição do uso (“Qual o seu limite?”)

Os profissionais demonstram desconhecimento a respeito da utilização de ferramentas disponíveis no sistema e-SUS AB, restringindo o seu uso, seja por não utilização ou por má utilização. A aparente ausência de planejamento para a implantação, associada a ausência ou ineficiência de capacitação, gerou um ciclo de inserção de dados no sistema pelo simples fato de ser uma função do cargo ou por obrigatoriedade, sem um propósito aparente, sendo esse realizado por grande parte dos profissionais. As exceções, foram os profissionais que estiveram mais perto do processo de implantação e/ou que por curiosidade foram buscar informações.

O que a gente sabe de e-SUS basicamente a gente foi aprendendo sozinho, que foi pesquisado, porque o sistema é até autoexplicativo se você prestar atenção você consegue fazer, mas algumas dúvidas assim a gente não... a gente acabou levando e está levando o sistema assim (ZCACS02).

Para a gente fazer certo... a gente usar todas as ferramentas do e-SUS. Creio eu que deve ter muita coisa lá que a gente nem aproveita. E as vezes a gente fica até sem produção porque não sabe (ZPENF03).

Eu penso que seria muito bom se todo mundo falasse a mesma língua, e se a gente tivesse alguém para explicar para gente, “Oh você tem que fazer assim. É desse jeito”. É, bom, não vamos fazer pedidos de exames pelo e-SUS porque não dá certo? Então todo mundo não vai fazer os pedidos de exames. Embora eu acho que ninguém faça mesmo. Mas, explicar exatamente o que eles querem que a gente preencha porque é um sistema bom e tem muita coisa só que é pouco explorado (ZCMED01).

Às vezes eu não tenho domínio total. Às vezes eu acho que eu não tenho conhecimento total, então eu acho que eu estou cumprindo uma obrigação do que me foi passado, de alimentar a produção. As vezes tem coisa tipo esse curativo especial, até hoje não ficou muito

especificado o que é, então tem coisas que o jogo assim, porque eu tenho que jogar, para não deixar de jogar a produção. Eu sinto que é uma coisa que eu não me apoderei assim, que eu não entendo completamente, mas faz parte do meu trabalho, é minha obrigação então... eu faço (ZCENF02).

Ainda não tem no prontuário eletrônico, assim, eu acho que deveria... o paciente atende, ele é atendido hoje, e ele foi atendido a uma semana atrás...se você entrar, você não consegue ver o atendimento dele. Então eu acho que falta isso para você dar uma continuidade, para você poder... eu não sei se só o médico consegue ter esse acesso, mas eu acho que o médico e o enfermeiro deveriam ter esse acesso. Se o paciente que está, não só na unidade, as vezes ele foi em outra unidade. Aí ele vem aqui e eu quero saber o que foi, o histórico dele lá da outra unidade, então pelo e-SUS eu poderia até puxar e a gente não tem isso (ZCENF04).

Comunicação falha

Essa unidade foi formada com o agrupamento de experiências quanto a utilização do sistema e-SUS AB, relacionado com a percepção de que seu desenho privilegia o uso por profissionais de medicina e interfere em uma prestação de cuidados interdisciplinar e multiprofissional.

No meu (trabalho) acho que... mais no dos médicos, que no meu em si... eu acho que não... porque é só produção. Só quando usa (ZPTE02).

O médico, já faz isso. A gente até consegue abrir a parte médica, eu consigo ir lá, pesquisar, ver cadastro, medicação que o paciente tomou, prescrito, mas a parte odontológica, não tem nada. E a parte odontológica precisa porque o dente está com curativo, aí você sabe se está aberto pra canal ou não ou se está com um curativo de demora, então eu que a gente precisa é o que mais a gente precisa é isso, o cronograma e ficar online pra outros profissionais também estarem nessa pasta desse paciente (ZCDEN01).

Acho que ele foi na verdade, ele foi assim, um programa voltado mais para atendimento médico do que o atendimento da equipe inteira, em geral assim. Então o médico consegue usar ele, atende todas as necessidades, porque ele vai lá ver tudo, até para ele imprimir a prescrição ele consegue tudo bonitinho, mas por exemplo para enfermagem a gente já não consegue, tem algumas dificuldades... não atende como a gente tem que fazer a consulta (ZPENF03).

O paciente tem um prontuário dele que fica exclusivamente com a gente aqui, [...] o médico não tem acesso ao nosso a não ser que ele peça, e nós no do médico a não ser que vá buscar, não é um prontuário único (ZPDEN04).

O segundo componente da categoria central “Uso perverso do sistema” está relacionado com o sistema e as ferramentas que ele tem a oferecer aos profissionais, construído por dois temas identificados como fragilidades e potencialidades do sistema e-SUS AB.

Potencialidades do sistema e-SUS AB

As experiências dos profissionais com o sistema e-SUS AB estão relacionadas com os elementos de qualidade que o mesmo possui, quando comparados com o antigo SIAB.

Para os profissionais que utilizam o sistema e-SUS AB foram relatadas experiências positivas quanto ao aumento de informações acessíveis que norteiam o seu trabalho para os ACS que utilizam o software CDS como norteador em visitas no território adscrito a UBS. Em contrapartida, acham prolongado o processo de digitação dos dados pós visitas e opinam que seu trabalho seria mais ágil com a presença do e-SUS AB território (uso de tablet).

Você estar lá na hora, no dia a dia. é o norte também, para as próprias visitas, porque lá, ele tem tudo. Ele tem o que está querendo saber, o que ele precisa transmitir, então na hora da visita eu sei mais ou menos o que perguntar, o que esperar do paciente. Não tenho que ficar inventando (ZCACS02).

Na parte do e-SUS facilitou porque tem muito detalhe. Você tem que colocar qual a família da casa. Tem que colocar um por um..tudo detalhado..tudo certinho[...] Assim. beeem detalhado.. É onde acaba sendo mais complexo, mais demorado[...]Jeu acho que se... a gente tivesse aquele tablet pra visita da gente..ajudava mais..pensa pra você ver o transtorno, que é pra você passar pro caderno...passar pro computador (ZCACS01).

Seguindo esse pensamento, os profissionais que usam o software PEC, notaram melhora tanto na organização do trabalho quanto no resgate de informações de atendimentos anteriores, além aumento quanto ao fluxo de usuários e agilidade durante as consultas por parte dos profissionais da medicina.

Ajudou muito nessas informações, quando você vai pesquisar o paciente, você acha ele com facilidade (ZCENF04).

Acho que foi melhor prontuário eletrônico, no começo, por que por exemplo já está ciente, que “eu tomo tal e tal medicação”. Aí a gente entra lá no atendimento médico o que a gente consegue ver, as prescrições, desde que o médico alimente bem o programa (ZPENF03).

A gente consegue ter um fluxo maior de pacientes, por ser uma consulta teoricamente mais rápida, descrever tudo demora muito. Fica mais organizado. Tem alguns pacientes que são de outras unidades vem para nossa unidade, muda de endereço, consulta às vezes dos outros médicos você não entende a letra ou está meio bagunçado, a gente consegue puxar pelo computador os antecedentes do paciente, tem paciente que só deixa coisa para eu renovar por exemplo: eu consigo puxar a história dele no computador então eu acho importante é esse registro (ZCMED03).

Eu gosto do e-SUS... porque ele é organizado... ele organiza as coisas (ZCTE01).

Rapidez, bastante...é, em termos assim... as vezes por exemplo... alguma, o paciente me fala que tem alguma consulta... uma consulta passada. [...] Então eu vou lá eu consigo olhar, a consulta que eu fiz tal dia, eu fiz isso, isso e isso. Várias vezes já aconteceu que eu perdi o papel, então, o e-SUS me ajudou muito. Porque eu não lembro, eles chegam falando, mas eu não lembro. Então isso me ajudou assim, demais, demais mesmo (ZCMED01).

Ao contrário do SIAB, o sistema e-SUS AB permite a interação de todos os profissionais com sua interface o que possibilitou a descentralização do trabalho, diminuindo a responsabilidade administrativa de produção da equipe, diminuindo a carga do profissional de enfermagem, que em grande maioria assumia o papel de reunir as fichas de atendimento da equipe e alimentar o SIAB.

A gente está bem mais em contato. Eu acho mais fácil. Esse SIAB a gente preencher a folha aqui, uma folha branca, a enfermeira passava e ficava... ficava por isso mesmo. Então, eu acho que esse aqui a gente tem mais acesso, do que esse SIAB (ZCDEN02).

Você gastava mais um dia. Aí você tinha que passar todos os agentes de saúde, de auxiliar, eu acho que agora cada um faz o seu. Eu acho que isso assim... cada um é responsável, porque querendo ou não eles acabam sendo responsáveis pela produção deles,

porque não eram. Assim, fazia ou não fazia quem ia passar era eu, era eu mesmo. E até quem iria responder era eu mesma, então eu achei que isso ajudou bastante (ZCENF04).

O SIAB era mais enfermeira que mexia.. padrão (ZCTE01).

O SIAB não era a gente que alimentava. Eu acho que a gente tem uma...a gente simplesmente mandava a produção para o coordenador e ele alimentava o SIAB. A gente nunca fez essa alimentação direta. Então eu acho... não deixa de ser... não um controle, mas, uma situação mais íntima da gente com a alimentação (registro) (ZPDEN04).

Outro ponto importante foi a diminuição do uso de fichas em papel e o sentimento de segurança dos dados produzidos.

Menos papel. Menos papel. Eu detestava. rsrs. Nossa... eu achava que não resolvia muito (ZCACS02).

Não fica aquela papelada para a gente ficar guardando e não tem onde guardar e fala assim: “Não pode jogar fora o papel”. [...]. O tanto de papel que usava, foi excelente. Eu acho que a gente fica respaldado, protegido, ninguém pega a informação de ninguém porque a gente tinha muito medo disso. Porque ia para a clínica odontológica, que é central. [...] Então agora o que é meu é meu, aí já fica registrado (ZCDEN01).

Fragilidades do sistema e-SUS AB

Um ponto frágil do sistema está ligado ao não oferecimento do componente legal aos profissionais por meio de certificação digital e assinatura eletrônica. Os profissionais, por estarem vivenciando essa transição realizam os atendimentos por meio do PEC, imprimem a folha de atendimento, assinam e anexam ao prontuário de papel que é armazenado na UBS. Afeta principalmente o trabalho dos profissionais de enfermagem, pois a dificuldade de recursos (tinta de impressora, papel e/ou ausência de manutenção dos equipamentos) e as normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que exigem assinatura e carimbo do profissional, os estimulam a não utilizar o PEC, direcionando o uso do prontuário de papel e inserção das informações no item “produção”. Ou ainda, gera um ciclo de retrabalho, pois os profissionais repetem informações em ambos prontuários ou *softwares*. Ainda relatam a

respeito de múltiplos sistemas para inserir as informações, o que reflete em uma consulta de enfermagem mais demorada.

Você tem que fazer a chamada da doutora, jogar no computador. Mais um pouco você tem que fazer a outra chamada... que não é do e-SUS que é a ginecologista. Mas você tem que anotar tudo no boletim, tudo manual. Aí vamos supor, chega uma paciente para fazer uma injeção, aí você tem que ir lá no prontuário dela, anotar o que você fez e ir lá no computador e jogar (registrar) (ZCTE01).

Os procedimentos em geral... a maioria, eu não jogo os meus atendimentos lá no prontuário eletrônico, eu jogo em procedimentos, produção e anoto no prontuário (ZPENF03).

A gente entende que é importante, só que ao mesmo tempo, por exemplo você recebe a visita do COREN, você tem que estar tudo anotado nos cadernos. Então assim, eu já tenho déficit de funcionário. Aí eu tenho que continuar anotando tudo nos cadernos e passando a produção do e-SUS, então é desgastante. Eu acho que poderia sim, vai ser tudo no e-SUS, então a gente ia abolir esses cadernos e ter que ficar anotando tudo. Seria interessante se o prontuário fosse tudo no e-SUS, porque as vezes a gente acaba fazendo dois serviços (ZCENF02).

“Tem que... tem que usar o prontuário” (repete fala de um representante do conselho de classe). O COREN veio, ele queria um prontuário que a gente tivesse escrito ... Anotado as coisas. Eu falei: Aa gente joga no computador. Eles falaram: “Não! Você tem que anotar no prontuário do paciente”. Então é dois serviços que a gente está tendo aqui. Aí a gente joga para doutora, ela faz o atendimento e depois se a gente faz um curativo, uma insulina, a gente senta lá e joga (insere) (ZCTE01).

Quando eu faço pré-natal, aí é chato porque eu tenho que jogar um monte de coisa no SISprenatal e é muita burocracia. Daí primeiro eu anoto tudo no prontuário, depois eu abro o SISprenatal e jogo tudo no SISprenatal, depois eu tenho que abrir o e-SUS e jogar tudo no e-SUS. Então eu acho que demora muito (ZCENF02).

Outro ponto é a identificação da necessidade de uma ferramenta que auxilie o planejamento das ações de cuidado do profissional da enfermagem, pois o atual modelo de consulta SOAP, está incompleto quando se trata de ferramentas que permitam a sistematização da assistência em enfermagem.

Tem todo aquele lá negócio e o e-SUS não me permite fazer uma consulta de enfermagem bonitinha, com todos os passos, coleta de dados, planejamento, diagnóstico de enfermagem, conduta e tal (ZPENF03).

7.DISSCUSSÃO

A busca pela saúde eletrônica ou e-Saúde permeia o uso de TICs a fim de dar suporte às práticas, sendo alicerçada em domínios que envolvem administração, assistência e ensino relacionadas a área. A busca por uma saúde eletrônica é um tema atual e muitos países estão dando respostas referentes a preocupação em alcançar uma cobertura de saúde por meio das tecnologias (OMS, 2017), como também, alguns grupos estão realizando estratégias para reformular seus sistemas de saúde, a fim de conseguir assistências mais seguras, efetivas e com acesso.

Um exemplo a ser evidenciado é o da União Europeia, que está investindo em soluções digitais com meta de até 2020 para melhorar a saúde, visando o intercâmbio entre fronteiras. Nessa perspectiva, a Espanha conta com uma e-Saúde estruturada com ferramentas de e-consulta, teleconsulta, Historia Clínica Digital do Sistema Nacional de Saúde e receita eletrônica, sendo este último, interoperável entre as comunidades (ESPAÑA, 2019). Nesse sentido, o Brasil está buscando um SUS eletrônico e vem desenvolvendo estratégias, normativas e legislações para alcançar esse objetivo (BRASIL, 2017a).

Segundo Van Der Kleij e colaboradores (2019), a e-Saúde pode contribuir com a APS em três funções, sendo a primeira relacionada a informar, monitorar e rastrear; a segunda relacionada a interação entre os participantes da saúde; e a terceira relacionada a utilização de dados como fonte para decisões e intervenções. No entanto há desafios a enfrentar como sistemas que tenham padrões de segurança, ética e interoperabilidade (SHAW et al., 2017).

A implantação do sistema e-SUS AB juntamente com os outros componentes da estratégia, vem com a proposta de reestruturar o processo de captação e uso das informações na atenção primária. Concernente ao sistema e-SUS AB no Brasil, ele traz em sua concepção características e ferramentas voltadas para as necessidades específicas da atenção primária, como a utilização de nomenclatura diretiva como a CIAP2 e do modelo RCOP, além de adequar o fluxo organizativo das UBS.

O estabelecimento de metas durante planejamento para implantação do sistema, está previsto quando se trata de gestão da mudança, no entanto, apenas estipular datas não concretiza processos. As primeiras metas e prazos estabelecidos pelo MS para o início da implantação do e-SUS AB visando o envio de dados, foi para o primeiro prazo em julho de 2014, com seguinte prorrogação para dezembro de 2015, com suspensão de repasse de verbas agendado a partir de abril de 2016 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016b)

Faz-se sentido haver pressão institucional para o cumprimento dos prazos pelas UBS que aderiram ao sistema e-SUS AB, no entanto, o lado negativo dessa situação, associado a uma debilidade na organização desse processo, culminou em uma corrida para cumprimento desses prazos, para início da implantação e envio dos dados ao SISAB, vivenciada negativamente pelos profissionais. Coube a eles o registro de todos os cidadãos no sistema, em tempo muito justo, mesmo que preconizado pelo manual a realização de cadastramento conforme a demanda. A mudança gerada pela implantação do sistema e-SUS AB, caso planeada, se adequaria a uma mudança incremental, no entanto, devido ao contexto acabou gerando mudanças de forma repentina.

Quando se trata de mudança em uma organização, há alguns elementos importantes como a visão, as habilidades, os incentivos, os recursos e o plano de ação que somados levam a mudança em concreto. No entanto, na ausência de alguns elementos podem ocasionar sentimentos como confusão, ansiedade e frustração (AMBROSE, 1987; CAMPBELL, 2008), sendo esses, incorporados à realidade dos participantes deste estudo.

Há três aspectos que desfavorecem a introdução de SIS informatizados no Brasil, sendo esses, dificuldade durante o processo de implantação, desafios para capacitar os profissionais e dificuldades quanto a estrutura organizacional (BRANCO, 1996). Nota-se que, apesar de passados mais de duas décadas do estudo de Branco (1996), as dificuldades ainda permanecem pois, se tratando da implantação do e-SUS AB no cenário estudado evidenciou-se a falta de recursos materiais e de habilidade devido a não capacitação, que na visão dos profissionais tornou difícil o processo da mudança. Com isso, pode-se inferir que não houve planejamento suficiente da comissão municipal responsável pela implantação do sistema no município, quando relacionado com estratégias em curto, médio e longo prazo na introdução de uma mudança em uma organização de saúde (CAMPBELL, 2008).

Outro fator importante no processo de implantação do sistema e-SUS AB é a respeito da verticalização das políticas e normativas no Brasil, que nesse caso, é permeada de aspectos obrigatórios e punitivos, que reverberam principalmente nas esferas municipais (CAVALCANTE et al., 2019) e consequentemente nas UBS, sendo a verticalização, um ponto importante a se acrescentar, como item influenciador no processo do uso perverso do sistema.

Dentro das teorias de gestão e organização das mudanças, a capacitação ganha espaço importante, trazendo aspectos de rompimento de barreiras para alcançar o objetivo de preparar as pessoas para a mudança (CAMPBELL, 2008). Alguns estudos trazem relatos das experiências quanto a capacitação dos profissionais para uso do sistema e-SUS AB, sendo

essas, caracterizadas como ineficientes (COSTA, 2015; OLIVEIRA et al., 2016; ASTOLFO; KEHRIG, 2017). Ainda nesse sentido, Cavalcante e colaboradores (2019), em seu estudo de rede de atores e a influência na informatização da APS no estado de Minas Gerais, traz a capacitação como um dos pontos essenciais, de passagem obrigatórios, para a implantação da estratégia e-SUS AB.

A capacitação está prevista como item a ser disponibilizado e está como responsabilidade das comissões responsáveis pela implantação do sistema (BRASIL, 2018a) no entanto, vê-se que a ausência de recursos financeiros para a contratação de um profissional especializado é presente na realidade do cenário estudado, sendo que quando oportunizado, não foi concretizada.

Um exemplo positivo a se destacar, vivenciado pela pesquisadora desse estudo, no estágio de Doutorado Sanduíche na comunidade de Madrid, foi na Unidade de Formação Continuada, onde é oferecido aos profissionais cursos básicos e avançados com frequência de três a quatro meses ao ano, em diferentes Centros de Atenção Primária. O principal objetivo dos cursos é proporcionar a aquisição de conhecimentos e habilidades relacionados ao uso da História Clínica Eletrônica aos novos profissionais, bem como, atuar como forma de reciclagem e também pontualmente, quando ocorre atualização no sistema.

Outra experiência positiva na visão dos profissionais de saúde foi com a capacitação à distância realizada antes da implantação do sistema de atenção farmacêutica HORUS que, atualmente, possui interoperabilidade com o sistema e-SUS AB (COSTA et al., 2017). Experiência que poderia ser otimizada levando em consideração o custo benefício e o alcance no nível territorial.

A experimentação é um fator importante na introdução de novas tecnologias sendo que está diretamente relacionada a adoção e uso pelos profissionais (ROGERS, 2003). Os sentimentos evidenciados pelos profissionais de não confiança no sistema podem estar relacionados com experiências negativas de extravio de informações anteriores, bem como com a ausência de sensibilização da equipe a respeito do e-SUS AB. Em um estudo realizado na mesma DRS XIII, foi evidenciado que não houve experimentação prévia do sistema e-SUS AB e que sua inserção foi de forma abrupta (ZACHARIAS, 2019). Outros estudos também corroboram com esse aspecto (SILVA et al., 2018, CAVALCANTE et al., 2018; SANTOS; MARIN, 2018).

O trabalho de equipe na saúde pode ser considerado como maneiras de se relacionar dentro de um processo de grupo onde ocorre trocas de saberes e interesses formando uma rede de relações entre pessoas (PEDUZZI, 2018). Um dos pontos positivos trazidos pela

influência da pressão institucional foi a construção de redes de aprendizagem colaborativa entre os membros das equipes e entre as UBS.

Tais mecanismos de aprendizagem, seja pela relação de troca de saberes entre colegas da mesma equipe ou a criação de grupos para troca de mensagens agregando profissionais de outras equipes, foram importantes para o desenvolvimento da utilização do sistema e consequentemente para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais durante o envio inicial dos dados para o SISAB. Também está sendo importante durante as atualizações de nível menor e maior. Em outro estudo realizado em Minas Gerais, foi evidenciado também a colaboração entre os colegas com uso de grupo em multiplataforma de mensagens instantâneas relacionados ao sistema e-SUS AB (CAVALCANTE et al., 2019).

Cabe refletir que mesmo a colaboração sendo um ponto positivo, deve-se preocupar com a fidedignidade do que está sendo repassado entre os colegas e a diversidade de maneiras de registrar no sistema, como evidenciado nesse estudo, que destoam do preconizado pelo manual do PEC.

Neste cenário de estudo percebe-se que há inserção de registros no sistema sem um propósito firmado e de não apropriação das informações geradas pelos relatórios do SISAB, pois o “enviar dados” parece não estar vinculado ao “para que usar?” ou “para quem?”, inferindo que não houve apropriação ou apreensão das informações e sua utilidade para o contexto do cuidado em saúde e sim, apenas para produção. Desta forma, os mesmos resultados foram encontrados no trabalho de Silva e colaboradores (2018), em que sistema foi subutilizado para processos decisórios, característica essa, que estava presente com o antigo sistema SIAB (CAVALCANTE et al., 2013).

Referente a qualidade dos dados enviados, pode-se notar que ainda não há instrumentos do MS que avaliem indicadores gerados pelo PEC, o que pode contribuir para registros assistemáticos entre a equipe. Atualmente na comunidade de Madrid, a Carteira de Serviços da Atenção Primária, dentre outros aspectos, é uma ferramenta de gestão apoiada pela história clínica eletrônica, sistema de registros, que está implantado há mais de 20 anos. Com essas duas ferramentas alinhadas, se avaliam todas as informações inseridas pelos profissionais de saúde por meio de protocolos unificados para toda a comunidade, permitindo a importação de dados mais validos e confiáveis, além de avaliar o cumprimento, em porcentagem, dos indicadores da carteira de serviço (ESPANHA, 2014).

Nota-se uma ruptura de comunicação no nível horizontal, devido o desconhecimento dos profissionais a respeito do uso do sistema, pois consideram que o sistema não permite a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade referente ao atendimento

integral do usuário pela equipe, e, portanto, não geram compromissos e ações correspondentes. Ainda, há a ruptura de comunicação no nível vertical, quando se trata do processo de DICCA, pois a comunicação de qualidade e a ação produtiva, ligada estratégias dirigidas a fins, não está acontecendo (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2006). Com isso, pode-se considerar que há incompletude para processos de gestão locais e de qualificação de cuidados, pois o sistema ainda é mais utilizado para funções administrativas. Todavia, essa ruptura de comunicação e uso das informações está mais diretamente ligada ao despreparo dos atores humanos (profissionais da saúde e gestores) do que por fragilidade dos sistemas, característica essa, que estava presente durante a utilização do SIAB (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Segundo Mota e Carvalho (2003), um sistema de informação em saúde é composto por subsistemas principais que contemplam as informações epidemiológicas, financeiras, sociodemográficas e de informações clínicas. Além disso, deve conter elementos de qualidade que proporcionem eficiência, eficácia e qualidade ao cuidado em saúde e informações para processo e ensino e pesquisa (MARIN, 2010).

Nesse estudo foram apontados, pelos profissionais, características que qualificam o sistema e-SUS AB como melhoria na organização do trabalho. Corroborando com os achados de outros estudos que também trazem, como ponto positivo, o sistema e-SUS AB auxiliando na organização do serviço das unidades de saúde (OLIVEIRA, 2016; MORAES, 2016; GOMES, 2019).

Um dos objetivos da Estratégia e-SUS AB facilitar a organização do fluxo de atendimento, não se restringido a isso, pois objetiva também direcionar o atendimento clínico ao usuário e o aprimoramento das informações de cadastramento da população do território, contemplando os aspectos sociais e demográficos, podendo auxiliar em processos decisórios e qualificação do cuidado (BRASIL, 2018a).

Sabe-se que o profissional de enfermagem na APS, incorporou distintas atribuições na sua rotina durante vigência do SIAB, atribuindo-lhe função de supervisor periódico dos dados inseridos nas fichas (RADIGONDA, 2010) e de digitador, evidenciado nesse estudo. Uma das pretensões da estratégia e-SUS AB é a redução da carga de trabalho dos profissionais durante o processo desde a coleta até o uso das informações, permitindo que esse processo não seja uma atividade a parte das atribuições dos profissionais (BRASIL, 2013a). Uma das preocupações com a inserção de sistemas de informação no cotidiano do trabalho é a possível influência negativa em sua essência (GODOI, 2012) pois, a inserção de inovações influencia as cargas de trabalho de modo ambíguo, podendo aumentá-las ou

diminuí-las (PIRES, 2012). Essa relação ambígua esteve presente no cenário estudado, durante a transição do SIAB para o e-SUS AB, com a substituição de funções administrativas para o profissional de enfermagem, de digitador dos dados da equipe no sistema SIAB para assumir, em alguns casos, a capacitação dos demais profissionais.

A ausência de certificação digital para os profissionais que usam o PEC, refletiu em retrabalho ou não uso do sistema, priorizando o prontuário em papel. Digitar informações posteriores ao atendimento ou realizar retrabalho, exacerba a probabilidade de falhas e inserção de informações errôneas, podendo prejudicar o processo de tomada de decisão (BRASIL, 2004). De acordo com o artigo 4º da Resolução do COFEN de 429/2012, (COFEN, 2012) há obrigatoriedade de impressão dos documentos para guarda e manuseio, caso a instituição possua um registro eletrônico e não tenha providenciado a assinatura eletrônica para os profissionais. A preocupação com a certificação digital do prontuário foi explanada pela classe de enfermagem neste estudo e para corroborar com os achados, um estudo realizado por Gomes e colaboradores (2019) também trouxe essa preocupação dos enfermeiros e o respaldo legal do PEC para o cotidiano de trabalho.

Com a era da internet, a possibilidade de compartilhar informações de saúde é uma realidade, no entanto, um dos empecilhos é o reconhecimento da autenticidade e legalidade dessas informações nos documentos digitais. A certificação digital é um documento que contém uma chave pública de informações pessoais, que valida uma assinatura feita em um documento eletrônico (BRASIL, 2001). Em um estudo recente, desenvolvido nas Américas, evidenciou-se um índice que 62% dos países possuem leis a respeito das assinaturas eletrônicas para os profissionais, no entanto não especificam como é regulado o acesso aos registros médicos eletrônicos, sendo uma exceção o Peru (BORBOLLA, 2019).

No Brasil, a certificação digital foi promulgada como lei no ano de 2001 pela MP 2.200-2, por meio da qual institui a infraestrutura de chaves públicas brasileira - ICP-Brasil, para garantir, dentre outras, a autenticidade, a integridade e a validade jurídica de documentos em forma eletrônica. O marco para a certificação digital na área da saúde foi por meio de resolução, que assegura a classe médica o respaldo legal, sendo reconhecida em 2009 pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e pelo COFEN (CFO, 2009; COFEN, 2012).

Atualmente, o CFM disponibiliza uma versão digital da carteira de identificação do médico (*smartcard*), no entanto, a adesão é facultativa e os custos são arcados pelo solicitante. No que se refere a certificação digital para o sistema e-SUS AB, essa questão, entrou em discussão, vinculada ao Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde nacional, porém não há ainda registros de avanço até o momento (BRASIL, 2017a).

A ausência de ferramentas no sistema e-SUS AB que auxiliem o profissional durante o processo de enfermagem foi considerada uma limitação neste estudo, no entanto, segundo estudo realizado a partir da analogia entre as etapas do processo de enfermagem e os campos SOAP do PEC, evidencia-se que é possível realizar os registros de enfermagem por esses campos, tendo como suporte, outras ferramentas que complementam o processo (SILVA; CARVALHO, 2016). Corrobora com essa afirmação, um estudo realizado no estado de Minas Gerais que, apontou o PEC como uma importante ferramenta para o registro de suas atividades, bem como para a continuidade da atenção à saúde por meio dos planos de cuidado, no entanto, para atender as particularidades da realização dos diagnósticos de enfermagem é necessário a utilização das taxonomias e classificações específicas da enfermagem (GOMES, et al., 2019). Um exemplo da utilização de taxonomias de enfermagem em registros informatizados na APS é nas Canárias-Espanha (NOVO MUÑOZ, 2018) e na comunidade de Madrid que utilizam, de forma adaptada à APS, as taxonomias NANDA, NIC e NOC.

Um dos pontos preconizados pela Estratégia e-SUS AB na concepção de alcançar um SUS eletrônico é a integração entre os diversos sistemas de informação existente na AB, sendo trabalhoso a inserção de informações em distintos sistemas. Cabe avaliar se esta dificuldade foi sanada posteriormente à integração do SisPreNatal ao sistema e-SUS AB. Um estudo evidenciou que existem 23 sistemas de informação oficiais que fazem interação com a APS, sendo integrados até o momento sete sistemas, dentre eles o SisPreNatal, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (GILIATE; REIS, 2019). Há alguns aspectos que tornam desafiador o processo de integração de sistemas de informação, como a interoperabilidade sintática e semântica e captação de dados eficientes (BRASIL, 2017b, 2018b).

O processo de implantação da estratégia juntamente com o sistema ainda é incipiente, comparado com outros países, mas vê-se que há iniciativas de cunho legislativo para apoiar o desenvolvimento e a cobertura nacional da estratégia. Os profissionais, usuários e gestores vivem a transição desse processo, do papel para o digital, e como evidenciado neste cenário estudado, o sistema trouxe mudanças para as organizações de saúde. Ressalta-se que a gestão a mudança na saúde é um passo muito importante a se realizar, como aponta um estudo, onde utilizando-se a gestão da mudança durante a implantação de um prontuário eletrônico, elevou o limite de transformação digital acima de 95% (AUGUSTE, 2013).

Como limitante deste estudo, destaca-se a não inclusão dos profissionais integrantes das comissões estratégicas para a implantação do sistema e-SUS AB, o que poderia permitir

uma compreensão maior desse processo. A representatividade se condiciona ao DRS XIII do estado de São Paulo, não evidenciando a experiência com o uso do sistema no nível nacional. Além disso, a impossibilidade de realizar as entrevistas em um ambiente neutro, ou seja, fora do local de trabalho dos participantes do estudo.

Apesar dos fatores limitantes, este trabalho contribui para avanço da transição em busca de uma saúde informatizada e que pode ser utilizada como instrumento de reflexão para a planificação das demais implantações no restante do país. O e-SUS AB traz estratégias, ferramentas e propostas que se sobrepõe ao antigo sistema da APS, no entanto, há necessidade de sanar as dificuldades explanadas nesse e em outros estudos, que se arrastam de experiências com outros sistemas de informação implantados anteriormente, para que possa ser uma ferramenta de auxílio da qualificação do cuidado, que é uma das reais finalidades de sua concepção, e não apenas para permanecer no ciclo de coleta e produção de dados.

8. CONCLUSÕES

Este estudo objetivou analisar as experiências dos profissionais da equipe de saúde quanto ao uso do sistema e-SUS AB, visto que ele pode ser considerado como uma mudança tecnológica e de processo de trabalho.

Considera-se que as experiências dos profissionais que atuam no serviço são importantes, pois são eles os reais consumidores do produto, que é o sistema, e também vivenciam questões de gestão no nível federal, como as verticalizações de políticas que repercutem no nível local.

Conclui-se que o desconhecimento quanto a utilização das ferramentas do sistema, ausência de recursos materiais e manutenção dos equipamentos são os principais fatores que interferem para o processo de registro no sistema e-SUS AB, e esses, se fazem necessários com a implantação do sistema e-SUS AB.

As experiências dos profissionais evidenciam um processo de implantação iniciado com sentimentos confusão e ausência de habilidade e recursos, além de um processo de incentivo danoso, conduzido sob a perspectiva de pressão institucional associado à possível ausência de planejamento. Ainda se percebe, após um ano e meio do início de implantação, uma ausência da total compreensão da capacidade do sistema de apoiar o processo de trabalho para o cuidado e a gestão da saúde em nível local, bem como sentimentos de utilização do sistema para gerar dados para o sistema nacional.

Por outro lado, as potencialidades e benefícios, da mudança do sistema, são explícitos. Mostrando que o novo sistema traz benefícios quanto a organização do trabalho, continuidade no cuidado e redução da sobrecarga de trabalho administrativo sobre o enfermeiro. Para suprir as necessidades de ausência de habilidade da utilização do sistema, foram criados mecanismos de aprendizagem colaborativa.

Considera-se que há necessidade de estudos a respeito da identificação, benefícios e investimento da educação digital para os profissionais que atuam na atenção primária, no Brasil, para que as informações geradas no nível federal possam realmente serem utilizadas no nível local. Além disso, é uma necessidade emergente frente a realidade de informatização da APS, bem como, em um futuro, de informatização da saúde pública do SUS.

Essas experiências compartilhadas podem auxiliar os gestores e profissionais, no planejamento neste processo de transição dos municípios brasileiros que ainda não passaram pela implantação do sistema e-SUS AB, versão PEC. Tais medidas podem ser direcionadas em ações mais assertivas pelos órgãos gestores, ante da implantação do sistema e-SUS AB, como melhoria na formação dos profissionais, garantia dos recursos necessários de infraestrutura e fornecimento de suporte, visando garantir a qualidade do sistema, da

informação e do serviço de saúde. Cabe ressaltar que a avaliação periódica da situação de implantação e uso do PEC no Brasil é necessária pois, pode auxiliar em melhoria de estratégias e de políticas para alcançar um dos objetivos da estratégia e-SUS AB, de implantação do sistema e-SUS AB com PEC com cobertura nacional.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023, 2018.

ALAZRAQUI, M.; MOTA, E.; SPINELLI, H. Health Information Systems: from closed systems to social citizenship. A challenge for the reduction of inequalities in local management. **Cadernos de Saúde Pública** [Internet], v. 22, n. 1, p. 2693-2702, 2006.

AMBROSE, D. **Managing Complex Change**. Pittsburg: The Enterprise Grp Ltd. 1987

ASTOLFO, S.; KEHRIG, R. T. O processo de implantação de uma estratégia integrada de SIS na APS: a experiência do e-SUS AB no Mato Grosso, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 7, n. 1, p. 8-15, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1169/1276>. Acesso em: 19 dez. 2019.

AUGUSTE, J. Applying Kotter's 8-step process for leading change to the digital transformation of an orthopedic surgical practice group in Toronto, Canada. **Journal Health Medical Informatics**, v. 4, n. 129, p. 2, 2013. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/6bba/23cfc08f431dc927bb3db8873139c271dc05.pdf?_ga=2.50074726.1753759809.1578926030-1564401000.1578411708. Acesso em: 10 dez. 2019.

BORBOLLA, D.; BECERRA-POSADA, F.; NOVILLO-ORTIZ, D. Marco legal para registros médicos electrónicos en la Región de las Américas: definición de dominios a legislar y análisis de situación. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 43, n. 1, p. 1-25, 2010. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49758?locale-attribute=pt>

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, 1996. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.125, de 4 de novembro de 1974**: Autoriza o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, e dá outras providências. Brasília, 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6125.htm. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica SIAB**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**, 6a. ed., Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**: Resultado do Processo Avaliado 2004-2006. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.466, de 14 de outubro de 2009:** Institui o Comitê de Informação e Informática em Saúde - CIINFO/MS, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2466_14_10_2009.html. Acesso: 06 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011:** Regulamentação da Lei 8080/90. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.072, de 31 de agosto de 2011.** Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072_31_08_2011.html. Acesso em: 21 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS AB [Internet]**, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_implantacao_estrategia_esus.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília, 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016:** Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27229430_RESOLUCAO_N_7_DE_24_DE_NOVEMBRO_DE_2016.aspx. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico]**, Brasília, 2016c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_1_PRELIMINAR.pdf. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-SAÚDE para o Brasil.** Brasília, 2017a. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 19-SEI/2017 CGSMU/DAPES/SAS/MS Interessado - Gestores, Profissionais de Saúde e Profissionais de Tecnologia da Informação:** Esclarecimento sobre a utilização do e-SUS AB e Sisprenatal Web no âmbito da Atenção Básica. Brasília, 2017b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20171130_N_SEI25000.480086201720_4839766236053979234.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 - recurso eletrônico.** Brasília, 2018a. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). **Nota Informativa nº 47/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS** - Integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). Brasília (DF): Ministério da saúde; 2018b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2015**. Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1113_31_07_2015.html. Acesso em: 21 de julho 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.920, de 31 de outubro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde – PIUBS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis/27536191/PORTARIA+N+2920+DE+31+DE+OUTUBRO+DE+2017.aspx>. Acesso em: 14 de nov. 2019.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p.77-101, 2006. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1191/1478088706qp0630a>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRIDGES, W.; BRIDGES, S. **Managing Transitions: Making the Most of Change**. 3ª ed. Cambridge: Perseus Publishing, 2003.

CAMPBELL, R. J. Change management in health care. **Health Care Manager**, v. 27, n. 1, p. 23-39, 2008.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Eletronic Health Record: knowing the experiences of its implementation. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, p. 67-7, 2014.

CARRENO, I; et al. Analysis of the use of data from the Primary Health Care Information System (SIAB): an integrative review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 20, p. 947-56, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63035388031.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CARVALHO, J. A. Information systems and technology: a scientific area oriented to the knowledge needs of professionals involved in the continuous transformation of organizations through information technology. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 2, n. 1, p. 25, 2010.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Actor-networks and their influences on the informatization of Primary Healthcare in Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 23, n. 1, e. 180364, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180364.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Difusão da inovação tecnológica e-SUS AB: aceitação ou rejeição? **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 3, p.1-11, 16 out. 2018. Universidade Federal do Paraná. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55911>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55911>. Acesso em: 20 set. 2019.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 3, p.1-10, 8 ago. 2018. Universidade Federal

do Paraná. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.54297>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55911> Acesso em: 20 set. 2019.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades e subutilização no processo decisório. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p.460-467, 26 set. 2013. Universidade Federal do Paraná. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33555>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33555>. Acesso em: 20 set. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.508-516, abr. 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000200017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200017&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2019.

CHIAVENATO, I. **Administração nos Novos Tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2005. 605 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=go-2Ea1O1dQC&printsec=frontcover&hl=pt-br&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 20 set. 2019.

CONGRESSO BRASILEIRO EM INFORMÁTICA EM SAÚDE, 14. 2014, Santos. **Estratégia e-SUS Atenção Básica: o processo de reestruturação do sistema de informação da atenção básica**. Santos: XIV Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – Cbis 2014, 2014. 7 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305181657_Estrategia_e-SUS_Atencao_Basica_o_processo_de_reestruturacao_do_sistema_de_informacao_da_atencao_basica. Acesso em: 20 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 429/2012**: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 p. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-no-4292012_2155.html. Acesso em: 20 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução N° 1.638/2002**: Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 5 p. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

COSTA, D. C. **O e-SUS na atenção básica: percepção dos profissionais de saúde em um município do recôncavo da Bahia**. 2015. 47 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2015. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/bitstream/123456789/1431/1/Monografia%20daiane%20COSTA.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

COSTA, K. S.; et al. Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.1-5, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.201705100supl2ap>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139700/134982>. Acesso em: 20 set. 2019.

CUCCINIELLO, M.; et al. Understanding key factors affecting electronic medical record implementation: a sociotechnical approach. **BMC Health Services Research**, Milão, v. 15, n. 1, p.1-19, 17 jul. 2015. Springer Science and Business Media LLC. doi:

<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0928-7>. Disponível em:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0928-7>. Acesso em: 20 set. 2019.

DENOMME, L. B.; et al. Primary Health Care Teams' Experience of Electronic Medical Record Use After Adoption. **Family Medicine**, Ontário, v. 43, n. 9, p.638-642, out. 2011. Disponível em:
https://pdfs.semanticscholar.org/b0bc/b3536262867ad8f25e277252dd643a98de89.pdf?_ga=2.11823101.818718679.1578846487-184798675.1578846487. Acesso em: 20 set. 2019.

ESPANHA. Ministerio de sanidad consumo y bienestar social. (Org.). **Servicios de interoperabilidad del Sistema Nacional de Salud**. Disponível em:
https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/e_salud.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

ESPANHA. Servicio madrileño de salud. **Revisión 2014: Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid**. 4 ed. Madrid: Comunidad de Madrid, 2014. 186 p. Disponível em:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernamel=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCartera+de+Servicios+Estandarizados+AP.+Actualizaci%C3%B3n+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352856117736&ssbinary=true>. Acesso em: 20 set. 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.388-394, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020. Acesso em: 20 set. 2019.

GAETE, R. A. C.; LEITE, T. A. Estratégia e-SUS Atenção Básica: o processo de reestruturação do sistema de informação da atenção básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO EM INFORMÁTICA EM SAÚDE – CBIS, 14, 2014, Santos. Anais... Santos: [s.n.], 2014.

GEFEN, D. TAM or just plain habit: a look at experienced online shoppers. **Journal of End User Computing**. v. 15, n. 3, pg. 1-13. 2003.

GHOSH, A.; MCCARTHY, S.; HALCOMB, E. Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study. **BMC family practice**. v.17, n.1, pg.1-7, 2016.

NETO, G. C. C.; REIS, A. A. C. Integração de sistemas nacionais de informação em saúde na atenção básica: o que mudou desde a implantação do e-SUS AB?. In: Anais do congresso brasileiro de saúde coletiva, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**. Campinas, GALOÁ, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/integracao-de-sistemas-nacionais-de-informacao-em-saude-na-atencao-basica--o-que-mudou-desde-a-implantacao--do-e-sus-ab->. Acesso em: 29 out. 2019.

GODOY, J. S. M. et al, O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **J. health inform**, v.4, n.1, pg. 4-9, 2012.

GOMES, I. C.; GAETE, R. A. C. Registro Médico Electrónico en atención primaria de brasil: superando la marca de 22 mil equipos. IX REUNIÓN RELACSI. Argentina, 5-7 de agosto de 2019. Póster N° 74. (Consultado el 12/7/19.) Disponible en:
<http://www.paho.org/relacsis/index.php/es/docs/recursos/reuniones-relacsis/9-reunion-buenos-aires-argentina/posters-ix-reunion-relacsis/481-74-ix-rsis-rme-e-sus-ab-brasil>

GONZALES, I.; et al. Teoria Unificada de Aceitação e Uso da Tecnologia: Revisão do UTAUT como Estrutura Conceitual em Eventos Científicos Brasileiros. In Atas da Conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação, v. 17, pg. 305-320, 2017.

GREIVER, M.; et al. Implementation of electronic medical records: Theory-informed qualitative study. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 10, pg. 390-97, 2011.

SHAW, T.; et al. What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. **Journal Medical Internet Research**, v.19, n. 10, pg. e324, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29066429>. Acesso em: 19 dez. 2019.

Kotter, J. **Leading Change**. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.

LAHM, J. V.; CARVALHO, D. R. Electronic health records: evaluation of usability by the nursing team. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, pg. 38-44, 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/596/36485-151066-1-pb.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

LAMMINTAKANEN, J.; SARANTO, K.; KIVINEN, T. Use of electronic information systems in nursing management. **International Journal of Medical Informatics**, v. 79, n. 5, pg. 324-31, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207191>. Acesso em: 19 dez. 2019.

LANZONI, M. M.; MEIRELLES, B. H. S.; CUMMINGS, G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados." **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, pg. 1-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/0104-0707-tce-25-04-4190015.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

LEMONS, C., CHAVES, L., AZEVEDO, A. L. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/5233/6605>. Acesso em: 19 dez. 2019.

LIMA, S. M. **Mudança organizacional: uma introdução**. Rio de Janeiro: FGV. 2003
Lincoln, Y. y Guba, E. **Naturalistic Inquiry**. Newbury Park, CA: Sage Publications Lt, 1985.

LUDWICK, D.A.; DOUCETTE, J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. **International Journal of Medical Informatics**, v. 78, n. 1, pg. 22-31, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644745>. Acesso em: 19 dez. 2019.

MARCOLINO, J., SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, pg. 314-20, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200016>. Acesso em: 19 dez. 2019.

MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: Massad E, Marin HF, Azevedo Neto RS (editores). O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: USP; 2003. p.1-20.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, p. 20-4, 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>. Acesso em: 13 junho 2019.

MARTINS, A. R. **Gestão da mudança na saúde: da revisão à acção**. 2012. 99 p. Projecto de Mestrado em Gestão. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. 2012.

MELLO GODOI, J. S. et al. The use of electronic health records by nurses in Primary Health Units in Brazil. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 1, p. 3-9, 2012.

MELLO, M. H. P; GOTLIEB, S. L. D. O sistema de informação de atenção básica como fonte de dados para os sistemas de informação sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. **Informe Epidemiológico SUS.**, v. 10, n. 1, p. 7-18, 2001. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100002. Acesso em: 13 de junho de 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 de julho de 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2011.

MORAES, E. G. **Implantação do e-SUS no processo de trabalho em unidade de saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialista em Saúde Pública]. Curso de Especialização em Saúde

MOTA, E.; CARVALHO, D. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. D. **Epidemiología & saúde**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica (MEDSI). 2003.

MUYLDE, C. F. et al. Eletronic medical records patient: technology acceptance by health professionals in Belo Horizonte Region. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.**, v. 14, n. 1, p.40-52, 2017.

NASCIMENTO FREIRES, D. A. et al. Resistência à mudança organizacional: perspectiva valorativa e organizacional. **Psico.**, v. 45, n. 4, p.513-23, 2014.

NICOLETTI FERNANDES, H. et al. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.**, v. 7, n. 1, p. 1915-26, 2015.

NOVO MUÑOZ, M. M. Análisis de la implantación de lenguaje enfermero en centros con historia clínica electrónica. **Ene.**, v. 12, n. 1, p. 1-51, 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n1/1988-348X-ene-12-01-747.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

OLIVEIRA, A. E. C. et al. Implementation of e-SUS AB in Sanitary District IV of João Pessoa (PB): experience report. **Saúde em Debate.**, v. 40, n. 109, p.212-218, 2016. doi: [10.1590/0103-1104201610917](https://doi.org/10.1590/0103-1104201610917). Acesso em: 15 set. 2019.

O'MAHONY, D. et al. Knowledge and attitudes of nurses in community health centres about electronic medical records. **Curationis.**, v. 37, n. 1, p.01-06, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Registros médicos electrónicos en América Latina y el Caribe: Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región**. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28209>. Acesso em: 25 out. 2019.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 22, Supl 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 de nov. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 11, n. 21, p. 34-48, 2006. doi: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2006v11n21p34>

PIRES, D. E. P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, v. 33, n. 1, p. 157-168, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100021>
Pública - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2016.

RADIGONDA B. et al. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde.**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/426/pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2019.

RIBEIRO, M. A. et al. Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral-CE. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde.**, v. 12, n. 3, p. 258-67, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1364>
ROGERS, E. M. **Diffusion of innovation**. New York: The Free Press, 2003.

SANTOS, M. C.; MARIN, H. F. Analysing the use of a computerized system by hospital managers. **Acta Paulista de Enfermagem.**, v. 31, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002018000100002&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 02 dez. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Regionais de Saúde: DRS XIII - Ribeirão Preto**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SENIOR, B. **Organisational Change**. London: Prentice-Hall, 2002.

SILVA, A. A. S.; CARVALHO, A. M. C. Prontuário eletrônico do cidadão: ferramenta para fortalecimento da sistematização da assistência na atenção básica. In: 5º SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. São Luiz-Maranhão. 2016. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/5senabs/anais/resumos/T0267-1.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 21, n. 6, p. 1821-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/21.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SILVA, T. I. M. et al. Diffusion of the e-SUS Primary Care innovation in Family Health Teams. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 1, n. 6, p. 2945-52, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 4, pg. 821-828, 2012. doi:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n4/821-828/pt>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

TERRY, A. L. et al. Implementing electronic health records: Key factors in primary care. **Canadian Family Physician**, v. 54, n. 5, p. 730-36, 2008. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2377228/pdf/0540730.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

TERRY, A. L. et al. Perspectives on electronic medical record implementation after two years of use in primary health care practice. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 25, n. 4, p. 522-527, 2012. doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.04.110089>

TODNEM, R. Organisational change management: a critical review. **Journal of Change Management**, v. 5, n. 4, p. 369-380, 2005. doi: <https://doi.org/10.1080/14697010500359250>

TUOHY, C. **Accidental logics: the dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada**. New York: Oxford University Press. 1999.

VAN DER KLEIJ, R. M. et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges. **European Journal of General Practice**, v. 25, n. 4, p. 179-189, 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1658190>.

VENKATESH, V.; THONG, J. Y. L.; XU, X. Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. **MIS Quarterly**, v. 36, n. 1, p. 157-178, 2012. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41410412>. Acesso em: 15 dez. 2019.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/1998.v8n2/11-48/>. Acesso em: 15 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth. **World Health Organization**. 2017. 156 p.

Yin, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: e-PUB. 2016.

ZACHARIAS, F. C. M. **Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde no Brasil: adoção do e-SUS AB como inovação tecnológica**. 2019. 163 p. Tese de Doutorado [Doutorado em Ciências]. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto: 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-10092019-200502/publico/FABIANACOSTAMACHADOZACHARIAS.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001**: Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas_2001/2200-2.htm. Acesso em: 19 dez. 2019. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução Nº 91 de 20/08/2009**: Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização, uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, quanto aos Requisitos de Segurança em Documentos Eletrônicos em Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 3 p. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=109448>. Acesso em: 20 set. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Norma Nº 07/2013**: Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. 1 ed. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. 24 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/17.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

APÊNDICE I - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADO

ROTEIRO SISTEMATIZADO DE OBSERVAÇÃO

- Localização da UBS
- Fluxo do paciente na UBS
- Locais onde ocorrem o registro de dados
- Processo de registro
- Tipo de registro (PEC, papel)
- Quem insere o registro?
- Ferramentas do sistema utilizadas
- Fatores externos que interferem
- Comentários e expressões dos participantes

APÊNDICE II- Caracterização dos profissionais da equipe de saúde

Por favor, leia atentamente e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante!

1. Sexo: feminino ☐ masculino ☐

2. Data nascimento: ____/____/____

3. Categoria Profissional: _____

4. Grau de escolaridade: _____

5. Pós-Graduação:

☐ Especialização	Área: _____
☐ Mestrado	Área: _____
☐ Doutorado	Área: _____
☐ Outros	Especifique: _____

6. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade? ____ anos ____ meses

APÊNDICE III- Roteiro de entrevista semiestruturado

CONTEÚDO ENVOLVIDO	QUESTÃO NORTEADORA
Conhecimento da implantação	Você estava no momento da implantação do e-SUS AB? Como foi apresentado o e-SUS AB para você? O que mudou na estrutura da unidade para a implantação do e-SUS AB? Quais as dificuldades ou desafios que tiveram? O que você acha que poderia ter sido diferente?
Visão a respeito do e-SUS	Você sabe o que é o e-SUS AB? Como você vê o e-SUS AB? Sua relevância. Justifique Como é o e-SUS AB comparado a outros sistemas de informação? O que poderia ser diferente?
Importância da utilização do e-SUS para o trabalho	Como é seu conhecimento com computadores? Com que frequência você utiliza o e-SUS AB? Justifique Como é seu dia-a-dia com e-SUS AB Comente quais as fragilidades de usar o e-SUS AB? Comente quais as potencialidades de usar o e-SUS AB. Como você se sente utilizando o e-SUS AB? Justifique Como você recebe as informações que vem do SISAB? O que é feito com essas informações? Qual o impacto que o e-SUS AB trouxe para a equipe?
Suporte	Comente como foi a capacitação para utilizar o e-SUS? Comente como é a busca por auxílio quando surgem dúvidas sobre o manuseio do e-SUS AB. Qual a importância de ter um suporte?
Sugestões e comentários	O que poderia ser melhorado no e-SUS AB para ser um sistema completo? Você gostaria de fazer mais algum comentário que não foi abordado na entrevista?

APENDICE IV -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO V- entrevista

Prezado (a) profissional da equipe de saúde _____

Vimos por meio deste convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “O Sistema e-SUS AB na organização do processo de trabalho e gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde” que estamos desenvolvendo a qual objetiva “Avaliar as potencialidades e limitações do Sistema e-SUS AB, enquanto inovação tecnológica, para a organização do processo de trabalho e gestão do cuidado da equipe de APS”. O que lhe pedimos é o tempo, de aproximadamente 90 minutos, que você terá de gastar para participar de uma entrevista. O encontro será gravado e suas informações serão mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. Nos comprometemos a utilizar as informações restritamente na pesquisa e os resultados obtidos divulgados em eventos na área da saúde nacionais e internacionais e em revistas científicas. Portanto, não daremos outro destino às informações que você nos fornecer. Estas informações serão muito importantes uma vez que sua participação estará contribuindo para produção de conhecimento sobre a organização do processo de trabalho e gestão do cuidado da equipe de APS. Riscos e Desconfortos: Durante a entrevista, se não se sentir à vontade para falar de determinado assunto, tem a liberdade de não responder sobre o mesmo, bem como a liberdade de a qualquer momento desistir da participação. Você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no País, caso aconteça dano em virtude de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e/ou das instituições envolvidas nas suas diferentes etapas. Benefícios: Não haverá benefícios diretos aos participantes do estudo, entretanto, com os resultados desta pesquisa, esperamos estimular a discussão e reflexão sobre as potencialidades e limitações do Sistema e-SUS AB para organização do processo de trabalho e gestão do cuidado da equipe de APS. Despesas e remuneração: Não haverá custos e nem remuneração para os participantes do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador coordenador da pesquisa, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____

Abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo. Ribeirão Preto, data: ____/____/____

Participante

Pesquisador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa e caso queira entrar em contato com eles o telefone é (16) 3315-9197, funciona em dias úteis (de segunda a sexta-feira), das 10h às 12h de 14h às 16h, no endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Campus da USP - Avenida Bandeirantes nº 3900, Campos Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto/SP, CEP: 14.040- 902. Caso queira entrar em contato direto com as pesquisadoras o telefone para contato Prof.ª. Ione Carvalho Pinto pelo telefone (16) 3315.3395 ou e-mail: ionecarv@eerp.usp.br.

ANEXO I – APROVAÇÃO ,O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 1000 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 - 55 16 3315 3381 Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 0248/2019, de 23/10/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 22 de outubro de 2019.

Protocolo CAAE: 11575019.1.0000.5393

Projeto: Experiências dos profissionais com o uso do e-SUS Atenção Básica

Pesquisadores: Tatiele Estefâni Schönholzer
Ione Carvalho Pinto (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP