UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINA GRIGOLATO VIOLA

Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica

RIBEIRÃO PRETO

2019

CAROLINA GRIGOLATO VIOLA

Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Ione Carvalho Pinto

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

Viola, Carolina Grigolato
Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2019.
116 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Ione Carvalho Pinto

1. Sistemas de Informação. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.Prontuário Eletrônico do Cidadão.

VIOLA, Carolina Grigolato

Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDIDICATÓRIA

A Deus Pai, Filho e Espírito Santo, autores e consumadores da minha fé.

Aos meus pais, José Mauro e Rita de Cássia por serem minha inspiração de fé, determinação, e que não deixam o sol para trás em minha vida!

Ao meu irmão, Adriel Isaac, que há 9 anos me faz ser uma pessoa melhor, por quem luto por um futuro.

Ao meu avô Álvaro e minha tia Lúcia por me darem guarida durante o Mestrado.

E ao meu noivo, José Mauro, por ser minha força em todos os momentos de graduação, até o Mestrado! O amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Agradeço primeiramente a **Deus e ao Espírito Santo**, por colocarem em mim um desejo de buscar ser alguém melhor, em todos os sentidos da vida! De aprender com as pessoas ao meu redor, sempre querer estudar, ouvir, ensinar e ajudar. Os dons existem, e estes foram os que minha mãe tanto pediu em oração enquanto eu estava em sua barriga.*

*Agradeço à minha querida **orientadora Prof.ª Dr.ª Ione Carvalho Pinto**, que me acolheu no último ano de graduação, 2016, uma fase um tanto complicada, contudo fez questão de que eu participasse do grupo de pesquisa e lá permanecesse. Uma pessoa de alma bondosa, coração leve e carinhoso, sempre disposta a ensinar com paciência, o que me fez ter mais carinho ainda pelo mundo acadêmico.*

*Agradeço à minha **colaboradora Prof.ª Dr.ª Valéria Conceição de Oliveira,** que durante o seu pós-doutorado foi como um anjo em minha vida. Sempre muito prestativa, foi me ensinando a dar os passos certos para a construção dessa dissertação. Veio de tão longe para marcar minha vida de uma maneira inexplicável. Jamais me esquecerei de tamanha dedicação para comigo. Te carrego no peito!*

*Agradeço aos meus **amigos do grupo de pesquisa GAAPOS**: Fabiana, Sara, Rodrigo, Luciana, Tatiele, Sílvia, Rodolfo e Marina, que sempre estiveram de prontidão para me ajudar com o que fosse necessário. Em especial, **Denise,** por ter me ajudado com a conclusão e formatação deste projeto. Uma verdadeira parceira que terei pelo resto de minha vida, inclusive a acadêmica. Que Deus abençoe e retribua todo carinho!*

Agradeço aos funcionários da Pós-Graduação e do Departamento Enfermagem em Saúde Pública da EERP, sempre dispostos a sanar dúvidas e ajudar.

*Agradeço aos meus **pais Rita e José Mauro**, e ao meu **irmão Adriel**, por me incentivarem. Mesmo com a distância, as dificuldades financeiras por que passei por abrir mão de um trabalho para dedicar-me aos estudos, vocês sempre me deram todo suporte necessário para que eu continuasse acreditando no meu potencial. O resultado sempre vem, olha eu aqui agradecendo vocês! Deus é fiel, tanto para comigo, e com certeza para com vocês também. Acreditem, vocês são as joias mais preciosas que o Senhor me deu para cuidar aqui na terra.*

Agradeço ao meu **avô Álvaro, à minha tia Lúcia Helena e minha avó Irene (in memoriam)**, por me acolherem durante todo Mestrado. Sem vocês isso não teria acontecido. Foram o porto seguro que me sustentou nos momentos de alegria e, principalmente, nos de tristeza. A vocês, meu eterno amor e gratidão.

Agradeço aos **meus familiares, tios e primos**, pelos: "Quando você vem? Saudades!" "Tá estudando bastante, né?" "Estuda mesmo, você vai longe assim!", que me veem como exemplo, e compartilham isso com as outras pessoas. Não sabem o quanto isso me faz bem, e me dá um gás nas horas difíceis. Vocês são bons motivadores para que eu me torne uma pessoa melhor a cada dia.

Agradeço ao meu **noivo, José Mauro**, por me ouvir todos os santos dias, partilhar comigo as angústias da vida acadêmica, por estar comigo literalmente em todos os momentos e por entender e apoiar meus sonhos, inclusive este. Temos construído uma vida juntos, e não poderia deixar de dizer o quanto você me ajudou a chegar até aqui. Eu te amo, para sempre.

Agradeço aos meus **amigos, irmãos companheiros da igreja** e a todos que estão próximos a mim, e que torcem pelo meu sucesso. Isso também tem parcela de vocês!

Agradeço à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** por toda disponibilidade para o aprendizado, aos **demais funcionários** de todos os setores, desde a portaria, limpeza, até a direção, sempre muito atenciosos e carinhosos, aos **professores** que cruzaram meu caminho durante toda essa trajetória de graduação até o Mestrado, fica aqui o meu muito obrigada.

E por fim, a **todos aqueles** que participaram deste percurso de maneira direta ou indireta, meus singelos agradecimentos!

"Pois todas as coisas foram criadas por Ele, e tudo existe por meio Dele e para Ele. Glória a Deus para sempre! Amém!" - Romanos 11-36.

"Quero trazer à memória o que pode me dar esperança." - Lamentações 3-21.

"Lembre da minha ordem: "Seja forte e corajoso! Não fique desanimado, nem tenha medo, porque eu, o Senhor, seu Deus, estarei com você em qualquer lugar para onde você for!" - Josué 1-9.

RESUMO

VIOLA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica.** 2019. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução: Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são grandes responsáveis por atender a demanda tecnológica do setor de saúde e possibilitar a integração das informações e interoperabilidade com outros SIS. Por isso, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Estratégia e-SUS AB, que engloba o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB). Essa proposta conta com dois cenários de informação e conectividade, os *softwares*: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A literatura aponta uma crescente utilização do PEC nos serviços de APS internacional e nacionalmente, reforçando então a necessidade de avaliar essa ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento para analisar o PEC da Estratégia e-SUS AB por meio da Técnica Delphi. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa. Foi construído o modelo lógico da Estratégia e-SUS AB para subsidiar a elaboração das questões que compuseram o instrumento. Para a validação de conteúdo e de aparência das questões, foi utilizada a Técnica Delphi. Foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e a Razão de Validade de Conteúdo (CVR) das questões, segundo os critérios de relevância, objetividade e clareza. O nível de consenso esperado para este estudo foi de 75% para o IVC e 0,6 para o CVR. Na validade de aparência foi observada a clareza e a facilidade da leitura e a adequação das questões. **Resultados:** A validade aparente e de conteúdo foi realizada por 19 juízes, entre doutores, mestres e especialistas na área. Após a segunda rodada para validação de conteúdo e aparência, o instrumento final constou de 30 questões, sendo seis referentes ao perfil pessoal, duas do perfil da unidade de saúde e 22 questões de análise do PEC e-SUS AB. O IVC total do instrumento foi de 85,8% e o CVR total de 0,6. **Conclusões:** O instrumento construído foi considerado apropriado e validado pelos juízes. Satisfação, facilidade do uso, suporte técnico, capacitação e utilização dos relatórios gerados foram os itens elencados como os mais importantes nas questões. O instrumento poderá promover melhor articulação da equipe multiprofissional através das informações inseridas no sistema. Espera-se também que o instrumento validado seja divulgado para subsidiar novas pesquisas na área.

Palavras-chave: Sistemas de Informação; Atenção Primária à Saúde; Prontuário Eletrônico do Cidadão.

ABSTRACT

VIOLA, C. G. **Construction and validation of an instrument for the analysis of the Electronic Health Record of the Strategy e-SUS Basic Attention**. 2019. 118 l. Dissertation (Master's), Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: Health Information Systems (SIS) are largely responsible for meeting the technological demand of the health sector and enabling the integration of information and interoperability with other SIS. Therefore, the Ministry of Health (MS) proposed the e-SUS AB Strategy, which encompasses the Basic Care Information System (SISAB). This proposal has two information sets and connectivity software: Simplified Data Collection (CDS) and the Electronic Health Record (PEC). The literature shows a growing use of the PEC in international APS services and nationally, so reinforcing the need to evaluate this tool used by health professionals. **Objective:** The objective of this study was to construct and validate an instrument to analyze the e-SUS AB Strategy PEC using the Delphi Technique. **Method:** This is a methodological study, with a quantitative approach. The logic model of the e-SUS AB Strategy was built to support the elaboration of the issues that made up the instrument**.** For the content validation and appearance of the questions, the Delphi Technique was used. The Content Validity Index (IVC) and the Content Validity Ratio (CVR) of the questions were calculated according to the criteria of relevance, objectivity and clarity. The consensus level expected for this study was 75% for IVC and 0.6 for CVR. In appearance of validity was seen clarity and ease of reading and the adequacy of the issues. **Results:** The apparent validity and content was performed by 19 judges, among doctors, masters and specialists in the area. After the second round to validate content and appearance, the final instrument consisted of 30 questions, six of which were personal profiles, two from the health unit profile and 22 e-SUS AB PEC analysis questions. The total IVC of the instrument was 85.8% and the total CVR of 0.6. **Conclusions:** The instrument was considered appropriate and validated by the judges. Satisfaction, ease of use, technical support, training and use of generated reports were the items listed as the most important in the issues. The instrument can promote better articulation of the multiprofessional team through the information inserted in the system. It is also expected that the validated instrument will be released to support new research in the area.

Keywords: Information Systems; Primary Health Care; Citizen Electronic Records.

RESUMEN

VIOLA, C.G. **Construcción y validación de un instrumento para análisis del Prontuario Electrónico del Ciudadano de la Estrategia e-SUS Atención Básica.** 2019. 118 h. Tesis (Master) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introducción: Los Sistemas de Información en Salud (SIS) son grandes responsables en atender la demanda tecnológica del sector salud y posibilitar la integración de informaciones y interoperabilidad con otros SIS. Por eso, el Ministerio de Salud (MS) propuso la Estrategia e-SUS AB, que incluye el Sistema de Información de la Atención Básica (SISAB). Esta propuesta cuenta con dos escenarios de información y conectividad, los softwares: Recolección de Datos Simplificada (CDS) y el História Clínica Electrónica del Ciudadano (PEC). La literatura apunta a una creciente utilización del PEC en los servicios de APS internacional y nacionalmente, reforzando entonces la necesidad de evaluar esa herramienta utilizada por los profesionales de salud. **Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo construir y validar un instrumento para analizar el PEC de la Estrategia e-SUS AB a través de la Técnica Delphi. **Método:** Estudio metodológico, con abordaje cuantitativo. Se construyó el modelo lógico de la Estrategia e-SUS AB para subsidiar la elaboración de las cuestiones que compusieron el instrumento. Para la validación de contenido y de apariencia de las cuestiones, se utilizó la Técnica Delphi. Se calcularon el Índice de Validez de Contenido (IVC) y la Razón de Validez de Contenido (CVR) de las cuestiones, según los criterios de relevancia, objetividad y claridad. El nivel de consenso esperado para este estudio fue del 75% para el IVC y 0,6 para el CVR. En la validez de apariencia se observó la claridad y la facilidad de lectura y la adecuación de las cuestiones. **Resultados:** La validez aparente y de contenido fue realizada por 19 jueces, entre doctores, maestros y especialistas en el área. Después de la segunda ronda para validación de contenido y apariencia, em el instrumento final hubo 30 preguntas, con seis referentes al perfil personal, dos del perfil de la unidad de salud y 22 cuestiones de análisis del PEC e-SUS AB. El IVC total del instrumento fue del 85,8% y el CVR total de 0,6. **Conclusiones:** El instrumento construido fue considerado apropiado y validado por los jueces. La satisfacción, facilidad del uso, soporte técnico, capacitación y utilización de los informes generados fueron los elementos enumerados como los más importantes en las cuestiones. El instrumento podrá promover mejor articulación del equipo multiprofesional a través de las informaciones insertadas en el sistema. Se espera también que, el instrumento validado sea divulgado para subsidiar nuevas investigaciones en el área.

Palabras-clave: Sistemas de Información; Atención Primaria de Salud; Registros Eletrónicos de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema explicativo do método de seleção dos estudos 43

Figura 2 – Modelo Lógico da Estratégia e-SUS AB para modalidade de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) 52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Concordância dos juízes em relação aos critérios de relevância, clareza e objetividade das questões de análise do PEC e-SUS AB na segunda rodada 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cruzamento dos descritores e palavras-chave em cada base de dados durante a revisão bibliográfica 40

Quadro 2 – Principais artigos encontrados na revisão integrativa 44

Quadro 3 – Questões da primeira e segunda rodadas do instrumento para validação de conteúdo e aparência para análise do PEC e-SUS AB 61

LISTA DE ABREVIATURAS

SIGLA	DESCRIÇÃO
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
CVR	Content Validity Ratio
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
GAAPS	Grupo de Pesquisa de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

PNSB	Pesquisa Nacional de Saneamento Básico
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SI	Sistema de Informação
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
Sis-RCA	Sistema de Regulação Controle e Avaliação
Sis-REG	Sistema de Centrais de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

APRESENTAÇÃO 20
1. INTRODUÇÃO 23
1.1 Atenção Primária à Saúde 23
1.2 Sistemas de Informação da Atenção Básica 27
1.2.1 Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) 33
2. REVISÃO INTEGRATIVA 38
3. OBJETIVOS 48
3.1. Objetivo Geral 48
3.2 Objetivos Específicos 48
4. PERCURSO METODOLÓGICO 50
4.1 Delineamento do Estudo 50
4.2 Elaboração do instrumento de análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Estratégia e-SUS AB. 50
4.3 Técnica Delphi 53
4.3.1 Validação de Instrumento 54
4.3.2 Seleção dos juízes 55
4.3.3 Coleta de dados 56
4.3.4 Análise dos dados 57
4.4 Aspectos Éticos 58
5. RESULTADOS 60
6. DISCUSSÃO 71
6.1 Limitações do Estudo 76
7. CONCLUSÃO 78
REFERÊNCIAS 80
APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre Esclarecido 93
APÊNDICE B – Modelo Lógico Ampliado 95
APÊNDICE C – Instrumento validado para análise do uso do PEC e-SUS AB. 110
ANEXO 1 - Carta de Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 116

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde o final do ensino médio, mesmo antes do meu ingresso na faculdade, sempre tive grande interesse em fazer parte da pesquisa, e isso foi o que me motivou a estar aqui hoje. Gosto de dizer que quando entrei na faculdade, já sabia e tinha certeza de que gostaria de trabalhar na área de Atenção Básica. Logo no primeiro ano, procurei participar de algo que me aproximasse do mundo da pesquisa e afins, foi então que me inscrevi no projeto de Bolsa Tutoria Científica Acadêmica, que na época era um incentivo da Universidade para que os alunos tivessem contato com os professores, bem como com seus projetos de pesquisa. Fui bolsista durante um ano. Ao final da Bolsa Tutoria, no segundo ano de faculdade, me inscrevi no projeto Ensinar com Pesquisa, uma Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Graduação para que os alunos desenvolvessem projetos. Foi onde tive meu primeiro contato verdadeiramente com a pesquisa, em especial quantitativa. Ao findar deste projeto, na metade do terceiro ano de faculdade, ingressei-me em um Projeto de Cultura e Extensão, o que me aproximou mais dos alunos e do campo de trabalho. No quarto ano de faculdade, último ano, quando já tinha tido contato com quase todas as áreas de trabalho e pesquisa na área da Enfermagem, ainda faltava uma parte do sonho: trabalhar com a Atenção Básica.

Foi quando conheci a minha querida orientadora professora Dra. Ione, que me apresentou o mundo das Políticas de Saúde e da Gestão dentro da Atenção Primária, tive então a certeza de que era somente aquilo que me faltava para prosseguir com meu sonho. Ela me abriu as portas para trabalhar em conjunto com ela e seu grupo de pesquisa. Comecei a fazer parte do GAAPS - Grupo de Pesquisa de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem, com o estudo intitulado “Construção e validação de um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica”. Com grande alegria, ingressei-me no Programa de Pós-Graduação, “Enfermagem Saúde Pública”, Nível Mestrado. Durante esse período, obtive grandes experiências e aprendizados com as disciplinas cursadas ao longo da pós-graduação. Ressalto aqui uma das minhas maiores conquistas, e, sem dúvidas, uma das mais enriquecedoras como pesquisadora, a de participar como entrevistadora de campo do 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Foi marcante

poder conversar com diversos profissionais e conhecer vários lugares, o e-SUS AB, objeto de pesquisa do meu projeto, os sistemas próprios, realidades peculiares e intrigantes de cada lugar, e saber que nosso olhar como profissional da área da saúde decide o futuro e o andamento da Atenção Básica de qualquer município, através do repasse das verbas pelo Ministério da Saúde. Isso sem dúvidas me tornou mais humana e sensível.

Hoje, satisfeita e grata à bolsa da agência de fomento CNPq (Projeto: 830700/1999-4, processo 168657/2017-1) recebida durante o meu período de pesquisa, que me permitiu dedicar-me exclusivamente aos estudos, finalizo uma linda etapa da minha vida, contribuindo com a pesquisa na área que sempre fui amante desde o início de minha graduação, visando à melhoria da qualidade da Atenção Primária, bem como o cuidado dos profissionais para com os usuários.

A Estratégia e-SUS Atenção Básica, objeto deste estudo, foi elaborada pelo Ministério da Saúde em 2013 e é uma proposta de logística que tem por objetivo associar a modificação da coleta de dados, o seguimento e emprego das informações dentro da Atenção Básica, com o plano principal, que é a integração entre todos os sistemas de informação da área da saúde.

O estímulo desta pesquisa foi contribuir para a melhoria do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Estratégia e-SUS Atenção Básica, além de trazer sugestões para o então atual sistema de informação em saúde adotado pelo Ministério da Saúde, e que tem sido referência para vários municípios de todos os estados do país. Sendo assim, este trabalho tem a proposta de analisar o PEC, através de um instrumento validado, buscando por meio da perspectiva dos profissionais atuantes na AB, informações referentes a sua utilização no dia a dia.

Introdução

1. INTRODUÇÃO[1]

Com o intuito de contextualizar a presente pesquisa, faz-se importante descrever a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

1.1 Atenção Primária à Saúde

A APS surgiu em 1978 na chamada I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediada na cidade de Alma-Ata. Inicia-se esse período como um plano de delineamento e execução de maneiras sociais e sanitárias condizentes e alinhadas ao destaque de “Saúde para todos no ano 2000”. A princípio, a APS foi aceita como uma proposta rápida de aumento e sistematização da garantia dos serviços e ações de saúde no mundo (BRASIL, 2001).

No Brasil, a APS carrega consigo princípios da Reforma Sanitária, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) encarrega-se de denominar Atenção Básica à Saúde (ABS) com o intuito de ressaltar a reestruturação do modelo de assistência, tendo como base um sistema abrangente e instituído de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2018). A diferenciação entre os conceitos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (AB) traz algumas contradições, porém, no Brasil, a Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB) emprega os termos como sinônimos, referindo-se aos espaços locais de saúde ou ao grau de atenção (BRASIL, 2017).

É compreendida como um nível de atenção diferenciado, que favorece a entrada no sistema para todos os problemas e deficiências, sendo capaz de disponibilizar atenção ao usuário ao longo do tempo, diante de todas as situações divergentes que ele apresenta, como oferecimento de serviços de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (STARFIELD, 2002).

A APS é uma coluna de sustentação do sistema de saúde. Por ser um plano de organização, faz alusão a uma forma singular de adequar, redefinir e refazer os

[1] Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

diferentes recursos do sistema para sanar as falhas, necessidades e representações da comunidade (MENDES, 2002). Desta forma, a APS é tida como uma das maiores agentes movimentadoras do orçamento em saúde, reforçando assim sua importância e execução (AMADO; SANTOS, 2009).

Com a proclamação da Constituição Federal de 1988, e a conquista do SUS em 1990, a saúde passou a ser vista como consequência de condições sociais e de estilos de vida. Em decorrência disso, o sistema passou a se organizar com a finalidade de atingir o todo, almejando a igualdade, hierarquização, regionalização e a descentralização dos serviços de saúde e, através disso, promover a participação popular (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; CECÍLIO 1997).

A partir desse período, os debates entre os modelos assistenciais (biomédico *versus* alternativos) intensificaram-se, levando em consideração a necessidade de um modelo voltado para a qualidade de vida. As pautas desses debates eram o direito à saúde, aproximação dos serviços de saúde e a maneira de oferecer o cuidado, que fazem parte do modelo de assistência (PAIM, 2003).

Com a proposta de solucionar os problemas relacionados à deficiência no acesso à APS, no nível nacional, o MS criou então, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), tencionando uma união com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgido em 1991, com a proposta de dar subsídio aos locais com escassez médica, principalmente regiões nordeste e norte do país. (SOARES, 2016).

Enfatiza-se essa proposta como grande avanço para os princípios da APS e o recém modelo de sistema de saúde. Sendo assim, em 1996, para que a APS criasse mais robustez, valor e amplificação, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), como ideia de desenvoltura e marco na saúde dos indivíduos e da comunidade, carregando consigo o benefício que é o custo-efetividade (FIGUEIREDO; CAMARGO; RIBEIRO, 2018).

A ESF se constitui como uma das principais tentativas de implementação dos princípios do SUS e da Estratégia de mudança do modelo biomédico e curativista, para um modelo ampliado de saúde (FIGUEIREDO; CAMARGO; RIBEIRO, 2018).

Além disso, a proposta da ESF tem total ligação com os princípios do SUS, e objetiva colaborar na disposição do padrão assistencial, por meio da APS. Sendo assim, esta emerge como um avanço dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), traçando o comprometimento entre a comunidade e os serviços de saúde (DALPIAZ;

STEDILE, 2011). Além disso, tem suas normas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tais como: caráter substitutivo, interdependente e hierárquico; com delimitação da clientela; cadastramento; instalação das Unidades de Saúde da Família; composição e atribuições das equipes responsáveis (BRASIL, 2017).

Estudo de Campos e Guerrero (2010), descreve que a ESF, além de carregar consigo um papel revolucionário, tem também finalidades, podendo ser: a investigação contínua da situação de saúde, bem como sistematização e cumprimento das práticas apropriadas para confronto dos problemas. Além disso, agrega ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, devendo ser subsidiada pelos conhecimentos e práticas da epidemiologia e das ciências sociais.

Por esses motivos, a ESF deve ter capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, oferecendo assistência qualificada, atuando na prevenção de doenças, diminuindo o número de internações sensíveis a APS, além de contribuir com a qualidade de vida dos usuários do território (FIGUEIREDO; CAMARGO; RIBEIRO, 2018).

Objetiva ainda ponderar os fatores de risco, cujas comunidades estão submetidas, por meio desta assistência holística, contínua e eficaz de atividades de educação e promoção em saúde. Para que isso ocorra, trabalha-se de maneira intersetorial, através de parceria com os diferentes elementos empresariais e sociais, com o intuito de aumentar a capacidade de modificação das situações que ultrapassam os limites da saúde (AGUIAR, 2015; p. 141).

No Brasil, no ano de 2012, foram reconhecidas 38.812 UBS, sendo 49.331 equipes atuantes no país, com uma cobertura de APS de 76,3% da população (POÇAS *et al.*, 2017). Além disso, o cenário atual mostra que o país possui cerca de 94% dos seus municípios com ESF, perfazendo uma cobertura populacional de 49%, o que é correspondente a aproximadamente 88 milhões de pessoas atendidas (AGUIAR, 2015; p. 136).

Sumarizando, é preconizado pelo SUS o modelo de atenção à saúde com ênfase na APS e nos princípios da ESF. Contudo, a forma de organização dos sistemas de saúde não tem correspondido ao atendimento das necessidades de saúde da população e, por esta razão, surge a discussão sobre a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS são parâmetros organizadores de ações e serviços de saúde, com consistências tecnológicas diversificadas, que tem ligação através da junção de um sistema organizativo, profissional e de controle, com intuito de acolher os usuários e a comunidade, enfatizando a integralidade da assistência (MENDES, 2011).

As RAS são uma alternativa para a organização da atenção à saúde, com enfoque na APS, possibilitando uma troca contínua de informações entre os níveis de atenção de maneira oportuna e com grande capacidade de resolução. Por esse motivo, as RAS carregam sua importância, nacional e internacionalmente, além de serem muito utilizadas em inúmeros países (SILVA, 2010; MENDES, 2011).

Além disso, as RAS estão completamente alinhadas ao seguimento do cuidado, na qualidade da assistência, contentamento do usuário, melhor adequação do capital financeiro disponível, além dos benefícios para a saúde da comunidade (HANSEN, *et al.*, 2015).

As RAS tem sido referência para o tratamento de usuários com doenças crônicas, situação cada vez mais prevalente na comunidade devido à transformação demográfica e de estudos sobre o aumento das doenças (HUDON, *et al.*, 2015).

Para esses usuários, há grande necessidade de conectar-se com mais frequência aos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, ter relação com diversos profissionais, e além de tudo, usufruir das ações de promoção e prevenção. Para que isso aconteça de maneira sucessiva, é de extrema importância a existência de uma APS vigorosa, com autonomia para liderar a terapia do usuário, bem como ter capacidade de descomplicar a prestação dos serviços e ações de saúde de maneira mais eficiente (TARRANT, *et al.*, 2015).

Consequentemente, o modelo RAS emerge como uma tentativa de solucionar a desintegração da atenção e gestão nas chamadas regiões de saúde[2], garantindo ao usuário atendimento e serviço de qualidade. Tem por intuito fortalecer os princípios do SUS, para melhor atender às necessidades de saúde e otimização da gestão (BRASIL, 2014a).

Faz-se necessário cada vez mais enfatizar que a APS é o centro do diálogo com a RAS, pois é capaz de diferenciar as condições agudas de saúde das crônicas.

[2]Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

É ela quem regula essas condições com os demais serviços de saúde (MENDES, 2011).

Diante do exposto, e devido à sua importância, a APS vem trazendo equidade às regiões de saúde atendidas, com a proposta de diminuir desigualdades e destacar as políticas de promoção, por meio de mudanças nos parâmetros de saúde nacionais e internacionais (MENDES, 2011). Para isso, o planejamento e a elaboração de recursos para o incentivo da saúde dependem de informações efetivas disponibilizadas em um sistema de informação.

1.2 Sistemas de Informação da Atenção Básica

Os Sistemas de Informação (SI) são sistemas ou processos capazes de modificar os dados em informações para tomada de decisão, de maneira gerencial ou assistencial, com rapidez, eficiência e objetividade, e, por isso vem sendo cada vez mais utilizados (MARIN, 2010). Entretanto, para se obter resultados eficientes, é necessária a ligação entre as atividades, tecnologias e pessoas (RODRIGUES, 2000). É essencial que os SI sejam de fácil utilização, com acesso e rapidez às informações, e que as mesmas estejam armazenadas de maneira correta e forneçam e organizem informações importantes, colaborando com a tomada de decisão por meio de seu uso (MOTA; PEREIRA; SOUSA; 2014).

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) podem ser definidos como um agregado de elementos coligados que colhem, organizam, armazenam e também compartilham a informação com a finalidade de colaborar no processo de tomada de decisão e ajudar na gestão das organizações de saúde. Eles devem contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e eficácia do atendimento em saúde, permitindo a elaboração de pesquisa, o oferecimento de evidência e colaborando na metodologia de ensino (MARIN, 2010). Por meio dos SIS, torna-se viável a promoção de indicadores de saúde, planejamento, acompanhamento e análise das condutas em saúde (RIOS; PINHEIRO, 2017).

Os SIS são considerados como uma ponte para o alcance das informações importantes, tem a finalidade de propiciar aos serviços de saúde recursos a serem

criados e aplicados, com o objetivo de aprimoramento para o planejamento e avaliação das atividades que visem avanços para a saúde (SANTOS *et al.*, 2014).

Portanto, entende-se que os SIS são mecanismos tecnológicos capazes de contribuir com os gestores do âmbito municipal, estadual e federal para processar elementos, criando informações pertinentes que sistematizam o serviço prestado em saúde (DANIEL, 2012).

Contextualizando os SIS no Brasil, na década de 90 havia somente quatro deles, que eram: o SIM (Sistema de Informação Sobre 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 1996 e nos anos posteriores houve a inserção de outras novas bases de dados (PETERLINI; ZAGONEL, 2006) e assim, em 1998, o MS, no intuito de averiguar e medir os serviços que eram prestados pelas Equipes de Saúde da Família, implantou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) (BRASIL, 2016).

O SIAB foi criado com a finalidade de ser um instrumento coordenador dos demais sistemas locais de saúde. Distinguia-se por retratar alguns fatores, como a realidade socioeconômica, situação de adoecimento, morte da população do território, mensuração dos serviços e das atividades de saúde e, além disso, ajudar no monitoramento da situação de saúde do território das áreas geográficas, funcionando também como vigilante epidemiológico de saúde (BITTAR, 2009).

Também era considerado um instrumento de programação e direcionamento para a organização das equipes de saúde, pois possuía um conjunto de indicadores capazes de descrever a situação sócio sanitária, perfil epidemiológico, grupos de risco e o monitoramento das ações de saúde realizadas no território (BITTAR, 2009).

O SIAB foi retratado no ano de 2000 como o SIS mais importante, pois proporciona informações pertinentes sobre a saúde da sociedade, e é perceptível a magnitude do sistema como uma ferramenta no processo de trabalho das equipes de saúde, enfatizando condutas de gerência, vigilância e análise da APS (CARRENO, 2015). Contudo, os autores concordam no ponto de que mesmo sendo valoroso, o SIAB possui entraves consideráveis (RIOS; PINHEIRO, 2017).

Dentre esses entraves, está a individualização dos dados, bem como as limitações de abranger apenas unidades básicas de saúde onde atuam apenas as ESF (BITTAR, 2009).

Segundo relatos de profissionais da APS, o SIAB era utilizado para atualização de dados e criação de relatórios do mês, e mesmo possuindo um leque de possibilidades para uso como suporte para a equipe, em grande parte do tempo não era utilizado com esse fim. Além disso, apesar de grande manuseio do sistema, não era possível visualizar com clareza e organização o desenvolvimento das etapas do processo do sistema SIAB (BARBOSA; FORSTE, 2010).

O sistema demonstrava erros no próprio software e na forma de manuseá-lo. Profissionais relataram que não havia atualização das idades automaticamente; apagava informações de pessoas com 14 anos quando as mesmas completassem 15; as famílias não eram excluídas na base municipal de informações depois do repasse dos relatórios; dados de crianças de até dois anos: amamentação, peso, vacinação, não eram encontrados no consolidado; da mesma maneira, isso acontecia com doenças mais comuns na área, que não poderiam ser inseridas e, por esse motivo, não faziam parte do consolidado do sistema que deveria ser suporte para planejamento de ações locais (BARBOSA; FORSTE, 2010).

Entende-se que por ser um sistema de âmbito nacional, isso tornava-o “engessado”, favorecendo o acúmulo de dados em nível nacional, sendo que para a Unidade Básica de Saúde (UBS) restavam as pendências de dados intrínsecos da área que deveriam ser analisados em outro sistema que não o SIAB (BARBOSA; FORSTE, 2010).

Mediante aos obstáculos do sistema em si, vale ressaltar que existe uma deficiência na capacitação e habilidade por parte dos profissionais para trabalharem com os SIS. Desse modo, faz-se necessário o estímulo da educação permanente dos profissionais, bem como gestores do SUS, para manipularem o sistema e efetuarem de forma consciente suas atividades no serviço de elaboração das informações (RIOS; PINHEIRO, 2017).

Com o intuito de reformular as informações da APS e melhorar para gestores, profissionais e cidadãos, o Departamento de Atenção Básica (DAB) formulou uma Estratégia chamada ***e-SUS Atenção Básica - e-SUS AB***, com sistemas de captação como a Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para alimentar o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), substituindo o SIAB (BRASIL, 2014b).

O ***e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)*** tem total relação com o projeto de reorganização dos SI do MS, como um todo, trazendo a luz que para a gestão, por

meio da informação, é algo indispensável para o aumento e qualidade do atendimento aos usuários. Por esse motivo, reporta-se à sistematização da informação com qualidade do SUS, visando um SUS completamente eletrônico (BRASIL, 2019).

Essa informatização faz parte da proposta de reestruturação dos SIS, estabelecidos por meio da Portaria n.º 2.073/2011, que sinaliza a imprescindibilidade de criar sistemas oficiais e interconectados no Brasil (BRASIL, 2011b).

O **Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS)**, é um sistema simples e interligado, feito para menor quantidade de fichas e priorizando o registro de dados individualizados. O **Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)** possui tecnologia avançada, apoio clínico e oferece melhor consistência dos dados aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A versão CDS é composta por dez fichas para o registro de informações que, posteriormente, são registradas no PEC, para envio ao MS. Já o PEC foi desenvolvido para as UBS que possuem infraestrutura de informatização, seja ela parcial ou total. Seu intuito é servir totalmente à incorporação de todos os SIS, bem como oferecer assistência aos profissionais que estão em contato direto com o usuário, facilitar a gestão do cuidado e diagnósticos locais (BRASIL, 2014c).

O ***e-SUS Atenção Básica*** tem total ligação com a PNAB, a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o Programa Saúde na Escola (PSE), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o Plano Estratégico de e-Saúde no Brasil, além dos outros SI que fazem parte das RAS (BRASIL, 2014b).

Diversos países têm aderido à informatização da APS, uma vez que por meio dela torna-se viável a automatização de processos, além da habilidade em sistematizar a informação (MONTAGUE, 2014). A utilização eficiente de tecnologias da informação dentro da APS revigora o processo de trabalho e as normas do cuidado. Além disso, enriquece a continuidade do cuidado, a dispensação dos medicamentos, a comunicação entre profissionais e a segurança do usuário. (MONTAGUE, 2014; RITTENHOUSE *et al.*, 2017).

Ademais, a informatização tem relação com o melhor rendimento na obtenção dos registros clínicos e também do banco de informações a respeito das famílias e da sociedade (MONTAGUE, 2014; RITTENHOUSE *et al.*, 2017).

Além da captação de dados da Estratégia e-SUS AB, outras principais propostas englobam: a incorporação de vários SI do SUS, a individualização dos dados dos usuários, bem como os procedimentos dos profissionais, construção de informações com valor no intuito de ajudar a gestão e o cuidar (BRASIL, 2014c). A Estratégia e-SUS também envolve o e-SUS HOSPITALAR (em substituição do HOSPUB, que atende às necessidades dos hospitais públicos, SOS Emergência e Unidades de Pronto Atendimento - UPA); e-SUS SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (com a finalidade de articular os atendimentos de urgência) e o e-SUS AB - Atenção Básica (no intuito de reformular as informações de saúde da AB) (BRASIL, 2014d).

A implantação do e-SUS AB depende da estrutura de cada município, em relação à rede de dados e o acesso à internet. O Departamento de Atenção Básica (DAB) traz cinco cenários: 1) UBS não informatizada (CDS); 2) UBS sem internet (CDS); 3) UBS com internet; 4) UBS com internet limitada (CDS apenas); e 5) UBS com internet limitada (PEC/CDS); 6) UBS com internet estável (PEC) (BRASIL, 2014b).

Na UBS não informatizada, as fichas CDS são digitadas em computadores com conexão à internet, interligados ao da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) gestor e também ao servidor central; na UBS informatizada apenas, as fichas são digitadas nos computadores da unidade e transmitidas para um computador da SMS gestor, interligado ao servidor central; na UBS com internet, as fichas são digitadas nos computadores da unidade, que são diretamente ligados ao computador da SMS gestor e ao servidor central; na UBS com internet limitada, as fichas são digitadas no computador da unidade que possui um servidor local interligado ao computador da SMS gestor e ao servidor geral. Para a versão PEC, há duas modalidades dentro das citadas anteriormente: UBS com internet estável/limitada. Nesta versão, se a internet é estável, não há servidor local, sendo os computadores da UBS ligados diretamente ao da SMS gestor e ao servidor geral; na modalidade internet limitada, os computadores da UBS possuem um servidor local, interligado ao computador da SMS gestor e ao servidor geral (BRASIL, 2014c).

Por estar em fase inicial de implantação, pode-se dizer que a Estratégia e-SUS AB é um emaranhado de técnicas corporativas e administrativas, bem como o uso dos seus sistemas e softwares (CAVALCANTE, *et al.*, 2018). Promove modificações tanto no agrupamento das ideias, quanto na atuação dos profissionais de saúde e também

para os usuários, sendo por esse mesmo motivo, indispensável a sua avaliação (BRASIL, 2014b, OLIVEIRA*, et al.*, 2016).

Certamente a Estratégia e-SUS AB segundo relatos de experiências de alguns municípios, reflete alternativas de progresso na utilização da informação, contudo há desafios a serem superados. Estudos já retratam diversas vulnerabilidades, o que implica no seu reconhecimento, acarretando impactos no modo de trabalho e no dia a dia dos profissionais (OLIVEIRA, *et al.*, 2016; ASTOLFO; KEHRIG, 2017).

Um estudo realizado na região Oeste de Saúde de Minas Gerais identificou que o sistema e-SUS AB ainda mantém uma antiga conduta de armazenar e lançar produção, mostrando que há dificuldades entre os gestores, pois o intuito desse lançamento é visando apenas o envio da verba por parte do MS (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

Outro estudo identificou algumas incongruências da inovação com Registro Eletrônico de Saúde (RES) no dia a dia dos profissionais, tornando mais difícil a compreensão e clareza do uso do sistema. Essas incongruências são traços de um SI até então iniciante, com implantação recente, numa gestão de informação estabelecida em anotações de papéis, fazendo-se necessário vencê-las, fortalecendo sua adesão (MEEKS, *et al.*, 2014).

Em relação à implantação de SI hospitalares segundo estudo, pode-se citar os sentimentos aflorados nos profissionais em início da execução da implantação. Esses sentimentos retratam relutância, sofrimento, enfrentamento devido à exigência de aceitar a tecnologia sem um preparo prévio, além da falta de infraestrutura adequada e um processo de trabalho desestruturado (FARZANDIPUR; JEDDI; AZIMI; 2016).

Estas limitações podem ser atribuídas ao desconhecimento da importância dos dados para subsidiar a tomada de decisões, bem como informar as esferas superiores sobre a produtividade e as metas pactuadas atingidas (HOLMES, *et al.*, 2016).

Apesar de grande evolução, o processo de implantação da Estratégia e-SUS AB revela vulnerabilidades ligadas àqueles encarregados de realizar a implantação, devido às deficientes estruturas das UBS, falta de capacitação da equipe para manusear o sistema, resistência dos profissionais, além das implicações negativas referentes ao trabalho. Isto mostra a necessidade de observar a organização do processo de informatização, levando em conta todas as especificidades do seguimento da implantação (CAVALCANTE, *et al.*, 2018b).

Faz-se indispensável um diálogo político da relevância da informatização como sustentação na organização do trabalho dentro da AB, bem como a coordenação do cuidado (CAVALCANTE, *et al.*, 2018b).

Contudo, ressaltam-se conceitos que fortalecem a rejeição da Estratégia e-SUS AB como a inconsistente informatização das unidades de saúde, além das resistências com o uso da tecnologia; a necessidade de expandir as habilidades tecnológicas dos profissionais e, por fim, a implantação da Estratégia juntamente com a sobrecarga de trabalho (SOUZA, *et al.*, 2018).

Por esses motivos, há um reflexo negativo no que se refere à assimilação de bem-estar com a utilização da tecnologia pelos profissionais, referente ao grande tempo necessário para munir o sistema de informações necessárias (BABBOTT, *et al.*, 2014).

Diante do exposto, há grande necessidade de agregar conhecimento a essa nova Estratégia lançada pelo MS, com novos estudos e pesquisas, sugerindo fortalecer a modalidade PEC, que é a elaborada para a informação em saúde atual e futura.

1.2.1 Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

Estudos que trabalham com a tecnologia de informação vêm demonstrando que a Tecnologia de Informação em Saúde e Segurança (HITS) pode ser um alicerce para empenhar o avanço para desenvolver a segurança do paciente, mesmo que seja ainda um campo inovador (SINGH; SITTIG, 2015).

O uso do RES para armazenar os dados tem sido um diferencial positivo para garantir a segurança do paciente, além de proporcionar um atendimento qualificado. Por isso, os estabelecimentos de saúde vêm adotando esse mecanismo para coleta de dados e troca de informações de saúde (BLUMENTHAL, 2010; GAGNON, *et al.*, 2010).

O RES é uma ferramenta muito importante, pois é capaz de melhorar a qualidade de vida e minimizar os custos dos serviços de saúde. Além disso, há diversos benefícios na sua implantação na APS, que englobam a prescrição eletrônica

de medicamentos e a segurança do paciente. Também propiciam suporte para a tomada de decisões baseadas em evidências. (NARCISSE, *et al.*, 2013).

É considerado também uma intervenção complexa, pois a implementação demanda custo financeiro, tecnológico e principalmente humano (RICHARDSON *et al.*, 2012; GREENHALGH, *et al.*, 2013). Para a utilização do RES é imprescindível que as instituições de saúde capacitem os profissionais por meio de programas educacionais. (STROMBERG, 2011).

Sem dúvidas o RES corrobora para que os registros sejam feitos de maneira clara, completa, pontual e com exatidão (CADARETTE; WONG, 2015). Em contrapartida, diversos problemas referentes à documentação do RES foram encontrados. A começar por problemas na estrutura, que comprometem a qualidade dos dados, fazendo com que o RES não possua lógica interna, impossibilitando a passagem para próxima tela se a anterior não for completamente preenchida (MCBRIDE, *et al.*, 2017).

O RES na APS tem grande eficiência, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento dos pacientes e as visitas de rotina, podendo, contudo, conter falhas nas anotações das condições agudas, quando registradas por especialistas. O RES de serviços terciários contém várias informações sobre o que aconteceu no ambiente hospitalar, bem como todos os procedimentos realizados, mas apresenta lacunas referentes às informações das doenças crônicas (VARELA, 2019).

Segundo opiniões de usuários do RES, a sua utilização pode agilizar o atendimento. Em contrapartida, pode sobrecarregar os profissionais de saúde com a demanda do trabalho gerado, as características da rede de internet e dos computadores das unidades de saúde caso não forem suficientes para utilizar o RES (LUCHENSKI, *et al.*, 2013; JOIA; MAGALHÃES, 2009; LIMA, *et al.*, 2011).

Kimble (2014) considera que há diferentes conceitualizações para os RES. A princípio, foi denominado Registros Eletrônicos Médicos/Eletronical Medical Records (REM/EMR); em seguida, Registro Eletrônico dos Pacientes/Eletronic Patients Records (REP/EPR) e, por fim, os sistemas chamados de Registros Eletrônicos de Saúde/Eletronic Health Records (RES/EHR). Marin e Miranda (2018) trazem que no Brasil, há várias considerações para Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), pois ambos têm em comum ser um registro eletrônico de saúde.

Faz-se necessário destacar que, internacionalmente, nos estudos publicados, o termo adotado e utilizado para a discussão deste tema é RES, levando-se em consideração que cada país tem suas peculiaridades e sistemas, para facilitar a compreensão e entendimento do leitor.

Estudos referentes ao PEC no Brasil começaram a se intensificar a partir de 2000. Os tópicos destes estudos eram essencialmente: exemplar de PEC para a ESF; implantação e uso do PEC; utilização de intermediadores móveis para atualização do PEC e avaliação da utilização do PEC (LOURENÇÃO*;* JUNIOR*,* 2016).

Trazendo o conceito de um PEP, vale salientar que ele deve conter todas as anotações referentes ao usuário, desde o seu nascimento até o óbito (JENAL; ÉVORA, 2012). Armazenar informações sobre a identidade do usuário, cuidados recebidos e prescrições, bem como auxiliar na pesquisa (HIRSCH *et al.,* 2014), educação, manutenção dos serviços de saúde, além de servir como documento jurídico (CAMPARA, *et al.*, 2013).

O PEP possui duas disposições: a física e a lógica. A primeira diz respeito a conteúdos referentes ao usuário, como internações, convênio, além do controle de entrada e saída dos estabelecimentos de saúde. Já a segunda retrata informações sobre a organização de saúde (CAMPARA, *et al.*, 2013).

Pode ser explicado como um sistema de prontuário médico normatizado e digital. É um registro eletrônico com a finalidade de sustentar o usuário, fornecendo alcance hábil a diferentes informações contidas nos bancos de dados, recursos para subsidiar decisão, alertas e demais recursos diversificados. Tem por objetivo aprimorar a saúde no geral, bem como a particularidade de cada usuário (CAMPARA, *et al.*, 2013).

No Brasil, o prontuário médico surgiu como proposta do MS em 2002, sendo de responsabilidade das Comissões de Revisão de Prontuários dos estabelecimentos de saúde fiscalizar os critérios necessários para certificar a ligação entre as informações contidas no mesmo (CFM, 2002).

Para Costa (2001), o PEP é um forte colaborador do SI, pois mantém informações do usuário, que antes eram registradas em papéis, contribui para o aperfeiçoamento entre as instituições e os profissionais, fornece segurança nas informações, recursos de disponibilidade, transição imediata das informações, além da rapidez e da credibilidade. Em relação aos benefícios da implantação no Brasil, destaca-se a maior competência na qualidade do atendimento (SENNE *et al.,* 2014).

Porém, para que isso ocorra, é necessário que os dados lançados sejam fidedignos (HRIPCSAK; ALBERS, 2013).

Em relação às desvantagens do PEP, pode ser considerada a necessidade de investimento em hardwares, softwares e o treinamento de pessoas para seu manuseio. Há relatos de dificuldades por parte dos profissionais em familiarizar-se com o sistema eletrônico e a compreensão do benefício de uso (COSTA, 2001).

Os EUA destinaram pelo menos 27 milhões de dólares para introdução do RES. Na Austrália mais de 90% dos serviços de saúde aderiram ao sistema, sendo que, destes, 60% já o utilizam sem o consumo de papel. Números parecidos com estes citados aparecem em países como Nova Zelândia e Escandinávia, onde 1.100 práticas assistenciais gerais são atribuídas ao PEC (SENNE *et al.,* 2014).

No Brasil, o PEC na APS foi introduzido de maneira intensificada com a Estratégia e-SUS AB. Foi por meio dela que se tornou possível o aumento da informatização nas UBS, para que as equipes otimizem o fluxo de trabalho e a coleta das informações, por meio do PEC (SOARES, 2016). Além disso, o PEP pode ser utilizado como fonte de avaliação de qualidade, pesquisas clínicas, estudos epidemiológicos, monitoramento das reações adversas, e também é utilizado como fonte de educação continuada para as equipes. Desta forma, é possível o levantamento das necessidades, com vistas a uma melhor qualidade da assistência, como rapidez nos agendamentos e atendimentos (BEZERRA, 2009; JENAL; ÉVORA, 2012).

Revisão Integrativa

2. REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa é a mais vasta abordagem metodológica referente às outras revisões, pois engloba estudos experimentais e não experimentais para que o acontecimento como um todo seja compreendido (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão seguiu as seguintes etapas: reconhecimento do tema; escolha da hipótese, também intitulada como questão de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão da busca na literatura, bem como da amostragem; delimitação das informações colhidas dos estudos selecionados; a verificação dos estudos abrangidos na revisão e a explanação dos resultados obtidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para subsidiar a presente revisão, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: *"Existem instrumentos validados para análise do uso de sistema de informação na APS?"*

Foram selecionadas cinco bases de dados para a realização da busca literária: *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica* (Medline)*, SciVerse Scopus* (Scopus), e *Web of Science* (Web of Science).

A busca foi feita entre os meses de abril a setembro de 2018 concomitantemente nas cinco bases de dados, por dois pesquisadores. A busca foi direcionada através dos descritores e palavras-chave escolhidos no *DeCS* (Descritores em Ciência da Saúde) e *MeSH Database*, nos três idiomas: português, inglês e espanhol. Os **descritores** utilizados foram: Sistemas de Informação; Prontuário Eletrônico e Atenção Primária à Saúde, e as **palavras-chave** foram: Instrumentos; Questionários e Avaliação.

Para filtrar as publicações relevantes para a revisão, estabeleceram-se os descritores, utilizando os operadores booleanos "AND" ou "OR", da seguinte forma: *("Electronic Health Records" OR "Health Information Systems" OR "Health Information Exchange" OR "Patient Record Systems")) AND ((instrument* OR scale OR questionnaire OR protocol*)) AND ((evaluation OR measurement OR assessment)) AND (("primary health care" OR "primary care").* Os cruzamentos foram feitos segundo

cada base de dados, com algumas alterações. O Quadro 1 indica todo o processo realizado para as buscas nas bases de dados.

Quadro 1 – Cruzamento dos descritores e palavras-chave em cada base de dados durante a revisão bibliográfica.

(Continua)

BASES/ARTIGOS	CINAHL	LILACS	MEDLINE	SCOPUS	WEB OF SCIENCE
Total de artigos	126	123	310	23	75
Duplicados	8	3	18	0	4
Leitura de título/resumo	118	120	292	23	71
Não se encaixam no objetivo	116	115	281	23	68
Selecionados	2	5	11	0	3
Chaves de busca	">(("Electronic Health Records" OR "Health Information Systems" OR "Health Information Exchange" OR "Patient Record Systems")) AND ((instrument* OR scale OR questionnaire OR protocol*)) AND	(tw:(("sistemas de informação" OR "sistema de informação" OR "Information Systems" OR "Sistemas de Información" OR "prontuário eletronico" OR "Registros Eletrônicos de Saúde" OR "Electronic Health Records" OR "Registros Electrónicos de Salud")))	("Electronic Health Records" OR "Health Information Systems" OR "Health Information Exchange") AND (instrument* OR scale OR questionnaire OR protocol*) AND (evaluation OR measurement OR	(TITLE-ABS-KEY (("Electronic Health Records" OR "Health Information Systems" OR "Health Information Exchange" OR "Patient Record Systems")) AND TITLE-ABS-KEY ((instrument* OR scale OR questionnaire OR	(("Electronic Health Records" OR "Health Information Systems" OR "Health Information Exchange" OR "Patient Record Systems")) AND Tópico: ((instrument* OR scale OR questionnaire OR protocol*)) AND Tópico: ((evaluation OR measurement OR

(Conclusão)

	((evaluation OR measurement OR assessment)) AND (("primary health care" OR "primary care"))</A>	AND (tw:((instrumento$ OR instrument$ or escala or scale or questionario or questinnaire))) AND (tw:((avaliação or evaluation or measurement OR assessment or avaliacion)))	assessment) AND ("primary health care" OR "primary care")	protocol*)) AND TITLE-ABS-KEY ((evaluation OR measurement OR assessment)) AND TITLE-ABS-KEY (("primary health care" OR "primary care"))) AND PUBYEAR > 1997 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "cp"))	assessment)) AND Tópico: (("primary health care" OR "primary care")) Refinado por: Idiomas: (ENGLISH OR PORTUGUESE OR SPANISH) AND [excluindo] Tipos de documento: (EARLY ACCESS OR EDITORIAL MATERIAL) Tempo estipulado: 1998-2018. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Optou-se por selecionar estudos publicados no período de 01 de janeiro 1994 a 31 de setembro 2018, escritos nos idiomas inglês, espanhol e português. Este período foi escolhido devido à criação da ESF em agosto de 1993 no Brasil.

Os critérios de inclusão foram: 1) estudos que discutiam a avaliação do uso de SI na APS; 2) estudos que explanassem instrumentos utilizados e/ou validados para a avaliação de SI em APS, disponíveis em texto completo. Os critérios de exclusão foram: manuais, protocolos, normas técnicas, teses, dissertações, capítulos de livros e artigos que estivessem fora do período de pesquisa estipulado.

O procedimento para seleção dos estudos encontra-se detalhado na Figura 1. Feito o primeiro levantamento, encontraram-se 657 publicações, das quais foram excluídas 33, devido à repetição de títulos nas cinco bases de dados. Dentre as 624 publicações selecionadas, fez-se a leitura dos resumos e foram eliminadas 603. Para a leitura completa, foram selecionadas 21 publicações. Feita leitura, 17 artigos foram eliminados por não se encaixarem no objetivo da presente revisão, por se tratarem de temas como: análise de bancos de dados dos SI (quatro artigos); experiências com a implantação de SI (três artigos); avaliação de banco de dados de um SI local (cinco artigos); experiências com alterações de SI (três artigos) e escalas de triagem elaboradas para um SI (dois artigos), a qual constou de uma amostra de quatro publicações. A Figura 1 mostra o percurso realizado nesta revisão.

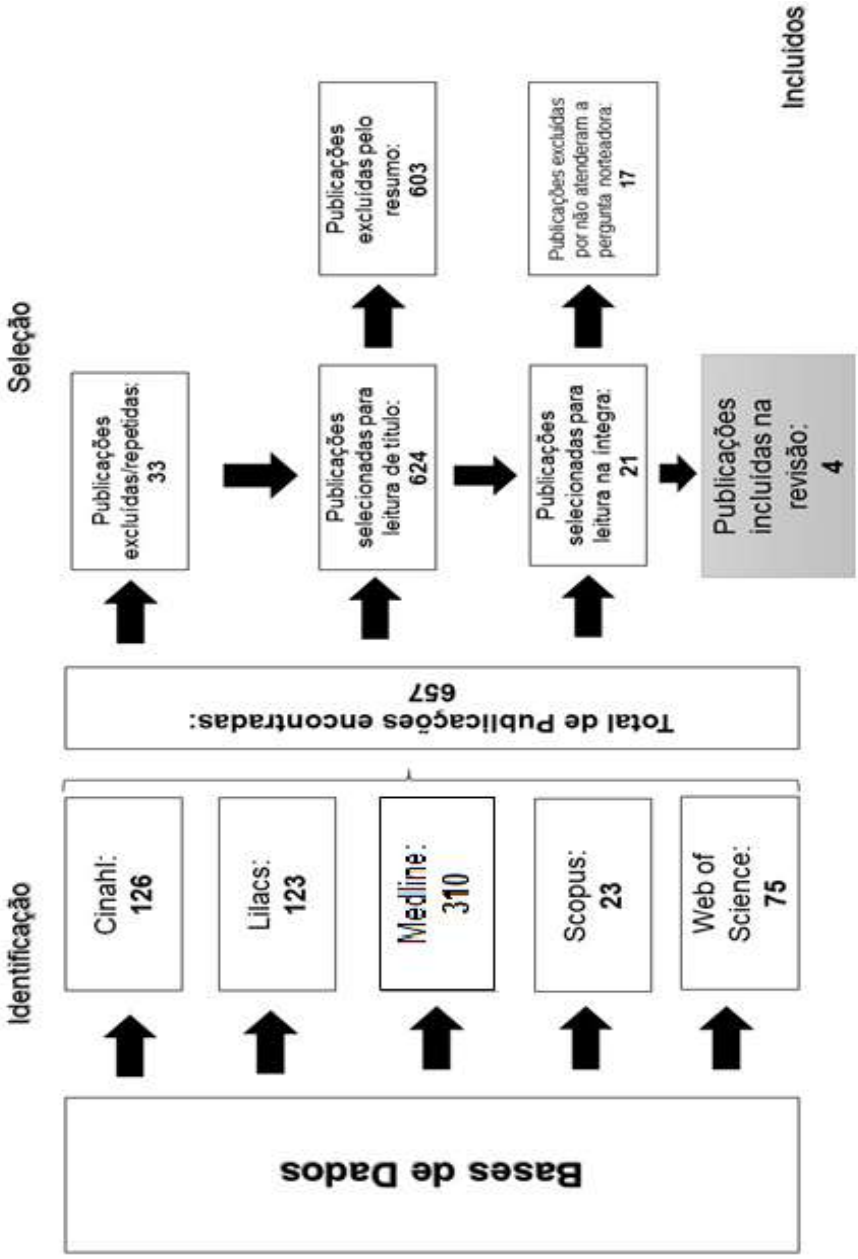


Figura 1 – Esquema explicativo do método de seleção dos estudos
Fonte: OLIVEIRA, 2017 (adaptado).

Com a finalidade de apresentar uma melhor compreensão de como o tema está sendo abordado na literatura científica, traz-se o Quadro 2, com quatro artigos considerados mais concernentes à validação de instrumentos para análise do PEC.

Quadro 2 – Principais artigos encontrados na revisão integrativa

(Continua)

Artigo	Título	Ano/País	Revista	Base	Descrição
1)	Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems.	2014 França	International Journal Of Medical Informatics	Medline	**Objetivo:** Avaliar as principais funcionalidades dos sistemas RES utilizados na França. **Método:** Cada sistema RES foi avaliado em um consultório de clínica geral, utilizando ilustrações de texto, descrevendo consultas virtuais de pacientes. Os critérios de avaliação foram usados dos requisitos *EuroRec* para a qualidade do sistema. A avaliação da escala incluiu 37 critérios agrupados em três conjuntos: dados de fundo, dados de consulta e funcionalidades de troca. Não foi encontrada associação entre o número de usuários e o escore de avaliação dos sistemas RES. **Conclusão:** Os sistemas são globalmente muito focados nas prescrições de funcionalidades centrais, que são frequentemente ausentes. Eles também são pouco interoperáveis para a saúde.
2)	QNOTE: an instrument for measuring the quality of EHR clinical notes.	2014 Estados Unidos da América	Journal Of The American Medical Informatics Association	Cinahl	**Objetivo:** Avaliar a validade do instrumento QNOTE, que analisa 12 elementos da clínica, para medir a qualidade das anotações e comparar o desempenho com um instrumento global que avalia a clínica como um todo. **Método:** Observaram-se 100 anotações de pacientes ambulatoriais com diabetes mellitus tipo 2 que tinham sido vistos na clínica em pelo menos três ocasiões. O instrumento QNOTE marcou a qualidade como a soma de um conjunto de 12 elementos, que foi medido pelo coeficiente de correlação. **Conclusão:** Os escores de qualidade do QNOTE foram consistentes, a pontuação geral foi significativamente maior que a pontuação global. O instrumento foi válido na avaliação da qualidade, e seu desempenho foi superior ao do instrumento global.

(Conclusão)

3)	Development of a Nursing Electronic Medical Record Usability Protocol.	2018 Estados Unidos da América	Computers, Informatics, Nursing (CIN)	Medline	**Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de um protocolo de usabilidade na perspectiva de enfermagem e também uma metodologia de escore. **Método:** A usabilidade foi determinada pela medição da eficácia, eficiência e satisfação. A satisfação foi medida pela Escala de Usabilidade do Sistema, enquanto a eficácia e eficiência foram medidas através de testes de desempenho pelos participantes. **Conclusão:** Um protocolo e uma fórmula de pontuação foram desenvolvidos e utilizados para avaliar usabilidade de enfermagem, resultando em uma nota "C" para o prontuário eletrônico. A implementação do protocolo e dos cálculos de pontuação/classificação podem ser replicados para avaliar usabilidade de registros médicos eletrônicos.
4)	Is It Feasible to Use Electronic Health Records for Quality Measurement of Adolescent Care?	2016 Estados Unidos da América	Journal for Healthcare Quality	Medline	**Objetivo:** Determinar em que medida é viável implementar medidas de qualidade em RES como atualmente implementado em centros de saúde pediátricos. **Método:** Dez instituições que prestam serviços de atenção primária a adolescentes participaram do estudo. A pesquisa indagou se os dados sobre cuidados estavam sendo colhidos eletronicamente nos nove domínios relevantes para o bem-estar do adolescente: Triagem, Riscos à Saúde, Saúde Sexual, Diagnóstico e História, Resultados Laboratoriais, Prescrições, Referências, Gerenciamento de formulários e dados demográficos do paciente. Para cada domínio, desenvolveu-se uma escala de medida em que o RES tornou a medição de qualidade viável. **Conclusão:** Os RES podem facilitar a qualidade, mas a viabilidade de tal uso depende da presença, validade e acessibilidade dos dados. A qualidade da medição de cuidados ainda não é possível para todos os aspectos do cuidado do adolescente, sem o esforço manual para rever e codificar dados.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Após a realização desta revisão integrativa, e considerando a pergunta da pesquisa *"Existem instrumentos validados para análise do uso de sistema de informação na APS?"*, conclui-se que não foi possível encontrar um instrumento já validado para a análise dos SI.

Diante disto, foram selecionados artigos que trabalhassem temáticas próximas ou similares, como uma escala de análise (estudo 1); elaboração de protocolos (estudo 3) e estabelecimento de medidas para o RES (estudo 4). O estudo 2 foi tido como norteador por trabalhar a temática mais próxima da pergunta de pesquisa: avaliação da validade de um instrumento - QNOTE, que analisa 12 elementos da clínica, mede a qualidade das anotações e compara o desempenho com um instrumento global que avalia a clínica como um todo.

Sendo assim, justifica-se a importância de realizar estudos de construção e validação para os RES, devido à ausência de pesquisas sobre esse tema no nível nacional e internacional e a importância destes, tendo em vista que as validações de instrumento para SI podem subsidiar uma análise precisa do cuidado oferecido pelos profissionais, por meio dos relatos de eficácia e eficiência no dia a dia do trabalho dentro dos serviços de saúde.

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Construir e validar um instrumento para análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS na Atenção Básica.

3.2 Objetivos Específicos

1) Elaborar um instrumento de medição para analisar o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS AB na Atenção Básica;
2) Validar o conteúdo e a aparência do instrumento de medição.

Percurso Metodológico

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, que usa a construção e validação de um instrumento para analisar o PEC da Estratégia e-SUS AB, com profissionais da APS.

Um estudo metodológico trabalha com maneiras de sistematização, aquisição e análise dos dados, além de explanar a criação e validação de instrumentos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Elaboração do instrumento de análise do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Estratégia e-SUS AB.

Para subsidiar a elaboração do instrumento de análise do PEC da Estratégia e-SUS AB foi construído um modelo lógico do PEC da Estratégia e-SUS AB.

O modelo lógico procura ajustar uma representação do funcionamento de um programa/produto, com a finalidade de solucionar os problemas detectados. Consegue ser um alicerce para persuadir a explicação do exercício esperado, revelando onde encontram-se os problemas do objeto do programa e como há a qualificação do mesmo para enfrentá-lo (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

O método da proposta é colaborar para um apropriado delineamento do programa/produto, e que este possa funcionar pelos resultados. Assim, deve-se nortear a proposta de funcionamento, bem como estabelecer os indicadores para o monitoramento e apreciação (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Os modelos lógicos não são engessados em seus princípios. São apenas representações que mostram um seguimento lógico de passos na execução de um programa/produto, bem como a aquisição dos resultados esperados (COOSKY; GILL; KELLY, 2001). Devido a essa versatilidade, de não haver um único estilo de modelo lógico, o mesmo também não é imóvel, pois a própria remodelação constante faz parte

do processo da evolução e ponderação do programa de intervenção (COOSKY; GILL; KELLY, 2001).

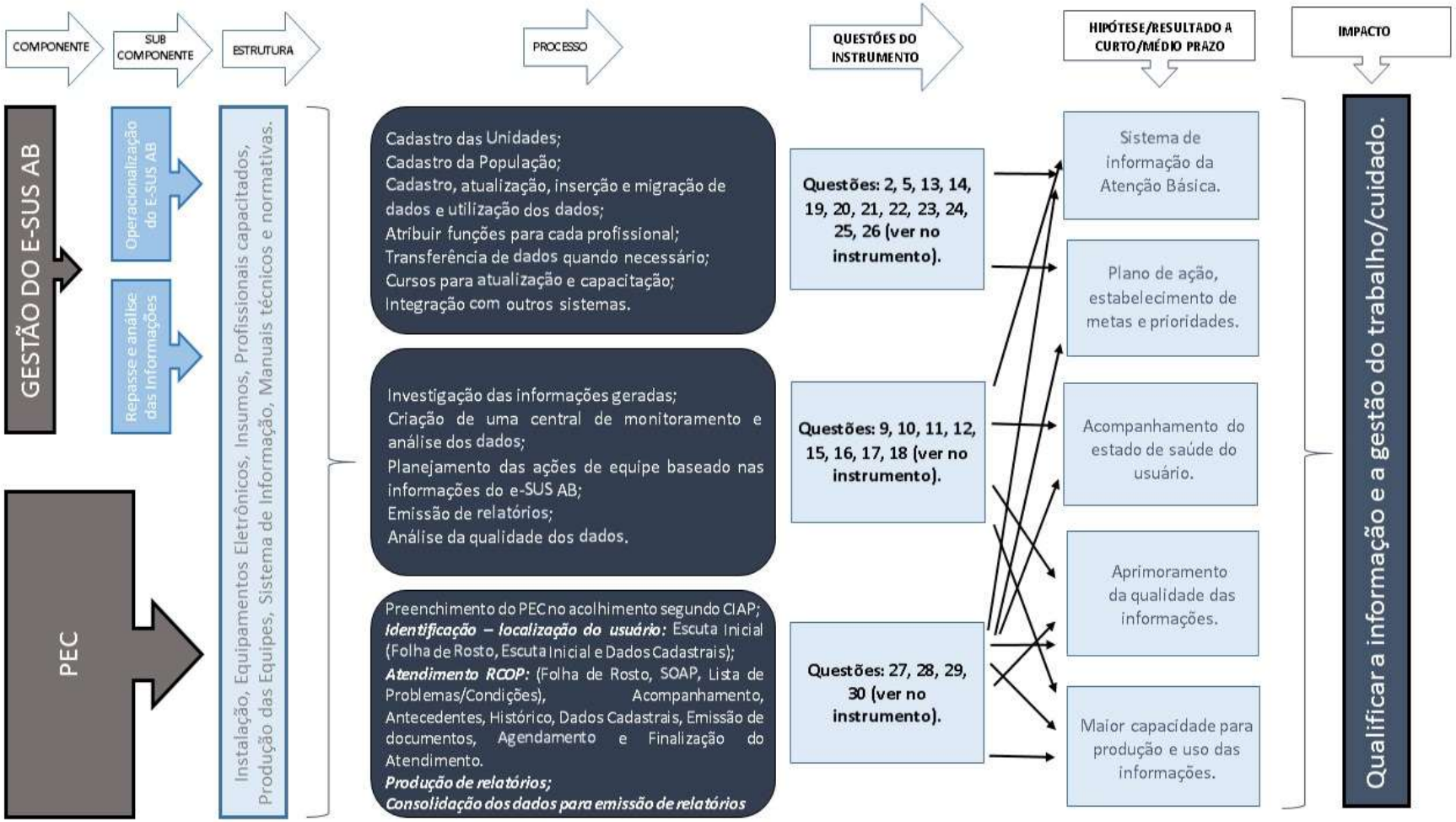
Neste estudo, o modelo lógico evidencia a necessidade de descrever o sistema e-SUS AB nos cenários de produção de saúde, ofertando a perspectiva de observar de maneira ampliada a assistência na APS, viabilizando a compreensão do PEC, de maneira articulada para o seu funcionamento ideal (FONSÊCA, *et al.*, 2015).

O modelo lógico da Estratégia e-SUS AB para modalidade PEC esboçado na Figura 2, baseou-se em duas premissas: Gestão do e-SUS AB e o PEC. Em cada item descrito, apresentaram-se os recursos disponíveis (estrutura), atividades esperadas (processo), impactos prováveis (resultados) relacionados ao que estava previsto. Estrutura diz respeito aos requisitos materiais, humanos e sistematizados no âmbito do cuidado; já o processo relaciona-se com desempenho do cuidado, com enfoque nos resultados desejados (DONABEDIAN, 1978).

Os recursos existentes englobam: instalação física (salas, mesas, cadeiras, internet); equipamentos e insumos (computadores, impressoras, folhas de papel); e os recursos humanos (profissionais - enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, médicos, dentre outros); manuais e normativas (manual de instalação/novas versões do e-SUS AB e portarias).

As funções relacionadas ao PEC e à Gestão do e-SUS AB estão detalhadas na figura abaixo. Quando elaboradas com os recursos disponíveis, melhoram efeitos a curto, médio e longo prazo. Os efeitos a curto e médio prazo podem ser: sistema de informação da APS bem estruturado e funcionando de maneira correta; elaboração de planos de ação e estipulação das metas e prioridades no serviço de saúde; capacidade de acompanhar o estado de saúde do usuário (número de consultas, exames, medicações retiradas, dentre outros); melhoria na qualidade das informações (informações completas, estruturadas, para a tomada de decisões); e habilidade em produzir e utilizar as informações (possibilidade de inserir maior número de dados, no mesmo período de tempo, bem como usufruir dessas informações geradas posteriormente para a continuidade do cuidado). E por fim, espera-se a longo prazo, um sistema de informação da APS convergente com as necessidades da população. A Figura 2 traz a estruturação simplificada do modelo lógico (APÊNDICE B) utilizado para a construção do presente instrumento, a seguir:

Figura 2 – Modelo Lógico do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Estratégia e-SUS AB.
Fonte: Elaborado pela autora (2018).



Com base neste modelo lógico, foram elaboradas, a princípio, sete questões referentes ao perfil do respondente (sexo, data de nascimento, idade, escolaridade, pós-graduação, vínculo empregatício, categoria profissional) e 25 questões para analisar PEC na visão do profissional de saúde. Sucessivamente, estas foram validadas, segundo os padrões de relevância, objetividade e clareza, definidos por Pasquali (1998).

Pasquali (1998) diz que a relevância se analisa como o protótipo (proposição) e deve ter relação com o objetivo proposto e também com as outras questões de mesma característica; a clareza, sugerindo que a proposição seja escrita de maneira que a apreciação esteja coerente, compreendendo de maneira correta o que foi proposto avaliar; e por fim, a objetividade recomenda que a frase tenha uma conduta verdadeira, concordando com a resposta correta ou não. Foram elaboradas 32 questões na primeira versão do instrumento.

Optou-se pela escala designativa Likert nas questões do instrumento, sendo (discordo muito, discordo, concordo, concordo muito). Ressalta-se a vantagem do seu uso, devido ao leque de respostas que podem ser colhidas. (MONTEIRO; HORA, 2013).

Para a validação de conteúdo e de aparência das questões, utilizou-se a Técnica Delphi, detalhada abaixo:

4.3 Técnica Delphi

É uma metodologia que tem por objetivo a concordância de ideias referentes a um grupo de juízes sobre determinado assunto em questão. Essa concordância acontece de uma maneira organizada, onde os juízes realizam um parecer das informações, também denominadas hipóteses, oferecidas pelo pesquisador responsável através de um questionário sistematizado anteriormente, embasado no problema de pesquisa e seus objetivos. A Técnica pode ser utilizada para dados qualitativos ou quantitativos (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Pode ser utilizada na maneira clássica, onde os instrumentos são enviados pelo correio físico; ou na maneira eletrônica, onde os mesmos são enviados por correio eletrônico ou oferecidos através de uma plataforma online,

segura, sigilosa e de uso privativo dos pesquisadores, por internet (SALLES; SILVA, 2011; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; CASTRO; RESENDE, 2009).

A Técnica acontece em até três rodadas. As questões são colocadas no questionário, a fim de validar por meio do consenso de ideias. A porcentagem de concordância é estabelecida pelo pesquisador, sendo necessário percentil maior que 50. Contudo, percentis perto do limiar mínimo sofrem o risco de não obter confiabilidade considerável para determinação da hipótese (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Para pesquisas na área da enfermagem, percentis inferiores a 75% não são aconselhados, mesmo em casos de insuficiência de produção, ou até mesmo para constructos teóricos. Conforme as questões vão atingindo o consenso, elas são excluídas da próxima rodada, e mantém-se apenas aquelas que não atingiram o percentil estabelecido na pesquisa (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Como apresentado acima, a Técnica Delphi é utilizada para validar consenso de ideias. Posto isso, cumpre esclarecer brevemente as validações presentes neste estudo, que é a validação de aparência (ou face) e conteúdo de um instrumento.

4.3.1 Validação de Instrumento

A validação de instrumentos de mensuração é um processo de análise e investigação iniciada desde a construção de um instrumento até a interpretação dos resultados obtidos com a aplicação do mesmo (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015). As investigações decorridas pelas construções de instrumentos de avaliação, psicométricos e sociométricos, iniciaram-se nas ciências sociais, especialmente na psicologia, seguidas pelas ciências da saúde (CURADO; TELES; MARÔCO, 2014).

Nas ciências da saúde, a validade de conteúdo consiste em averiguar se esse teste representa uma amostra relevante do espaço (PASQUALI, 2009).

Esse tipo de validade mostra se os itens do instrumento que está sendo avaliado, como a seleção e dimensão, simbolizam de maneira correta a temática que se pretende medir, e também se é um fundamento de boa qualidade do instrumento (COLLARES; GREC; MACHADO, 2012).

A validade de conteúdo possui uma variante chamada de “validade aparente”. Ambas caminham lado a lado (FAYERS, MACHIN, 2008).

Validade aparente ou face diz respeito à correlação visível entre o que se propõe a medir com os elementos do instrumento selecionado para tal, onde os mesmos são ponderados de maneira subjetiva por um grupo de juízes especialistas no tema (COOK; BECKMAN, 2006; HULLEY *et al.*, 2008).

4.3.2 Seleção dos juízes

Para a validação do instrumento, buscou-se selecionar juízes com entendimento sobre SI. Foi feita uma análise avançada por assunto na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq), especificamente na *Plataforma Lattes*, que reúne o currículo de diferentes pesquisadores, utilizando as seguintes palavras-chave: "*sistemas de informação e atenção básica*".

Os critérios de inclusão foram: experiência com SI da AB, como artigos publicados e/ou projetos elaborados na temática e preferencialmente apresentar título de doutor e/ou mestre.

Após a identificação na plataforma foi realizada a leitura do resumo do currículo e uma análise da temática trabalhada por cada um deles. Nesta primeira busca foram identificados 41 juízes. Para estes, foi enviado um e-mail explicando o estudo e convidando-os a participarem, com prazo para resposta de sete dias.

Esperado o tempo estabelecido, notou-se baixa adesão dos selecionados. Desse modo, foi realizada nova busca na *Plataforma Lattes* mantendo as mesmas palavras-chave utilizadas no primeiro levantamento, porém, desta vez foram eliminados os pré-requisitos de mestrado ou doutorado. Esta nova busca resultou em 47 juízes. A mudança no critério de inclusão foi necessária, pois teve o intuito de selecionar profissionais que trabalhassem na APS e que tivessem experiência com o sistema e-SUS AB de informação, independente de terem cursado uma pós-graduação ou não. O total de juízes convidados foi de 88, incluindo a primeira e a segunda busca na *Plataforma Lattes*. Destes 88, os que participaram e contemplaram o estudo foram 36 juízes.

4.3.3 Coleta de dados

O levantamento de dados realizado por meio de Internet, e-mail, é uma forma moderna, que traz benefícios como: rapidez na distribuição dos instrumentos, na coleta e combinação dos dados, além da facilidade em responder às questões quando bem entender (VIEIRA, 2009).

O instrumento de avaliação do PEC foi redigido na plataforma online *eSurvey Creator*, que disponibiliza links diversificados para cada participante da pesquisa. Ao clicar no link, estava descrito na primeira tela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como aceite de participação do estudo, mediante assinatura no local exclusivo. Posteriormente, em outra tela, foram detalhados os objetivos e a metodologia do estudo, bem como a explicação do procedimento de validação. Assim, após aceite de participação e as orientações sobre o estudo, os juízes tiveram acesso às questões relacionadas à primeira rodada da Técnica Delphi. Os que não responderam a primeira rodada, ou não completaram o instrumento, foram excluídos da amostra.

A busca dos endereços de e-mail dos juízes selecionados foi feita pelo *Google* para os 41 do primeiro levantamento, e pela própria *Plataforma Lattes*, na opção “Contato” para os outros 47, do segundo levantamento. A plataforma permite o envio apenas de cinco e-mails diários, apenas. Sendo assim, durante dez dias, os e-mails foram enviados.

O total de e-mails enviados na primeira rodada foi de 88, porém apenas 36 juízes aceitaram participar, sendo que, 20 responderam o instrumento e o completaram; 14 abriram o instrumento e não completaram; dois clicaram no link e ao ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) recusaram o convite, teclando “não”, fechando assim o instrumento. Após o envio do instrumento na primeira rodada, estipulou-se o período de sete dias para que os convidados respondessem, e em seguida, prorrogado para 15 dias.

Para validação de conteúdo, houve uma análise quantitativa das respostas dos juízes, mediante às questões do instrumento. Para isso, elucida-se que houve critérios estabelecidos, respectivamente: (1) Não Representativo; (2) Representativo, mas precisa de revisão; e (3) Item Representativo (LUCIAN; DORNELLAS, 2015). Os juízes poderiam trazer contribuições subjetivas em cada questão do instrumento.

Portanto, foi deixado um local específico em cada questão do instrumento para uma contribuição particular crítica. Salienta-se que de acordo com os resultados e grau de concordância das respostas, novas rodadas poderiam acontecer.

Finalizou-se a primeira rodada no dia 26 de novembro de 2018 sendo identificados 19 participantes que completaram a avaliação do instrumento.

Após analisar todas as sugestões para o instrumento na primeira rodada, fez-se uma reunião com o GAAPS (grupo de pesquisa do qual a mestranda é integrante), e alguns professores colaboradores da Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Divinópolis MG e Universidade de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, que também trabalham com a temática do e-SUS AB, para discutir as sugestões dos juízes para cada questão e quais seriam acatadas.

Na primeira rodada, o instrumento havia sido construído para ambas versões da Estratégia e-SUS AB: CDS e PEC. Avaliando as sugestões dos juízes, decidiu-se por excluir as questões envolvendo o CDS e reformular o instrumento para analisar apenas o PEC, objeto desta pesquisa. A mudança e decisão se deram devido ao avanço da tecnologia, bem como a proposta do MS, que é a utilização do PEC no nível nacional, permitindo a versão CDS temporariamente e apenas para os municípios que não possuem equipamentos eletrônicos nas UBS e nem conexão com a internet.

4.3.4 Análise dos dados

Para identificar o grau de concordância entre os juízes participantes, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O índice mede a porcentagem de concordância referente a alguns aspectos e itens do instrumento. Logo, há possibilidade de se analisar os elementos singularmente e o instrumento completo. Nesta presente pesquisa, o grau de concordância estipulado foi de 75% (PEREIRA; ALVIM, 2015).

O IVC foi calculado a partir da somatória das respostas “3” (Item representativo) de cada juiz em cada questão do questionário e dividida esta soma pelo número total de respostas (IVC= número de respostas “3” / número total de respostas X 100). O IVC varia entre 0 e 1 e, quanto mais próximo de 1, melhor será o desempenho do item,

segundo os juízes. Além do IVC foi utilizada, também, a Razão de Validade de Conteúdo (CVR - *Content Validity Ratio*). Enquanto IVC mede a proporção de juízes com respostas “3”, o CVR compara essa proporção com o número esperado, como se os juízes estivessem respondendo ao acaso [(CVR= ne – (N/2) / (N/2)], onde “ne” é número de juízes que classificaram cada item como “3” e “N” é o número total de juízes respondentes. O CVR varia entre -1 e 1 e espera-se que um bom item tenha o valor de CVR, ao menos, positivo. Segundo Tristán-López (2008), o valor mínimo do CVR, para seja descartada a hipótese de que os juízes estejam respondendo ao acaso, depende do número de juízes. Considerando um total de 16 juízes que participaram do segundo ciclo, o valor mínimo do CVR deve ser igual à 0,6.

4.4 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) sob o parecer n.º 2.726.375 e Protocolo CAAE 89770818.6.0000.5393, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12.

Para a pesquisa foi elaborado um TCLE (APÊNDICE A), que foi apresentado a cada sujeito da pesquisa, em linguagem acessível e clara, contendo seus objetivos, procedimentos da coleta de dados e utilização dos mesmos. Além disso, foi garantido o anonimato e esclarecido que somente participaram da pesquisa aqueles que aceitaram e que todo o material ficará guardado em local seguro, sob responsabilidade da pesquisadora principal.

Resultados

5. RESULTADOS

Da somatória de juízes participantes da Técnica Delphi (n: 36), 19 (27,7%) responderam completamente o instrumento no primeiro envio. Destes 19, oito eram doutores (42,1%), 10 (52,6%) eram mestres, e um (5,2%) com graduação em enfermagem.

Na primeira rodada, destacou-se um IVC total de 67%.

Questões que receberam pontuação abaixo de 75% em algum dos padrões (relevância, clareza e objetividade) foram revistas, segundo as recomendações dos juízes, e algumas delas foram reescritas ou descartadas. Algumas questões, mesmo atingindo 75%, foram reescritas, a fim de deixá-las mais claras e precisas, sempre levando em consideração as recomendações descritas pelos juízes.

Em relação às questões de análise do PEC, quatro questões foram excluídas: *"Tenho conhecimento sobre o e-SUS AB"*, com IVC médio de clareza e objetividade 40,9% e 36,3%, respectivamente, pois nas recomendações dos juízes conhecimento é uma palavra muito ampla e o sentido da frase poderia ficar vago para o entendimento da questão, referindo-se sobre a Estratégia toda, o sistema, ou ao domínio para utilização; *"O e-SUS pode ser entendido e usado por qualquer pessoa, independente da experiência no uso de computadores/informática"* devido ao IVC médio de clareza e objetividade 63,6% e 54,5% respectivamente, e também, pela recomendação dos juízes, por ser uma questão bem subjetiva e que não avaliava o PEC em si, tornando-se então desnecessária; *"As telas apresentam ferramentas para solucionar problemas quando necessário"*, com IVC médio de relevância, clareza e objetividade 50%, 31,8% e 31,8% respectivamente, com as orientações de que a palavra problema ficou sem detalhamento, assim como a palavra tela, tornando a pergunta mal formulada; *"O banco de dados do e-SUS AB é compatível com o de outros sistemas do Ministério da Saúde"*, com IVC médio de relevância, clareza e objetividade 63%, 40,9% e 50% respectivamente, com as considerações de que a questão era basicamente técnica, e que alguns profissionais poderiam ter dificuldade no entendimento.

O Quadro 3 apresenta questões do instrumento enviadas na primeira rodada da Técnica Delphi e as questões reformuladas para a segunda rodada, segundo as sugestões dos juízes. Algumas questões foram reescritas para melhor entendimento do profissional. Em algumas houve a necessidade de junção e outras foram

acrescentadas ao instrumento. Foram sugeridas também clareza e identificação dos termos utilizados, como: e-SUS AB (os softwares - CDS/PEC ou a Estratégia), não utilização de siglas (AB, CDS, PEC, UBS, USF, entre outros) e padronização desses elementos em todas as afirmações.

Quadro 3 – Questões da primeira e segunda rodadas do instrumento para validação de conteúdo e aparência para análise do uso do PEC e-SUS AB.

(Continua)

Questão do instrumento na 1ª Rodada	Questão do instrumento na 2ª Rodada
Perfil pessoal/unidade de atuação	
Município	Em qual município você utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Ministério da Saúde?
Tipo de Unidade Básica de Saúde (UBS)	Tipo de equipe a que você pertence (Segundo Portaria n º 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB):
Sexo	Sexo
Data de Nascimento	Data de Nascimento
Categoria Profissional	Categoria Profissional
Ocupação	Excluída
-	Vínculo empregatício
	Escolaridade
	Pós-Graduação
Análise do PEC Estratégia e-SUS AB	
Tenho conhecimento sobre o e-SUS AB	Excluída
Quanto à implantação do e-SUS AB na Unidade de Saúde estou satisfeito	Estou satisfeito com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que utilizo na Unidade em que atuo

(Continua)

Você utiliza o e-SUS AB diariamente	Utilizo o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) diariamente
O e-SUS AB é um sistema de fácil utilização	Utilizo com facilidade todas as ferramentas disponibilizadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
Os recursos disponíveis no e-SUS AB são de fácil visualização	As informações (palavras, nomes, abreviaturas ou símbolos) apresentadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) são compreendidas com facilidade
Os ícones utilizados no sistema apresentam claramente o que será encontrado ao se clicar em cada um deles	
As informações (palavras, nomes, abreviaturas ou símbolos) que estão no e-SUS AB podem ser entendidas com facilidade	
É fácil inserir informações no e-SUS AB	Consigo inserir dados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com facilidade
É fácil pesquisar informações no e-SUS AB	Consigo visualizar dados dos pacientes com facilidade no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
O sistema permite registrar informações incorretas ou inconsistentes à ação/procedimento desejado	O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) dispõe de ferramentas que diminuem o risco de registros de dados incorretos, incompletos e inconsistentes
	Consigo obter/recuperar com facilidade as informações dos pacientes inseridas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
O e-SUS pode ser entendido e usado por qualquer pessoa, independente da experiência no uso de computadores/informática	Excluída
A utilização do e-SUS AB proporciona agilidade no atendimento ao usuário	A utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) proporciona agilidade no atendimento ao usuário
As telas apresentam ferramentas para solucionar problemas quando necessário	Excluída

(Continua)

O banco de dados do e-SUS AB é compatível com o de outros sistemas do Ministério da Saúde	Excluída
Você foi capacitado para utilização do sistema	Sinto-me capacitado para utilizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
O suporte técnico disponibilizado para esclarecimento de dúvidas referentes ao sistema é satisfatório	Considero satisfatório o suporte técnico do município disponibilizado para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
	Utilizo o canal 136 do Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
	Utilizo outros canais de comunicação como suporte técnico para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):
	Utilizo a Comunidade de práticas do Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
	Utilizo o Manual da última versão do PEC - Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
	Utilizo Grupos do *WhatsApp* para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
-	Recebi capacitações para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Secretaria Estadual de Saúde
	Recebi capacitações para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Secretaria Municipal de Saúde

(Conclusão)

Os relatórios gerenciais do e-SUS AB são utilizados frequentemente para o planejamento das ações em saúde	Tenho acesso aos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com facilidade
O Sistema e-SUS AB oferece ferramentas para qualificar o processo de trabalho na unidade de saúde	Utilizo as informações dos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para gestão do cuidado
Os relatórios disponibilizados para a gestão da Unidade facilitam as condições de avaliação do serviço na unidade de saúde	Utilizo as informações dos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para gestão do trabalho
O e-SUS AB melhorou o registro das atividades assistenciais da Unidade	O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) melhorou o registro de dados do paciente

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em seguida, foram realizadas modificações no instrumento relativas aos 26 itens da primeira rodada, permanecendo o mesmo com 30 questões, sendo seis referentes ao perfil pessoal, duas do perfil da unidade de saúde e 22 questões de análise do PEC e-SUS AB. Este foi reenviado aos 19 juízes para nova avaliação e manteve-se com 30 questões.

Na segunda rodada, 16 juízes responderam, sendo sete doutores (43,7%) e nove mestres (56,2%). Destes 16, cinco (31,2%) eram homens e 11 (68,7%), mulheres. 13 (81,2%) trabalham com pesquisa de SI; três (18,7%) trabalham na assistência utilizando o PEC na APS e dois (11,7%) gestores (municipal e estadual).

Após a segunda rodada, o IVC total do instrumento ficou em 85,8%. O CVR total foi de 0,6. A seguir, a Tabela 1 apresenta os resultados do IVC e de CVR para os padrões avaliados nas questões: relevância, clareza e objetividade.

Tabela 1 – Concordância dos juízes em relação aos critérios de relevância, clareza e objetividade das questões de análise do uso do PEC e-SUS AB na segunda rodada

(Continua)

Questões	**IVC[1]**			**CVR[2]**
	Relevância	**Clareza**	**Objetividade**	**Média**
Estou satisfeito com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que utilizo na Unidade em que atuo:	93,7%	87,5%	87,5%	0,7
Utilizo com facilidade todas as ferramentas disponibilizadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	93,7%	75%	81,2%	0,6
Utilizo o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) diariamente:	87,5%	81,2%	81,2%	0,6
As informações (palavras, nomes, abreviaturas ou símbolos) apresentadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) são compreendidas com facilidade:	93,7%	81,2%	87,5%	0,7
Consigo inserir dados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com facilidade:	93,7%	87,5%	87,5%	0,7
Consigo visualizar dados dos pacientes com facilidade no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	87,5%	87,5%	87,5%	0,7

(Continua)

Consigo obter/recuperar com facilidade as informações dos pacientes inseridas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	87,5%	87,5%	87,5%	0,7
O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) dispõe de ferramentas que diminuem o risco de registros de dados incorretos, incompletos e inconsistentes:	87,5%	87,5%	87,5%	0,7
A utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) proporciona agilidade no atendimento ao usuário:	87,5%	87,5%	87,5%	0,7
Sinto-me capacitado para utilizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	93,7%	93,7%	93,7%	0,8
Considero satisfatório o suporte técnico do município disponibilizado para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	93,7%	81,2%	87,5%	0,7
Utilizo o canal 136 do Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	87,5%	87,5%	87,5%	0,7

(Continua)

Utilizo outros canais de comunicação como suporte técnico para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	75%	81,2%	75%	0,5
Utilizo a Comunidade de práticas do Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	87,5%	75%	81,2%	0,6
Utilizo o Manual da última versão do PEC - Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)	87,5%	75%	81,2%	0,6
Utilizo Grupos do WhatsApp para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):	87,5%	87,5%	87,5%	0,7
Recebi capacitações para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Secretaria Municipal de Saúde:	81,2%	75%	75%	0,5

(Conclusão)

Recebi capacitações para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Secretaria Estadual de Saúde:	87,5%	81,2%	81,2%	0,6
Tenho acesso aos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com facilidade:	93,7%	87,5%	87,5%	0,7
Utilizo as informações dos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para gestão do cuidado:	87,5%	81,2%	87,5%	0,6
Utilizo as informações dos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para gestão do trabalho:	93,7%	75%	81,2%	0,6
O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) melhorou o registro de dados do paciente:	93,7%	93,7%	93,7%	0,8
TOTAL	**85,8%**			**0,6**

[1]Índice de Validade de Conteúdo – IVC= número de respostas “3” / número total de respostas X 100.
[2]Razão de Validade de Conteúdo (CVR – Content Validity Ratio) = CVR= ne – (N/2) / (N/2)], onde “ne” é número de juízes que classificaram cada item como “3” e “N” é o número total de juízes respondentes.
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Decidiu-se manter a primeira questão referente ao perfil da unidade: *"Tipo de equipe a que você pertence (Segundo Portaria n º 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB)"* com clareza e objetividade de 62,5% e 68,7% respectivamente, devido à sua alta relevância (81,2%), mediante as sugestões dos juízes de incluir todos os tipos de equipes de saúde nas respostas; a opção "não"; e também um campo específico com a alternativa "outros" para ser preenchida, além de um sinalização (*) destacando a explicação do que é a PNAB.

O APÊNDICE C, traz a versão final do instrumento **IAPEC** (Instrumento para análise do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS AB) validado, dividido em duas seções. A primeira refere-se à caracterização do perfil da unidade de atuação e o pessoal; a segunda fase refere-se às questões de análise do PEC e-SUS AB.

Discussão

6. DISCUSSÃO

A utilização do RES tem se mostrado muito expressiva, tanto no âmbito hospitalar, quanto na APS, pois produz dados compreensíveis e reais, servindo de auxílio para os serviços de saúde, pesquisas acadêmicas e análises computacionais (MADDOX; MATHENY, 2015). Devido a esse grande destaque, vários profissionais em todo o mundo aderiram à tecnologia, abandonando assim as anotações em papel. Na América do Norte, mais da metade dos serviços de saúde utilizam um registro eletrônico (MADDOX; MATHENY, 2015).

No Brasil, a implantação da Estratégia e-SUS AB está em processo avançado, porém existem diferenças no processo de implantação entre os municípios. Essas diferenças podem estar relacionadas à inexistência de uma política de informação e informática em saúde voltada para a organização dos processos de produção, uso e disseminação de informação, e pela insuficiência de capacitação de recursos humanos para a gestão da informação (CAVALCANTE *et al.*, 2018b). Nesse sentido, faz-se necessária a avaliação das práticas de uso do RES e o desenvolvimento das competências relacionadas a sua utilização (MCBRIDE, *et al.*, 2017).

Na construção do instrumento elaborado para analisar o PEC e-SUS AB, foram elencados alguns pontos que se destacaram nas questões para serem discutidos: satisfação, facilidade do uso, suporte técnico, capacitação e utilização dos relatórios gerados.

O instrumento teve como uma das primeiras questões a satisfação na utilização do PEC. Isso se correlaciona com outros estudos encontrados na literatura, nos quais a satisfação com o uso do SI está intimamente ligado à adoção e utilização do mesmo (ALSOHIME, *et al.,* 2019; SANTOS; MARIN, 2018).

Reina e colaboradores (2019) avaliaram uma História Clínica Eletrônica em relação ao nível de satisfação para profissionais da APS e da gestão em saúde. Foi observado um baixo nível de satisfação de uso do sistema resultante do nível de estresse no ambiente de trabalho e do tempo para manuseio do mesmo.

A resistência com o uso da tecnologia também está relacionada com o nível de satisfação de uso de SI. Um estudo constatou a satisfação de enfermeiros com o RES, melhorando as atividades de trabalho, e demonstrando que a satisfação tem relação com a performance do sistema. Quanto mais os profissionais utilizam o PEC e suas

ferramentas, maior a chance de eles se sentirem satisfeitos com a tecnologia (TUBAISHAT, 2017).

Outro fator que influencia a satisfação é o ambiente organizacional de implantação do sistema. Autores relatam que a ausência de computadores disponíveis e a conectividade da internet podem causar baixa adesão na utilização de tal recurso (ALSOHIME, *et al.,* 2019; LAHM; CARVALHO, 2015).

Outro quesito muito importante a ser considerado é a facilidade de uso. Na construção do instrumento para analisar o PEC da Estratégia e-SUS AB, observa-se que várias questões se referem à facilidade para utilizá-lo. Estudo com o objetivo de analisar a satisfação dos gestores hospitalares, devido à facilidade de uso de um sistema informatizado, demonstrou que a rapidez do sistema, a facilidade para realizar buscas, a transparência para uso das ferramentas disponibilizadas, como as páginas, telas, ícones e relatórios gerados estavam associados à facilidade de uso (SANTOS; MARIN, 2018).

Tal facilidade também está relacionada com a habilidade de manusear os recursos tecnológicos oferecidos pelo sistema (LOPES; CARVALHO; LAHM, 2017). Estudo com proposta de avaliar a usabilidade de um PEP, a partir da seleção de dados, constatou que a clareza para encontrar botões como copiar, colar e imprimir foram relatados como facilitadores para sua utilização (LOPES; CARVALHO; LAHM, 2017).

A identificação de um suporte técnico também está relacionada à facilidade do uso do mesmo (SANTOS; MARIN, 2018). A literatura enfatiza que os gestores dos serviços de saúde têm, como uma de suas responsabilidades, a de fornecer um suporte técnico resolutivo e eficaz para os profissionais, oportuno em todo o período de trabalho (TUBAISHAT, 2017). Isso pode colaborar na estruturação de um relacionamento entre os técnicos e os usuários do SI, diminuindo as despesas e tendo uma devolutiva periódica sobre a sua implementação. A presença de um suporte para dúvidas tem grande relação com uma implementação de sucesso de um sistema de RES na Arábia Saudita (ALSOHIME, *et al.,* 2019).

Além disso, vários estudos corroboram a importância da capacitação para utilização dos SI (LOPES; CARVALHO; LAHM, 2017; CARRENO, *et al.*, 2015; FERREIRA, *et al.*, 2015).

Os treinamentos iniciais e as atualizações têm ligação fundamental com a facilidade na utilização. O oferecimento de tais treinamentos facilita e colabora no uso

do sistema, uma vez que são cruciais na lapidação das habilidades dos usuários com a tecnologia, abrindo horizontes para a compreensão da sua importância (SANTOS; MARIN, 2018). A ausência desses treinamentos tem relação com a subutilização dos SI, baixa adesão e insatisfação do profissional de saúde (NASCIMENTO, *et al.*, 2016).

Um estudo com objetivo de explorar os fatores que influenciam na satisfação de uso de um sistema de RES identificou a necessidade de capacitação para sanar dúvidas quanto ao manuseio e melhorar a satisfação dos usuários (ALSOHIME, *et al.,* 2019).

Uma pesquisa realizada no Brasil identificou que os profissionais de enfermagem que não receberam capacitação demonstraram dificuldades na utilização do PEP (LAHM; CARVALHO, 2015; FERREIRA, *et al.*, 2015). A capacitação possibilita a aproximação com as ferramentas tecnológicas e contribui para a aquisição de habilidades necessárias ao manuseio (SANTOS; MARIN, 2018), influenciando o uso do PEP (LAHM; CARVALHO, 2015).

Por meio da utilização correta e uma boa alimentação dos SI de maneira precisa e recorrente, é possível gerar relatórios fidedignos para diagnóstico da situação de saúde, facilitando o monitoramento em saúde e a tomada de decisão e avaliação pelos profissionais (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

O instrumento construído nesta pesquisa contou também com duas questões de alta relevância sobre os relatórios gerados avaliadas pelos juízes. Entretanto, é conhecida a incomum utilização desses relatórios para tomada de decisão nos serviços de saúde, principalmente em relação ao nível de implantação ao qual o sistema se encontra (REZENDE; SOUZA, 2017).

Rezende e Souza (2017) realizaram um estudo que objetivou analisar o processo de implantação do SIS-Hiper-Dia (Hipertensão e Diabetes) em alguns municípios, e verificaram que menos da metade deles utilizava o banco de dados que gerava os relatórios. Observou-se também que a ausência dos relatórios teve ligação na implantação do sistema. Nos locais onde ele estava parcialmente implantado a emissão era menor; já onde estava completamente implantado, os relatórios eram emitidos com maior frequência. Os relatórios fazem parte de uma sistematização das informações do usuário, ao ponto de serem decisivos para as atividades e integralidade do atendimento (LIMA, *et al.*, 2018). Sendo assim, tornam-se mais palpáveis e suas qualidades mais visíveis por meio da utilização do PEC.

O PEC da Estratégia e-SUS AB é capaz de criar relatórios que contribuem com as equipes de saúde e os gestores municipais, a fim de avaliar e monitorar a qualidade prestada por estes profissionais. Os relatórios são importantes, pois permitem perceber a realidade sócio-sanitária da população assistida, além de moldarem os serviços de saúde prestados à população, modificando-os quando necessário, a fim de aperfeiçoar o trabalho prestado (BRASIL, 2003).

No instrumento construído neste estudo foram incluídas duas questões sobre a utilização das informações dos relatórios gerados pelo PEC para a gestão do trabalho/cuidado. Autores evidenciam que o setor saúde sofreu modificações culturais muito importantes ao adotar o RES no dia a dia dos profissionais, proporcionando melhorias no trabalho (GAGNON, *et al.*, 2010; SHEN; GINN, 2012).

Estudo realizado com médicos, cujo objetivo era examinar a interação de fatores sociológicos e tecnológicos na implementação de um Registro Médico Eletrônico, certificou que a sua utilização modificou o ambiente de trabalho, comprovando que informações geradas são mais precisas e confiáveis, algo muito importante para tomada de decisão sobre um diagnóstico clínico (CUCCINIELLO, *et al.*, 2015).

Mudanças positivas em relação ao diagnóstico, tratamento, diminuição de erros e produção dos relatórios foram percebidas com a adoção do Registro Médico Eletrônico na Europa. Para os enfermeiros, a adoção melhorou a relação entre a equipe de saúde, principalmente no controle de atendimentos de saúde, por meio da incorporação dos sistemas de rede (CUCCINIELLO, *et al.*, 2015). Enfermeiros têm grande atuação na gestão do trabalho, sendo grandes responsáveis por gerar os relatórios para a gestão da unidade, além de controlar as demandas e avaliar as equipes de saúde (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Os relatórios de SI contribuem para a decisão clínica, diminuição de erros e a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017). Sendo assim, os Registros Médicos Eletrônicos funcionam como protagonistas nos serviços de saúde e os profissionais são colaboradores responsáveis pela própria satisfação com o sistema, através do qual obtém-se diversos resultados (CUCCINIELLO, *et al.*, 2015).

O presente instrumento obteve nos padrões relevância, clareza e objetividade das questões um bom IVC e CVR, acima do estabelecido para esta pesquisa. O estipulado na literatura para um consenso oscila de 50 a 80%, com recomendação de percentis acima de 75% nas pesquisas em enfermagem (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Na validação de aparência, o instrumento final foi coerente para os juízes em relação à disposição das questões. As sugestões para a validação diziam respeito principalmente à clareza das questões e ao seu significado. A validação semântica é bem relevante, pois certifica se todos os elementos são evidentes no que diz respeito ao público para o qual o instrumento foi construído, além de analisar se estes elementos possuem transparência, constatando então a validade aparente (FUZISSAKI, 2016).

Na pesquisa, metade dos juízes que participaram da Técnica Delphi eram mestres ou doutores na temática e de diversas partes do país. Alguns estudos demonstram que quanto mais títulos e pesquisas realizadas, além do tempo de prática, mais o profissional possui atributos para desempenhar o papel de juiz nas validações de conteúdo (POMPÉU; ROSSI; PAIVA, 2014; FUZISSAKI, 2016).

Observando os resultados desta pesquisa, percebeu-se que alguns juízes trouxeram sugestões muito importantes e que não estavam descritas nas questões. Destaca-se também que é indispensável uma boa escolha dos juízes que farão parte da Técnica Delphi, pois são eles que trazem observações sobre os benefícios da pesquisa, bem como as limitações de cada questão, colaborando para o enriquecimento do instrumento (FUZISSAKI, 2016).

O intuito do estudo proposto é melhorar a prática no uso do PEC. O instrumento construído poderá ser utilizado para o monitoramento e avaliação do PEC nas unidades de APS, o que contribuirá para um processo de trabalho mais estruturado e organizado, no que diz respeito ao tempo gasto nas evoluções e na continuidade do cuidado. O governo tem buscado algumas mudanças a fim de construir uma infraestrutura de TI, interligando o país com o RES, e isso pode causar grande impacto nas unidades de APS (MURPHY, 2010).

É importante analisar a repercussão desta nova tecnologia referente à realização, eficácia e ao fluxo de trabalho para, assim, sistematizar o espaço da prática. Ter o domínio do PEC contribuirá para que os profissionais de saúde ampliem

seus papéis na APS, bem como a satisfação do paciente com o cuidado. Se comparado às anotações em papel convencional, o Registro Médico Eletrônico proporciona dados transparentes e compreensíveis (CADARETTE; WONG, 2015).

6.1 Limitações do Estudo

Sobre as limitações do estudo, salientam-se as dificuldades relacionadas à plataforma online *eSurvey Creator* que, apesar de ser muito utilizada atualmente, apresenta algumas dificuldades como: incapacidade de reabrir o instrumento mais de uma vez, colaborando com a perda de juízes; e ainda, a demora no aceite e no reenvio do instrumento pelos juízes, fazendo-se necessário novos convites com a finalidade de impulsionar a participação. A tecnologia, mesmo tendo ajudado positivamente na condução da pesquisa, pode acarretar problemas que levam a um aumento de perdas ou respostas incompletas (CENDÓN; RIBEIRO; CHAVES, 2014). (RETIRADO LIMITAÇÃO)

Outra limitação foi a ausência de estudos na literatura que trabalhassem a validação de instrumento para SI/RES/PEC, tanto no nível nacional, quanto internacional. O mais próximo que os estudos chegavam, tratava-se da utilização de instrumento para avaliar o banco de dados de um sistema ou a sua implantação em si. Portanto, a criação e validação de um instrumento de mensuração seguro, para analisar o PEC da Estratégia e-SUS AB, faz-se indispensável e relevante, pois caracteriza os pontos que devem ser revistos e aperfeiçoados. A ideia é que este instrumento validado seja difundido para servir de suporte nas pesquisas dentro da área da saúde, da enfermagem, e entre os serviços de saúde, a fim de melhorar o PEC e sua utilização pelos profissionais como ferramenta de gestão. Pretende-se, ainda, a continuidade da validação do instrumento.

Conclusão

7. CONCLUSÃO

Considerando o objetivo proposto nesta dissertação, que foi o de construir e validar um instrumento para análise do PEC da Estratégia e-SUS na AB, o instrumento construído foi considerado apropriado e validado pelos juízes.

Apontados os itens elencados como importantes nas questões e discutidos neste estudo, a saber: **satisfação**, **facilidade do uso**, **suporte técnico**, **capacitação** e utilização dos **relatórios gerados**; conclui-se que:

Concernente ao item **satisfação** em utilizar o sistema, observa-se que os juízes avaliaram as questões com um alto índice de relevância, clareza e objetividade. Diante disso, considera-se que perguntas relacionadas a este ponto são importantes pois quando o profissional está satisfeito com o sistema, a possibilidade de utilização do mesmo aumenta, bem como sua frequência de uso.

O presente instrumento contemplou, em sua maioria, questões relacionadas ao item **facilidade de uso**, também avaliadas com altos índices de relevância, clareza e objetividade pelos juízes. Assim sendo, conclui-se que este é um dos pontos mais importantes para ser analisado na utilização do PEC, pois há a potencialização do uso com a diminuição do tempo hábil para sua alimentação, bem como a praticidade para acesso ao sistema.

Nota-se que as questões relacionadas ao item **suporte técnico** foram avaliadas com uma boa relevância pelos juízes. Porém, em relação à avaliação da clareza e objetividade nas questões sobre o suporte vindo do MS, os índices foram próximos ao ponto de corte aceito nesta pesquisa. Nesse caso, é necessário refletir sobre a credibilidade das esferas de governo para implementação dos sistemas e o acesso fornecido aos profissionais para resolução de problemas do mesmo, de forma rápida e eficaz.

Relacionado ao item **capacitação**, obteve-se os mais altos índices de relevância, clareza e objetividade pela análise dos juízes. Portanto, mesmo com a possibilidade de deficiência de suporte técnico provido pelo MS, considera-se que a capacitação vinda das esferas de governo é tida como importante para um bom desempenho e aumento da satisfação dos profissionais com o uso do PEC.

Quanto às questões que tratam do item **relatórios gerados**, os juízes avaliam as questões com altos índices de relevância e objetividade, de forma a pensar na

importância da devolutiva aos profissionais e, possivelmente, contribuir na organização das ações de trabalho na APS.

O instrumento poderá promover melhor articulação da equipe multiprofissional através das informações inseridas no sistema. Espera-se também que o instrumento validado seja divulgado para subsidiar novas pesquisas na área.

Referências

REFERÊNCIAS[3]

AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. 271 p.

ALSOHIME, F.; et al. Satisfaction and perceived usefulness with newly-implemented electronic health records system among pediatricians at a university hospital. **Computer Methods and Programs in Biomedicine**, Limerick, v. 169, p. 51-57, Fev. 2019.

AMADO, C. A. E. F.; SANTOS, S. P. Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: the case of the Portuguese health centres. **Health Policy**, Limerick, v. 91, n. 1, p. 43–56, 2009.

ASTOLFO, S.; KEHRIG, R. T. O processo de implantação de uma estratégia integrada de SIS na APS no Mato Grosso, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva Universidade Estadual Feira de Santana**, Feira de Santana, v. 7, n. 1, p. 8-15, 2017.

BABBOTT, S.; et al. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO study. **Journal American Medicine Information Association**, Oxford, v. 21, n. 1, p. e100-e106, 2014.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTE, A. C. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p. 424-433, jan. 2010.

BEZERRA, S. M. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009.

BITTAR, T. O.; et al. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 1, n. 14, p. 77-81, ago. 2009.

BLUMENTHAL, D. Lauching HITECH. **New England Journal of Medicine,** Boston, v. 362, n. 5, p. 382-385, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (Org.). **Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011**. Brasília: 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html>. Acesso em: 14 abr. 2019

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

[3] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 14 abr. 2019

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/260308.pdf> Acesso em: 14 abr. 2019

BRASIL. Projeto promoção da saúde. Declaração de Alma-Ata. In: _____. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 15-18. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 14 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB:** manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 96 p. Disponível em: <http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011**. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 4 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**: (atualizada em julho de 2013 com a Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013). 7. ed. Brasília, DF: 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: 21 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **As redes de atenção à saúde**. 2014a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS atenção básica**: manual de implantação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_implantacao_esus.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS atenção básica**: manual do sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS (versão 1.3):

versão simplificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 124 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **E-SUS AB**. 2014d. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 2016. Seção 1, p. 1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm> Acesso em: 14 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 32 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 07 fev. 2019.

CADARETTE, S. M.; WONG, L. An introduction to health care administrative care. **Canadian Journal of Hospital Pharmacy,** Ottawa, v. 68, n. 3, p. 232-237, 2015.

CAMPARA, M.; et al. Implantação do prontuário eletrônico de paciente. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 61-74, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.** In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.

CARRENO, I.; et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 947-956, mar. 2015.

CARVALHO, E.; GOTTEMS, L.; PIRES, M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. 6. ed. Brasília, DF: IPEA, 2010. 35 p.

CASTRO, A. V.; RESENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Information system of primary care: beyond the technological improvements. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, p. 2263-2271, 2014. Suplemento 1.

CAVALCANTE, R. B.; et al. Difusão da inovação tecnológica e-SUS AB: aceitação ou rejeição? **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 1-15, out. 2018a.

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

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CENDÓN, B. V.; RIBEIRO, N. A.; CHAVES, C. J. Pesquisas de survey: análise das reações dos respondentes. **Informação & Sociedade Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 3, p. 29-48, set./dez. 2014

COLLARES, C. F.; GREC, W. L. P.; MACHADO, J. L. M. Psicometria na garantia de qualidade da educação médica: conceitos e aplicações. **Science in Health**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 33-49, abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: O Conselho, 2002. Disponível em: http://www. portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 119, n. 2, p.166e7-e16, Feb. 2006.

COOKSY, L. J.; GILL, P.; KELLY, P. A. The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. **Evaluation and Program Planning**, Amsterdam, v. 24, n. 2, p. 119-128, May 2001.

COSTA, C. G. A. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software**. 2001. 288 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CUCCINIELLO, M.; et al. Understanding key factors affecting electronic medical record implementation: a sociotechnical approach. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 1, p. 1-19, Jul. 2015.

CURADO, M. A. S.; TELES, J.; MARÔCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 149-156, 2014.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **Estratégia saúde da família**: reflexão sobre algumas premissas. 2011. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf> Acesso em: 30 ago. 2018.

DANIEL, V. M. **Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS**: uma análise de estados brasileiros. 2012. 212 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856-64, May 1978.

FARZANDIPUR, M.; JEDDI, F. R.; AZIMI, E. Factors affecting successful implementation of hospital information systems. **Acta Informática Médica**, Sarajevo, v. 24, n. 1, p. 51-55, 2016.

FAYERS, P.; MACHIN, D. **Quality of life**: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007. 544 p.

FERREIRA, H.; et al. Percepção e avaliação dos enfermeiros das equipes do programa saúde relacionado ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 1, n. 18, p. 70-77, jan. 2015.

FIGUEIREDO, W. M.; CAMARGO, A. M.; RIBEIRO, L. G. Estratégia da saúde da família: avaliação da percepção da comunidade. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 3579-3596, dez. 2018.

FONSÊCA, G. S.; et al. Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação odontológica. **Revista da Abeno**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 2-11, jan. 2015.

FUZISSAKI, M. A.; et al. Validação semântica de instrumento para identificação da prática de enfermeiros no manejo das radiodermatites. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. e1142, mar. 2016.

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. Santos. **Anais...** 2014.

GAGNON, M. P.; et al. Multi-level analysis of electronic health record adoption by health care professionals: a study protocol. **Implementation Science**, London, v. 5, p. 30, 2010.

GREENHALGH, T.; et al. Introducing a nationally shared electronic patient record: case study comparison of Scotland, England, Wales and Northern Ireland. **International Journal of Medical Information**, Shannon, v. 82, n. 5, p. 125-138, 2013.

HANSEN, J.; et al. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. **Health Affairs**, Millwood, v. 34, n. 9, p. 1531-1537, Sep. 2015.

HIRSCH, J. D.; et al. Validation of a patient-level medication regimen complexity index as a possible tool to identify patients for medication therapy management intervention. **Pharmacotherapy**, Malden, v. 34, n. 8, p. 826-835, 2014.

HOLMES, E. S.; et al. Health information systems in the decision making process in primary care. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 2, p. 1-9, 2016.

HRIPCSAK, G.; ALBERS, D. J. Correlating electronic health record concepts with healthcare process events. **Journal of the American Medical Informatics Association**, Oxford, v. 20, n. 2, p. 311-318, 2013.

HUDON, C.; et al. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 13, n. 6, p. 523-528, 2015.

HULLEY, S. B.; et al. **Delineando a pesquisa clínica**: Uma abordagem epidemiológica. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2008. 384 p.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Revisão de literatura: Implantação de prontuário eletrônico do paciente. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. 4, p.176-181, out. 2012.

JOIA, L. A.; MAGALHÃES, C. Evidências empíricas da resistência à implantação de prescrição eletrônica: uma análise explano-exploratória. **Revista de Administração Contemporânea Eletrônica**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 81-104, 2009.

KIMBLE, C. Electronic health records: cure-all or chronic condition? **Global Business and Organizational Excellence**, Hoboken, v. 34, n. 4, p. 63-74, 2014.

LAHM, J.; CARVALHO, D. R. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 20, p. 38-44, mar. 2015.

LIMA, D. F. B.; et al. Sistema de informação em saúde: concepções e perspectivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrônico do paciente. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, vol. ser III, n. 5, p. 113-119, 2011.

LIMA, V. S.; et al. Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização. **Revista de Saúde Digital e Tecnologia da Educação**, Fortaleza, v. 1, p. 100-113, jan. 2018. Número Especial.

LOPES, V. J.; CARVALHO, D. R.; LAHM, J. V. KDD na avaliação da usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por profissionais da enfermagem. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 6, n. 3, p. 20-31, fev. 2017.

LOURENÇÃO, L. G.; JUNIOR, C. J. F. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-53, 2016.

LUCHENSKI, S. A.; et al. Patient and public views on electronic health records and their uses in the United Kingdom: cross-sectional survey. **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 15, n. 8, p. e160, 2013.

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de atitude: proposição de um protocolo de elaboração de escalas. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 157-177, ago. 2015.

MADDOX, T. M.; MATHENY, M. A. Natural language processing and the promise of big data. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, Hagerstown, v. 8, n. 5, p. 463-465, Sep. 2015.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais**. Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 20-24, mar. 2010.

MARIN, H. F.; MIRANDA, C. F. **Prontuário eletrônico do paciente**. 2018. Monografia (Especialização em Informática em Saúde) - Universidade Aberta do Brasil, São Paulo, 2018.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 23-38.

MCBRIDE, S.; et al. Statewide study to assess nurses experiences with meaningful use–based electronic health records. **CIN**: **Computers, Informatics, Nursing**, Hagerstown, v. 35, n. 1, p. 18-28, Jan. 2017.

MEEKS, D. W. et al. Exploring the sociotechnical intersection of patient safety and electronic health record implementation. **Journal of the American Medical Informatics Association**, Oxford, v. 21, n. e1, p. e28-e34, 2014.

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 do SUS**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 7-18, 2001.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 554 p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MONTAGUE, E. The promises and challenges of health information technology in primary health care. **Primary Health Care Research Development**, Cambridge, v. 15, n. 3, p. 227-230, 2014.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em Saúde Pública**: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: Appris, 2013. 112 p.

MOTA, L. A. N.; PEREIRA, F. M. S.; SOUSA, P. A. F. Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 1, p. 85-91, mar. 2014.

MURPHY, J. The journey to meaningful use of electronic health records. **Nursing Economics**, Pitman, v. 28, n. 4, p. 282-286, 2010.

NARCISSE, M. R.; et al. Advanced practice nurses' meaningful use of electronic health records. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 127-132, 2013.

NASCIMENTO, D. J.; et al. Características do uso de sistemas ERPS na gestão de informações e controladoria no ramo da construção civil: um estudo de caso numa empresa paraibana. In: SIMPÓSIO DE CONTROLADORIA, 1, 2016, Recife. **Anais....** Recife: Simpcont, 2016. p. 1 - 15.

OLIVEIRA, A. E. C.; et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218, 2016.

OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F. C. **Introdução ao método Delphi**. Curitiba: Mundo Material, 2008.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-999, dez. 2009. Número Especial.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 174-180, 2015.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 418-426, 2006.

POÇAS, K. C.; et al. Censo de estrutura da atenção primária à saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 275-284, mar. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011. 700 p.

POMPÉU D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA L. Content validation of the nursing diagnosis Nausea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 48-56, 2014.

REINA, S. I.; et al. Valoración de la historia clínica electrónica por los profesionales de organizaciones sanitarias y sociales. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, Barcelona, v. 22, n. 1, p. 11-17, jan. 2019.

REZENDE, E. P.; SOUZA, L. E. P. F. Análise da implantação do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em municípios da Bahia – 2013. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 9-26, set. 2017.

RICHARDSON, J. E.; et al. Bridging informatics and implementation science: evaluating a framework to assess electronic health record implementations in community settings. **AMIA Annual Symposium Proceedings Archive**, Oxford, v. 2012, p. 770-778, 2012.

RIOS, A. F. M.; PINHEIRO, A. L. S. Sistema de informação: ferramenta da gestão em saúde na atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências em Saúde**, Ilhéus, v. 1, n. 1, p. 1-13, jan. 2017.

RITTENHOUSE, D. R.; et al. Increased health information technology adoption and use among small primary care physician practices over time: a National Cohort Study. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 15, n. 1, p. 56-62, 2017.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Paulo: Yendis, 2011.

SANTOS, M. C.; MARIN, H. F. Análise do uso de um sistema informatizado por gestores hospitalares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 31, p. 1-6, mar. 2018.

SANTOS, S. R.; et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no Sistema Único de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 833-840, out./dez. 2014.

SANTOS, T. O.; PEREIRA, L. P.; SILVEIRA, D. T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.1-11, jul. 2017.

SENNE, F.; et al. **Desafios para as políticas de e-saúde no Brasil**: uma análise de disponibilidade e uso das TICS em estabelecimentos de saúde brasileiros. In: CPR LATAM-COMMUNICATION POLICY RESEARCH CONFERENCE. 2014.

SHEN, J. J.; GINN, G. O. Financial position and adoption of electronic health records: a retrospective longitudinal study. **Journal of Health Care Finance**, Frederick, v. 38, n. 3, p. 61-77, 2012.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2010.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 2-9, ago. 2017.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SINGH, Hardeep; SITTIG, Dean F. Measuring and improving patient safety through health information technology: The Health IT Safety Framework. **Bmj Quality & Safety**, [S.l.], v. 25, n. 4, p.226-232, 14 set. 2015.

SOARES, E. V. B. **Atenção básica e informação**: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência. 2016. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/SISAB>. Acesso em: 22 jan. 2019.

SOUZA, D. M.; et al. Pedagogical preparation of nursing professors for professional secondary technical education. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 5, p. 2432-2439, out. 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 102-106, jan. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STROMBERG, S. C. A training model for orienting newly hired nurses to an organization's electronic health record. **CIN: Computers Informatics Nursing**, Hagerstown, v. 29, n. 6, p. 321-325, 2011.

TARRANT, C. et al. ‘Falling through gaps’: primary care patients’ accounts of breakdowns in experienced continuity of care. **Family Practice**, Oxford, v. 32, n. 1, p. 82-87, 2015.

TUBAISHAT, A. Evaluation of electronic health record implementation in hospitals. **CIN: Computers, Informatics, Nursing**, Hagerstown, v. 35, n. 7, p. 364-372, Jul. 2017.

TUTORIAL e-SUS Atenção Básica. Realização de Telessaude SC. S. I.: Youtube, 2016. Playlist, son., color. Legendado. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rNBKjQ-0rLI&list=PLgCmU_ZoCBxhDrCRkWM1X0e5yI07Hkn02>. Acesso em: 22 ago. 2018.

VARELA, L. O.; et al. Evaluation of interventions to improve electronic health record documentation within the inpatient setting: a protocol for a systematic review. **Systematic Reviews**, London, v. 8, n. 1, p. 1-6, Feb. 2019.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009. 211 p.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa Administração**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 54-65, 2000.

Apêndices

APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre Esclarecido

Prezado (a) Sr. (a), vimos por meio deste convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Construção de instrumento para avaliar a utilização do e-SUS AB na prática profissional”, onde o objetivo é construir e validar um instrumento para análise da utilização do sistema e-SUS na Atenção Básica. O que lhe pedimos é o tempo, de aproximadamente 30 minutos, que você terá de gastar para avaliar às questões que compõem um questionário online com perguntas abertas e fechadas. As 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 construção de um instrumento de avaliação do Sistema e-SUS AB na organização do processo de trabalho e gestão do cuidado da equipe de APS. Os benefícios deste estudo são: possibilidade de qualificação dos serviços prestados pelos profissionais da saúde por um Sistema de Informação bem estruturado e articulado e contribuir com o Ministério da Saúde na política de implantação do e-SUS em âmbito nacional. Os riscos deste estudo podem ser: invasão de privacidade, tomada de tempo do participante ao responder o questionário, desconforto. Porém será disponibilizado um tempo maior para responder o questionário. Caso haja surgimento de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no País, e caso aconteça dano em virtude de sua participação na pesquisa, por parte das pesquisadoras e/ou das instituições envolvidas nas suas diferentes etapas. Não haverá custos e nem remuneração para os participantes do estudo. Em caso de despesas decorrentes de sua participação, cabe às pesquisadoras a obrigação de ressarcimento. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Os resultados dessa pesquisa poderão serão divulgados em eventos científicos, artigos ou mídia, desde que citada a fonte. Você pode desistir de participar dessa pesquisa a qualquer momento, e sendo assim, manteremos sempre

sua identidade em segredo/sigilo. Apenas as informações que foram fornecidas por você nessa pesquisa não estarão sob sigilo. Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador, 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, o telefone é (16) 3315-9197, funciona em dias úteis (de segunda a sexta feira), das 10h ás 12h e 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 é: Carolina Grigolato Viola, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP pelo telefone (16) 3315.3395 ou e-mail: carolina.grigolato.viola@usp.br e Ione Carvalho Pinto, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e orientadora deste projeto, telefone (16) 3315.3395 ou pelo e-mail: ionecarv@eerp.usp.br.

APÊNDICE B – Modelo Lógico Ampliado

MODELO LÓGICO AMPLIADO

PROPÓSITO DA AVALIAÇÃO:

Apresentar dados importantes capazes de facilitar e compreender a utilização do e-SUS AB na APS.

INTERESSADOS NO PROJETO:

Pesquisadores do tema, MS, DAB, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), municípios, secretários municipais de saúde, profissionais da APS.

PROBLEMA:

Em 1998, o MS, no intuito de averiguar e medir os serviços que eram prestados pelas equipes de saúde da família, implantou o SIAB no lugar do SIPACS (BRASIL, 2016). O SIAB foi criado para gerir dados de saúde locais, permitindo a criação de indicadores de saúde populacional e também medir qual o serviço de saúde é oferecido e, caso fosse necessário, acomodá-los, visando à melhoria dos serviços prestados (MELLO; GOTLIEB, 2001). O software do SIAB foi articulado e moldado para juntar e medir as informações que eram colhidas por meio das fichas de cadastramento, acompanhamento e concretização de dados coletados, utilizando os relatórios das populações frequentadas (BRASIL, 2003). Segundo análises, o SIAB demonstrou utilização ineficiente em relação aos seus pontos positivos, além da própria inutilização do sistema pela equipe de saúde. Outras dificuldades também trazidas foram em relação à análise, substância e quantidade, bem como a utilização dos elementos para tomada de decisões e habilidade de manuseio por parte dos profissionais.

O MS, em conjunto com o DAB e a SAS, tomou a responsabilidade de modificar o SIAB, para melhora na qualidade da informação e o aperfeiçoamento da utilização. A

proposta teve como premissas: individualização do Registro, permitindo acompanhamento de cada usuário atendido e as ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe; produção de informação de modo integrado; diminuir o retrabalho na coleta e registro dos dados; produzir informação para o usuário e para os profissionais otimizando a gestão e a qualificação do cuidado; cuidado focado no indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2014d; CONASS, 2013).
O Sistema e-SUS AB está sendo desenvolvido segundo as necessidades do processo de trabalho dos profissionais da APS, com o objetivo principal de atingir a diversidade dos serviços vigentes no país (GAETE; LEITE, 2014).

INTERVENÇÃO:

Utilização do Sistema de Informação e-SUS AB na APS brasileira.

IMPLANTAÇÃO DO E-SUS AB: 2016.

DESCRIÇÃO DO E-SUS AB:

O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma Estratégia do DAB para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos SIS do MS, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

OBJETIVO GERAL:

- ✓ Fazer referência a um SUS eletrônico, onde o objetivo é facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas; registrar a situação de saúde individualizada pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) e melhoria da qualidade da informação em saúde (gestores, profissionais e para o usuário);
- ✓ Oferecer dados individualizados, dados profissionais, ações desenvolvidas por cada profissional, interligar média e alta complexidade, SAMU – e-SUS, desenvolver a interface integrada dos SI para gestores, profissionais e cidadãos;
- ✓ Permitir avaliar e acompanhar o processo de trabalho da APS;
- ✓ Fortalecer os processos de gestão dos cuidados dos usuários;
- ✓ Facilitar a busca de informações epidemiológicas de forma ágil, permitindo colocar em evidência problemas e características particulares de cada comunidade;
- ✓ Integração entre: Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), HiperDia, SISPré-Natal e SIA;
- ✓ Inclusão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atenção domiciliar, PSE e consultório na rua.

METAS DE INTERVENÇÃO:

- ✓ Integração com os sistemas do MS: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), Sistema de Regulação Controle e Avaliação (SisRCA), Sistema de Centrais de Regulação (SisReg), SIM, SINASC, e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- ✓ Adoção da Classificação Internacional da APS (CIAP) em nível nacional;
- ✓ Revisar procedimentos da APS.

MODELO LÓGICO DETALHADO

DIMENSÃO	COMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS A CURTO/MÉDIO PRAZO	IMPACTO
ESTRUTURA	**Gestão do e-SUS AB**	Disponibilização de salas e consultórios com equipamentos mobiliários básicos (mesa, cadeira, lixeira) para funcionamento do e-SUS AB.	Salas e consultórios com os equipamentos mobiliários básicos disponíveis.	**Funcionamento do e-SUS AB segundo as orientações e normas** **Adequação das capacitações e sensibilizações.**	**Qualificar a informação e a gestão do trabalho/cuidado.**
		Obtenção de computadores capazes de executar o e-SUS AB.	Computadores comprados e configurados segundo orientações do Ministério da Saúde para instalação do e-SUS AB.		
		Obtenção de impressoras.	Impressora disponível.		
		Disponibilização de materiais básicos (folha de sulfite A4, cartuchos/tonners) para impressão de relatórios, planilhas, fichas, entre outros.	Insumos básicos para impressão disponível para uso.		

		Instalação de pontos de internet nas salas e consultórios.	Conexão de internet nos computadores disponíveis.		
		Disponibilização de manuais para orientação na manipulação do e-SUS AB.	Manuais de orientação para utilização do e-SUS AB disponível.		
		Disponibilização de informes de atualização mais recentes do e-SUS AB.	Relatórios informativos de atualização disponível.		
		Profissionais capacitados para manusear e utilizar o sistema e-SUS AB.	Profissionais capacitados para manusear o e-SUS AB.		
		Providenciar capacitações para as atualizações do e-SUS AB.	Oferecimento de capacitações para atualizações disponíveis.		
		Conhecer e utilizar os canais de comunicação acessíveis e disponíveis para resolução das dúvidas ou outras informações sobre o e-SUS AB.	Ciência da existência de canais de comunicação e possibilidade de uso do mesmo.		

DIMENSÃO	COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS A CURTO/MÉDIO PRAZO	IMPACTO
PROCESSO	**Gestão do e-SUS AB**	Operacionalização	Cadastro das unidades - CNES, profissionais e gestores de saúde no sistema.	Unidades, profissionais e gestores cadastrados no sistema.	**e-SUS AB instalado e sendo utilizado.**	**Qualificar a informação e a gestão do trabalho/cuidado.**
			Atribuir funções no sistema segundo a profissão de cada profissional.	Profissionais identificados por profissão no sistema.		
			Atualização do cadastro dos profissionais quando há troca ou inclusão de novos	Cadastro de todos os profissionais, desligamentos ou inclusões.		
			Inserção da população de abrangência da unidade	Usuários cadastrados no sistema segundo a abrangência da unidade.		

			Cadastro ou migração dos dados de outro sistema para controle da área de abrangência em relação a sexo, faixa etária, e se é gestante	Cadastro ou migração dos dados de outro sistema no e-SUS AB segundo sexo, faixa etária, se é gestante.		
			Atualização da versão mais recente do sistema	e-SUS AB atualizado.		
			Salvar dados sempre ao término do preenchimento das fichas;	Dados sempre salvos ao final do preenchimento das fichas.		
			Realização de transferência de dados quando necessário para outro arquivo de exportação.	Dados transferidos quando necessário para outro arquivo.		
			Cursos para atualização das versões mais recentes	Capacitações realizadas segundo a necessidade.		

			do sistema e-SUS AB.			
		Análise do sistema e repasse das informações	Investigação das informações geradas pelo e-SUS AB (campos em branco).	Análise minuciosa da qualidade da informação.	**Plano de ações, estabelecimento das metas e prioridades.**	
			Criação de uma central de monitoramento e avaliação dos dados pelos relatórios fornecidos pelo e-SUS AB.	Relatórios consolidados sobre visita domiciliar, doenças, condições avaliadas, rastreamento, procedimentos realizados pela equipe, exames e condutas.		
			Planejamento das ações de equipe baseada nas informações do e-SUS AB.	Utilização dos dados para gestão e planejamento do cuidado.		
			Utilização dos dados do e-SUS AB para rastreamento	Informações fornecidas pelo e-SUS AB para realizar a		

			de portadores de DCNT, doenças transmissíveis, pacientes com transtornos mentais ou alteração de saúde bucal.	análise da cobertura e rastreamento de informações sobre a população.		

DIMENSÃO	COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS A CURTO/MÉDIO PRAZO	IMPACTO
PROCESSO	**PEC**	**Atendimento Cidadão Agenda CDS**	Preenchimento do PEC no acolhimento segundo a Classificação Internacional da Atenção Primária – CIAP.	Atendimentos realizados registrados no PEC sob as normas da CIAP.	Acompanhamento do estado de atendimento do usuário.	
		Atendimento – Escuta Inicial	Folha de Rosto	Registro da escuta do paciente.		
			Escuta Inicial			
			Dados cadastrais			
		Atendimento - RCOP	Folha de Rosto	Preencher SOAP – Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano.		
			SOAP			
			Lista de Problemas/Condições			
			Acompanhamento			

			Antecedentes			
			Histórico			
			Dados cadastrais			
			Finalização do Atendimento			
		CDS	Cadastro individual	Emissão de fichas para dados dos procedimentos da equipe.		
			Cadastro domiciliar e territorial			
			Ficha de atendimento individual			
			Ficha de atividade coletiva			
			Ficha de procedimento			
			Marcadores de consumo alimentar			
			Síndrome neurológica por Zika/Microcefalia			
	Funcionalidade dos Relatórios e-SUS AB	**Consolidados** - acessado por todos os trabalhadores, com dados das equipes e produções.	Acompanhamento	Informar motivos de visita domiciliar realizada pelos ACS e dos principais problemas ou		**Qualificar a informação e a gestão do**

				condições avaliadas. Inclui doenças transmissíveis, condições avaliadas e rastreamento.		**trabalho/cuidado.**
			Procedimentos	Relatar quantidade de procedimentos realizados pela equipe, inclusive de odontologia (ex: PA, temperatura, coleta de exames laboratoriais, pequenas cirurgias, fornecimentos de insumos, procedimentos de saúde bucal, testes rápidos, etc.)		
			Exames	Permitir que a equipe de saúde veja dados de solicitação e avaliação de exames. Listagem de exames realizados na AB, com base no SIA.		

			Conduta	Fornecer informações do desfecho das ações de saúde, quantificar e qualificar os encaminhamentos da UBS.		
			Monitoramento	Monitorar ações de busca ativa dos ACS, atenção domiciliar, vigilância em saúde bucal e as ações e temas realizados durante as atividades coletivas e reuniões		
			Consolidado de cadastro	Informar sobre cadastro de usuários do território, situação sociodemográfica, condições gerais dos domicílios, e usuários em situação de rua.		
		Operacionais - auxiliar os trabalhadores das equipes da UBS no acompanhamento da	Cadastro territorial	Fornecer informação dos cidadãos cadastrados no		

		situação de saúde dos usuários do território. É acessado apenas pelo perfil dos trabalhadores de saúde e coordenadores da UBS, por conta de segurança, privacidade e sigilo.		território através da ficha da cadastro individual e cadastro domiciliar.		
			Gestante/puérpera	Permitir o acompanhamento das mulheres que estão nessa condição.		
			Criança	Ofertar aos profissionais da UBS informações importantes no acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos.		
			Risco cardiovascular	Mostrar para a equipe informações sobre a situação de saúde dos usuários que de alguma forma se enquadram num estado que apresente risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.		
		Produções	Atendimento domiciliar	Relatórios gerados e preenchidos		

			Atendimento individual	segundo a produção da equipe.		
			Atendimento odontológico			
			Atividade coletiva			
			Avaliação de elegibilidade e admissão			
			Marcadores de consumo alimentar			
			Atividade coletiva			
			Procedimentos consolidados			
			Resumo de produção			
			Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia			
			Visita domiciliar e territorial			
		Descontinuados	Relatório de atendimento	Controle dos relatórios feitos pela equipe.		
			Relatório de acompanhamento			
			Relatório procedimentos			

			Relatório exames			
			Relatório conduta			
			Relatório monitoramento			
			Relatório consolidado de cadastro			
	Backup do e-SUS AB – PEC		Selecionar onde será salvo o arquivo e após selecionar, abrir;	Atualiza-se o caminho do arquivo, e faz o backup. Quando for fazer isso, é necessário que todos que estiverem utilizando, parem para que a ação seja feita.		**Qualificar a informação e a gestão do trabalho/cuidado.**
	Atualização do e-SUS AB PEC		Fechar o navegador e ir até a área de trabalho, abrir o instalador que serve como atualizador,	Executar avance e atualizar; Ocorrerá carregamento dos arquivos e conversão do banco, bem como migração das informações do banco de dados. Finalize a atualização.		**Qualificar a informação e a gestão do trabalho/cuidado.**

APÊNDICE C – Instrumento validado para análise do uso do PEC da Estratégia e-SUS AB.

Instrumento para análise do uso do PEC da Estratégia e-SUS AB (IAPEC)
Perfil pessoal/unidade de atuação
1 - Em qual município você utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Ministério da Saúde? Município: _____ Estado: _____ Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES): _____
2 - Tipo de equipe a que você pertence (Segundo Portaria n º 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB*****): ***(*)*** *A Política Nacional de Atenção Básica* ***(PNAB)*** *é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.* ( ) Equipe Saúde da Família (eSF) ( ) Equipe de Atenção Básica (eAB) ( ) Outra – Qual?: _____
3 - Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
4 - Data de Nascimento __/__/_____
5 - Categoria Profissional ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Cirurgião Dentista ( ) Farmacêutico ( ) Técnico de enfermagem ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) Auxiliar de Saúde Bucal ( ) Agente Comunitário de Saúde ( ) Outro: _____
6 - Vínculo empregatício ( ) Concurso Público (Efetivo)

( ) Processo Seletivo (Contrato) ( ) Cargo Comissionado (Indicação) ( ) Outro: _____
7 - Escolaridade ( ) Ensino Fundamental (1°Grau) – Completo ( ) Ensino Médio (2°Grau) – Completo ( ) Superior Completo
8 - Pós-Graduação ( ) Não possui ( ) Especialização (Lato Senso com no mínimo 360 horas) ( ) Mestrado ( ) Doutorado
Análise do uso do PEC Estratégia e-SUS AB
9 - Estou satisfeito com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que utilizo na Unidade em que atuo ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
10 - Utilizo o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) diariamente ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
11 - Utilizo com facilidade todas as ferramentas disponibilizadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
12 - As informações (palavras, nomes, abreviaturas ou símbolos) apresentadas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) são compreendidas com facilidade ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito

13 - Consigo inserir dados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com facilidade ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
14 - Consigo visualizar dados dos pacientes com facilidade no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
15 - O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) dispõe de ferramentas que diminuem o risco de registros de dados incorretos, incompletos e inconsistentes ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
16 - Consigo obter/recuperar com facilidade as informações dos pacientes inseridas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
17 - A utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) proporciona agilidade no atendimento ao usuário ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
18 - Sinto-me capacitado para utilizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
19 - Considero satisfatório o suporte técnico do município disponibilizado para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito

( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
20 - Utilizo o canal 136 do Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
21 - Utilizo outros canais de comunicação, como suporte técnico, para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
22 - Utilizo a Comunidade de práticas do Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
23 - Utilizo o Manual da última versão do PEC - Ministério da Saúde (MS) para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
24 - Utilizo Grupos do *WhatsApp* para esclarecimento de dúvidas referentes à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
25 - Recebi capacitações para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Secretaria Estadual de Saúde ( ) Discordo muito

( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
26 - Recebi capacitações para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Secretaria Municipal de Saúde ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
27 - Tenho acesso aos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com facilidade ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
28 - Utilizo as informações dos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para gestão do cuidado ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
29 - Utilizo as informações dos relatórios gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para gestão do trabalho ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito
30 - O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) melhorou o registro de dados do paciente ( ) Discordo muito ( ) Discordo ( ) Concordo ( ) Concordo muito

Anexos

ANEXO 1 - Carta de Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3367 - 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0818
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Oficio CEP-EERP/USP nº 136/2018, de 22/06/2018

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 20 de junho de 2018.

Protocolo CAAE: 89770818.6.0000.5393

Projeto: Construção e validação de instrumento para avaliar a utilização do e-SUS AB na prática profissional

Pesquisadores: Carolina Grigolato Viola
Ione Carvalho Pinto (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado 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.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP