



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Priscila Sanches Aquino de Oliveira

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO**

Juiz de Fora
2019

Priscila Sanches Aquino de Oliveira

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nádia Fontoura Sanhudo

**Juiz de Fora
2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Priscila Sanches Aquino de.

Prontuário Eletrônico do Cidadão e Gerência do Cuidado de Enfermagem: um estudo de caso / Priscila Sanches Aquino de Oliveira. -- 2019.

144 f. : il.

Orientadora: Nádia Fontoura Sanhudo

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Enfermagem. 2. Gerência. 3. Registros Eletrônicos de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Sanhudo, Nádia Fontoura, orient. II. Título.



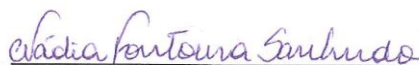
Priscila Sanches Aquino de Oliveira

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO

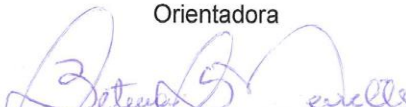
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em 18/06/19

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Nádia Fontoura Sanhudo
Universidade Federal de Juiz de Fora
Orientadora

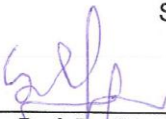


Profa. Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles
Universidade Federal de Santa Catarina
1º Avaliador(a)



Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora
2º Avaliador(a)

Profa. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Universidade Federal de Santa Catarina
Suplente



Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo
Universidade Federal de Juiz de Fora
Suplente

Dedico este trabalho aos meus filhos, Enzo e Luca, motivos da minha vida. E ao meu esposo, Eder, para tentar sublimar a omissão destes dias e por me ajudar a levar o barco com animação, encorajando-me em cada momento de desânimo que tive.

AGRADECIMENTOS

Não existem palavras que descrevam a gratidão pela conquista deste sonho. Neste momento me passa um filme com tudo que vivi desde a seleção do mestrado. Não foi fácil, mas tenho certeza que hoje sou muito mais forte!

Agradeço primeiramente a Deus, que iluminou o meu caminho até aqui, quando tantas vezes pensei que não seria possível, foi ele quem me permitiu seguir em frente.

Aos meus filhos, razões da minha vida! Ao Enzo pelo amor incondicional que mudou a minha vida desde a sua chegada. Muito obrigada, meu filho, por todo esse amor e carinho e por se deitar ao meu lado todas as noites em que deixei de dormir para que pudesse realizar este sonho. E ao Luca, que chegou em meio a esse caminho, e trouxe ainda mais amor e felicidade para nossas vidas. Seus olhinhos também me guiaram, meu bebezinho! Vocês são toda a minha força para lutar por tudo. Por vocês que eu não desisti desse sonho. Quero que tenham muito orgulho de mim! Obrigada por terem me escolhido como mãe! Eu os amo mais que tudo nessa vida!

Ao meu esposo Eder, amor da minha vida, agradeço por me apoiar e estar sempre ao meu lado. Obrigada por cuidar com tanto amor do nosso lar e da nossa linda família. Esta conquista também é sua, meu amor! Sem você eu jamais teria conseguido, obrigada por abrir mão até de você mesmo para que eu pudesse chegar até aqui.

À minha mãe, Cláudia, e minhas irmãs, Jéssica e Paulinha, que me incentivaram em todos os momentos, pelo apoio e por sempre estarem ao meu lado. Muito obrigada por todas as vezes que estiveram em meu lugar cuidando dos meus filhos para que eu pudesse conquistar este sonho. Espero que eles sempre reconheçam todo esse amor vindo de vocês.

À minha querida professora doutora Nádía Fontoura Sanhudo, a quem tenho a honra de ser orientanda. Você é um exemplo para mim, foi vendo sua força que eu superei todas as minhas dificuldades. Agradeço a Deus por ter colocado você em minha vida. Obrigada por ter acreditado em mim desde o primeiro momento, por acreditar neste trabalho, pela paciência e pelo carinho durante esses dois anos que passamos juntas.

À querida professora doutora Beatriz Francisco Farah, a Bia, por ser a profissional que eu desejo ser. Obrigada por todo apoio junto ao meu trabalho na

Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, pelo incentivo durante o mestrado, por todo conhecimento compartilhado e por todo o carinho que dedica a mim desde que nos conhecemos.

Aos professores doutores Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni e Sérgio Xavier de Camargo, que aceitaram participar da composição de minha banca examinadora, obrigada pelo carinho e compreensão neste momento tão importante da minha vida e por compartilharem seus conhecimentos.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) por ter me dado à oportunidade de estar no mestrado. A todos os professores que fazem parte do mestrado e do Grupo de Pesquisa Gerência em Saúde e em Enfermagem pelos ensinamentos que serão levados por toda a minha vida profissional. À Wanessa Ribeiro por todo apoio e carinho na secretaria do mestrado. E obrigada todos meus colegas de mestrado pelos momentos que aprendemos juntos.

Aos profissionais das UBS do município de Juiz de Fora - MG, pela colaboração na realização da pesquisa. Obrigada por confiarem em meu trabalho.

Ao grande líder e amigo, Thiago Horta, pela confiança em meu trabalho e por sempre motivar o crescimento de todos os profissionais que trabalham ao seu lado! Obrigada por me permitir estar no mestrado. A você, sempre o meu respeito, gratidão e admiração, amigo!

Ao companheiro de trabalho e amigo, João Daniel, por todo apoio e carinho desde que iniciamos a implantação do e-SUS no município. Este trabalho virou um sonho que viemos construindo juntos! Muito obrigada por todo incentivo e por tudo que me ensinou até hoje.

Enfim, agradeço a todos que fazem e aos que ainda farão parte desta jornada. Tudo fica mais fácil sabendo que tenho todos vocês em minha vida.

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”

(MAHATMA GANDHI)

OLIVEIRA, P. S. A. **Prontuário Eletrônico do Cidadão e Gerência do Cuidado de Enfermagem: um estudo de caso**. 2019, 144f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. Orientadora: Dra. Nádia Fontoura Sanhudo.

RESUMO

O uso da tecnologia da informação, em especial o prontuário eletrônico, é cada vez mais comum na área da saúde. A utilização do prontuário eletrônico visa contribuir na melhoria da qualidade e eficiência do atendimento em saúde, por meio do gerenciamento das informações registradas pelos profissionais de saúde. Objetivou-se conhecer as repercussões da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para a gerência do cuidado de enfermagem no município de Juiz de Fora – MG. Estudo de caso com pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida em duas etapas. Por meio da pesquisa documental na Secretaria de Saúde, realizada entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019. Obteve-se, a caracterização do cenário de implantação do PEC no município e a identificação dos enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão para as entrevistas. Nas entrevistas, no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019, participaram 17 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizavam o PEC. Para coleta de dados foi utilizada entrevista gravada e guiada por roteiro semiestruturado. A análise do conteúdo das entrevistas foi operacionalizada por meio do Programa IRaMuTeQ alpha 2. Os dados das duas etapas da pesquisa foram transcritos para o Programa Word for Windows e analisados de forma separada e posteriormente os produtos das análises foram articulados/relacionados durante os resultados. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer consubstanciado de número 2.876.225. Como resultados foi descrito o cenário de implantação do PEC no município de Juiz de Fora e verificou-se que a implantação do PEC foi concluída em 28 UBS. A partir da análise do conteúdo das entrevistas pelo IRaMuTeQ surgiram 5 classes, que serviram de base para formar 2 categorias segundo a proposta operativa de Minayo. Nestas classes emergiram as contribuições do uso do PEC para a gestão das informações e para a gerência do cuidado de enfermagem. Os enfermeiros reconhecem que o PEC como instrumento para a gerência do cuidado de enfermagem, porém destacam que a sobrecarga de trabalho e a falta de conscientização dos demais integrantes da equipe interferem na consolidação deste processo. Percebeu-se que os enfermeiros subutilizam o PEC ao relatarem o uso das informações oriundas do sistema para contabilizar a produção dos profissionais. Os enfermeiros destacaram as facilidades/potencialidades e as dificuldades no uso do PEC. E enfatizaram a questão da necessidade de capacitação e a criação de espaços de discussão. Além disso, os enfermeiros destacaram os reflexos do uso do PEC para os usuários. Observou-se que o PEC é reconhecido como um instrumento qualificador da assistência em saúde, pois contribui para a gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica (AB). Porém, para que esta ferramenta seja efetivamente utilizada é necessário minimizar as fragilidades e deficiências apresentadas pelos participantes. Estudos posteriores poderão ampliar e aprofundar o uso do PEC para o planejamento em saúde, com o envolvimento de outros profissionais da AB.

Palavras-chave: Enfermagem; Gerência; Registros Eletrônicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

OLIVEIRA, P. S. A. **Electronic Citizen Record and management of nursing care: a case study.** 2019, 144f. Dissertation [Mastership in Nursing], Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais. Advisor: PHD Nádia Fontoura Sanhudo.

ABSTRACT

The use of information technology, especially the electronic medical record, is growing in the health area. The use of the electronic medical record aims to contribute by improving the quality and efficiency of health care through the management of information recorded by health professionals. The objective was to know the repercussions of the implantation of the Electronic Citizen Record (PEC) for the management of nursing care at Juiz de Fora - MG. Method: case study with exploratory research, with qualitative approach, developed in two phases. Through documentary research at the Health Department, made between September 2018 and February 2019, were obtained the characterization of PEC implementation scenario in the city and the identification of the nurses that satisfy the inclusion criteria for the interviews. 17 nurses from the Basic Health Units (UBS) who used the PEC were interviewed from October 2018 to February 2019. For data collection, all interview were recorded and guided by semi-structured script. The analysis of the content of the interviews was operationalized through the IRaMuTeQ alpha 2 *software*. The collected data with the two phases of the research were transcribed into the *software* Word for Windows and analyzed separately and subsequently the products of the analyzes were articulated / related during the results. The study was approved by the Committee of Ethics in Research, in accordance with the Opinion of No. 2.876.225. As results the scenario of implantation of the PEC in the city of Juiz de Fora was described and it was verified that the implantation of the PEC was completed in 28 UBS. From the analysis of the content of the interviews by IRaMuTeQ, 5 classes emerged, which served as a basis for forming 2 categories according to Minayo operational proposal. In these classes emerged the contributions of the use of the PEC for the information management and for the management of the nursing care. The nurses acknowledge that the PEC contributes to the management of nursing care, but they emphasize that the work overload and the lack of awareness of the other team members interfere in the consolidation of this process. In addition, it was noticed that nurses underutilized the PEC when reporting the use of information from the system to account for the production of professionals. The nurses highlighted the facilities / potentialities and difficulties in using the PEC. And they emphasized the need for training and the creation of spaces for discussion. In addition, the nurses highlighted the reflexes of the use of the PEC for the users. It was observed that PEC is recognized as a qualifying instrument of health care, as it contributes to the management of nursing care in AB. However, for this tool to be effectively used it is necessary to minimize the weaknesses and deficiencies presented by the participants. Further studies may expand and deepen the use of the PEC for health planning, with the involvement of other AB professionals.

Keywords: Nursing; Management; Electronic Health Records; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizado pelo programa IRaMuTeQ.....	74
Figura 2 – Árvore da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizado pelo programa IRaMuTeQ.	75
Figura 3 – Análise Fatorial Confirmatória da Classificação Hierárquica Descendente realizada pelo programa IRaMuTeQ.....	77
Figura 4 – Resultado da Análise de Similitude.....	78
Figura 5 – Resultado da Nuvem de Palavras.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das UBS por região administrativa de Juiz de Fora, 2019	54
Quadro 2 – Implantação do PEC nas UBS de Juiz de Fora, 2019	67
Quadro 3 – Categorias emergidas das entrevistas dos participantes, 2019	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes, n=17, Juiz de Fora, 2019.....	69
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
APS	Atenção Primária à Saúde
CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIAP2	Classificação Internacional de Atenção Primária - Segunda Edição
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CnR	Consultório na Rua
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREN-RS	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HCOP	História Clínica Orientada ao Problema
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCOP	Registro Clínico Orientado por Problemas
ReSOAP	Registro de Saúde Orientado por Problemas
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAPS	Supervisão de Gestão da Informação da Atenção Primária à Saúde
SI	Sistemas de Informação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Cadastro de Gestantes
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SSTI	Subsecretaria de Tecnologia da Informação
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
2.1	A ATENÇÃO BÁSICA E OS REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE..	24
2.2	O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO COMO FERRAMENTA PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA	39
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	51
3.1	ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	51
3.2	DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO.....	52
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	55
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	58
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	60
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
4.1	CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO	62
4.2	PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	68
4.3	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	72
4.3.1	Categoria 1: O Prontuário Eletrônico do Cidadão na gestão da informação e gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica.....	81
4.3.1.1	<i>Classe 4: O uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão para a gestão das informações na Atenção Básica.....</i>	<i>81</i>
4.3.1.2	<i>Classe 5: O Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta de trabalho do enfermeiro para a gerência do cuidado na Atenção Básica.....</i>	<i>86</i>
4.3.2	Categoria 2: Repercussões do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica	95
4.3.2.1	<i>Classe 3: As facilidades e potencialidades no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica.....</i>	<i>95</i>
4.3.2.2	<i>Classe 2: As dificuldades e as sugestões para melhorias no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão pelos enfermeiros na Atenção Básica.....</i>	<i>102</i>
4.3.2.3	<i>Classe 1: Os reflexos do Prontuário Eletrônico do Cidadão para os usuários na Atenção Básica.....</i>	<i>110</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	118
	ANEXOS E APÊNDICES.....	135

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) consiste no conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). A APS é ainda contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, devendo atender aos princípios da integralidade, da continuidade e da coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

No Brasil, os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são equivalentes. A AB teve seu fortalecimento com o movimento da reforma sanitária e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, desenvolveu-se pautada nos princípios do SUS, especialmente os da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, e com a responsabilidade da AB assumida pelos municípios, esta experimentou uma importante expansão no SUS, não apenas números, mas também uma significativa melhoria na oferta das ações de saúde voltadas à população. O PSF, gradualmente, foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Com o PSF, em todo o Brasil, foram constituídas equipes de saúde da família (eSF) compostas, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, cada eSF era responsável por até 4.500 pessoas; com o passar dos anos esse número foi diminuindo para 4.000 e 3.000 (BRASIL, 2006; 2012).

Pouco mais de dez anos da implantação do PSF como eixo norteador da base do SUS, houve a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 que, posteriormente, foi revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2006; 2017).

A PNAB brasileira é resultado da experiência acumulada dos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores públicos envolvidos com o

desenvolvimento e consolidação do SUS. Com vistas a consolidar a AB no Brasil, em 2011 a PNAB passa por uma revisão que atualiza conceitos da política e introduz elementos para fortalecer a AB como ordenadora da rede de atenção. Avança na afirmação da AB orientada pelos atributos de acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação, reconhece diferentes modalidades de equipes, amplia ações intersetoriais, garante melhor financiamento federal induzindo ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARATIERI *et al.*, 2018).

Entretanto, em 2017, a revisão da PNAB define outros rumos para a AB. A nova PNAB foi aprovada em 21 de setembro de 2017, apresentando como característica marcante do texto a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As repercussões mais importantes da PNAB 2017 são: a supressão do número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por eSF, ferindo o princípio da equidade; a inexistência de um parâmetro de cobertura de ESF, ferindo ao princípio da universalização; a implementação da “carteira de serviços” que favorece a atenção baseada em procedimentos e centralizada na queixa, ferindo o princípio da integralidade; e, a flexibilização da carga horária dos profissionais, ferindo o atributo da continuidade do cuidado (PINTO, 2018; BARATIERI *et al.*, 2018).

A PNAB (2017) traz em seu texto, as atribuições dos profissionais que compõem a eSF. Dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes, destaca-se para este estudo: “Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde” (BRASIL, 2017a, p. 19).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação (REZENDE, 2015). Os SIS auxiliam a gestão, possibilitando o aprimoramento das ações por ela desenvolvidas, uma vez que são capazes de oferecer suporte ao processo decisório em saúde (OLIVEIRA, 2016).

Os SIS possuem como premissa básica a contribuição na melhoria da qualidade, eficiência e eficácia do atendimento em saúde, por meio do gerenciamento

das informações que os profissionais precisam para desempenhar as atividades com efetividade e eficiência, além de facilitar a comunicação, coordenar as ações entre os vários membros da equipe e integrar a informação (REZENDE, 2015). Considerando as definições de eficácia, efetividade, eficiência como superpostas, onde eficaz é o "que produz o efeito desejado"; eficiência é a "ação, força, virtude de produzir um efeito"; e efetivo é o "que se manifesta por um efeito real" (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 82).

Os dados que são coletados pelos profissionais precisam ser organizados para que possam ser utilizados por estes, assim, ao serem registrados nos SIS, são transformados em informações e possibilitam a comunicação, o planejamento e a tomada de decisão para que se possa efetivar os princípios de integralidade e equidade do SUS (VALE, 2017). Porém, a força e o valor dessa informação, que seria o dado analisado, dependem da precisão com que o dado é inserido pelos profissionais no ato do registro deste (SOUZA; RIVEMALES; SOUZA, 2012). As ações de saúde na AB são registradas e processadas, por vários programas e sistemas, em uma plataforma nacional, fornecendo dados para a tarefa de conhecer melhor a realidade onde se está intervindo (ASTOLFO; KEHRIG, 2017).

A informação na área da saúde contempla conhecimentos que se relacionam às atividades de cuidado à saúde. A Enfermagem enquanto responsável pelo cuidado clínico individual aos pacientes, a administração dos serviços de saúde e o gerenciamento dos problemas de saúde, nos mais variados níveis de complexidade, é uma categoria que necessita de informação exata e em tempo real para desempenhar suas ações (GODOY *et al.*, 2012).

Os enfermeiros, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 (BRASIL, 1986), são aptos a administrar, coordenar, planejar e dirigir o serviço de enfermagem, e são responsáveis pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem (FARAH *et al.*, 2016). O gerenciamento do cuidado exige do enfermeiro uma visão que envolve os valores e lógicas diferenciados impressos nas necessidades dos usuários (XAVIER-GOMES *et al.*, 2015).

O termo gerência do cuidado de enfermagem é entendido como a articulação entre as esferas gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, sendo utilizado para caracterizar as práticas de cuidado dos enfermeiros nos serviços de saúde por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos

necessários para assistência e a potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde para uma atuação mais articulada (SANTOS *et al.*, 2013).

O enfermeiro, assim como os demais profissionais que atuam na AB, tem como atribuição comum “participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho” (BRASIL, 2017a, p. 20).

Considerando a necessidade de disponibilizar um sistema de informação capaz de subsidiar ferramentas para essa avaliação sistemática na AB, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde iniciou um projeto de reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este era o antigo sistema de informação da AB que, por sua vez, não estava preparado para proporcionar esta avaliação sistemática pelos profissionais ou não respondia às necessidades dos profissionais para a efetivação do cuidado aos indivíduos nos territórios (GAETE; LEITE, 2014).

Este projeto de reestruturação da Atenção Básica foi concretizado com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de junho de 2013, que instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e definiu a Estratégia e-SUS Atenção Básica para sua operacionalização (BRASIL, 2013a).

O SISAB foi instituído a partir da necessidade de adoção de medidas que objetivam a melhora e a modernização do sistema de gerenciamento das informações, associado à necessidade de um sistema unificado que integrasse todos os sistemas de informação para a APS, garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Atendendo, ainda, à extrema necessidade de utilização de um sistema de informação em saúde que contemplasse os dados das equipes da APS, incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua (CnR), Programa de Saúde na Escola (PSE) e outras modalidades (BRASIL, 2014a).

Essa ferramenta tecnológica é gratuita, fornecida pelo Ministério da Saúde e é executada usando um *software* que funciona como Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A escolha do modelo utilizado depende da especificidade e disponibilidade dos recursos de informática de cada local (CONASS, 2013).

O *software* CDS foi formulado para atender as equipes das UBS que não possuem infraestrutura tecnológica de informática para a utilização do sistema e-SUS AB com PEC, sendo considerado um sistema de transição. O CDS utiliza fichas para registro das informações. Vale ressaltar que neste *software* não é possível registrar dados qualitativos, apenas quantitativos (BRASIL, 2018a).

O PEC pode ser definido como estrutura eletrônica que mantém as informações de saúde e assistência prestada ao indivíduo em todo ciclo vital. Com seu uso é possível ampliar a integração e gestão do cuidado pelos profissionais, bem como realizar planejamento e programação das ações, controle de agendas, procedimentos, estoque de materiais, equipamentos, monitoração, avaliação de processos e resultados, entre outros. Não se limita em apenas realizar o registro no prontuário eletrônico, ele amplia o conjunto de ferramentas e funcionalidades para atender todas as diretrizes de um sistema de informação (BRASIL, 2018a).

O SISAB traz dados individualizados, com relatórios agregados por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, Estado e União, sendo a alimentação feita por todos os profissionais atuantes na APS. O acompanhamento territorial passou a ser por domicílio, núcleos familiares e indivíduos; os registros de atividades coletivas são realizados por meio do tipo da atividade, tema, público alvo e práticas para a saúde, podendo ser consolidado ou individualizado. Os relatórios gerenciais são dinâmicos e os indicadores são fornecidos a partir da situação de saúde do território, dos atendimentos e acompanhamento dos indivíduos do território (BRASIL, 2014a).

Tanto o *software* PEC quanto CDS fornecem as mesmas informações ao SISAB, porém no CDS os dados devem ser enviados manualmente e no PEC esta importação acontece de forma automática. O módulo PEC elimina os registros em fichas e formulários físicos, busca reestruturar o trabalho dos profissionais por meio de ferramentas informatizadas que estejam adequadas ao processo de trabalho (BRASIL, 2018a).

O interesse em desenvolver uma pesquisa que tratasse da utilização do PEC para a gerência do cuidado de enfermagem emergiu da vivência da pesquisadora, enquanto enfermeira e responsável pela implantação da Estratégia e-SUS AB no município de Juiz de Fora - MG.

Ao implantar o PEC e conhecer bem suas funcionalidades e a potencialidade de suas ferramentas em fornecer informações a partir dos dados inseridos pela equipe

de profissionais da AB, a pesquisadora passou a questionar a forma como os profissionais utilizavam o PEC para avaliação, de forma que contribuísse com a melhoria dos processos na AB.

O que se observava é que os profissionais procediam o registro dos dados no PEC, porém, não obtinham as informações que o sistema era capaz de fornecer, ou pelo menos não utilizavam da maneira mais adequada e com a frequência que deveriam, o que se percebia era uma subutilização do PEC como ferramenta para a gestão das informações de saúde do território e dos indivíduos.

Enquanto enfermeira, a pesquisadora questionava se o PEC estaria contribuindo para as atividades de enfermagem no município, mais especificamente, para a gerência do cuidado de enfermagem.

Diante do exposto, essa pesquisa possui o seguinte objeto: a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS AB e as repercussões para a gerência do cuidado de enfermagem. Como questão norteadora: Quais as repercussões da implantação do PEC para a gerência do cuidado de enfermagem na AB?

Para responder os questionamentos aludidos, delimitou-se como objetivo geral: conhecer as repercussões da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS AB para a gerência do cuidado de enfermagem no município de Juiz de Fora – MG.

E como objetivos específicos: descrever o cenário de implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS AB no município de Juiz de Fora – MG; apreender a percepção dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre as repercussões do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS AB na gerência do cuidado de enfermagem; e, discutir as repercussões entre o Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS AB e a gerência do cuidado de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.

Assim, os pressupostos deste estudo são de que as vivências do enfermeiro com o PEC e o uso das ferramentas disponíveis no sistema fornecem informações que subsidiam as ações para a gerência do cuidado.

Apesar de muito se discorrer sobre registros eletrônicos e sobre sistemas de informação, ainda há poucos estudos que discutam sobre a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica, pois este é um sistema de informação novo.

A realização de estudos que compreendam a forma como o PEC é utilizado na AB é imprescindível para a gestão e planejamento das ações de saúde, para a

segurança do profissional e do paciente, e para que se obtenham informações que auxiliem na gestão do SUS e no planejamento das ações de saúde.

A justificativa da presente investigação se reforça, ainda, no fato da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), apontar para a necessidade de pesquisas relacionadas às formas de gestão do trabalho, do conhecimento e de tecnologias do ponto de vista institucional e organizacional; e ainda para a necessidade de pesquisas sobre a Estratégia Saúde da Família relacionadas à avaliação de impactos e avaliação sobre tecnologias de cuidado. Portanto, o objeto em estudo caracteriza-se como uma proposta prioritária nas pesquisas em saúde.

Contudo, destaca-se que as maiores motivações que determinaram a intenção do presente estudo originam-se na busca pela obtenção de respostas que possam desvendar os objetivos do trabalho, considerando as inquietações oriundas do campo de trabalho da pesquisadora.

Integra esse conjunto de intenções o desejo de crescimento profissional, pois, se parece indissociável tal condição em função das eventuais respostas que o propósito de pesquisa venha proporcionar.

Do ponto de vista de sua importância é pertinente dizer que, com a possibilidade do desenvolvimento da presente pesquisa, deseja-se que seus resultados contribuam para o preenchimento das lacunas existentes acerca da temática abordada, principalmente relacionadas à implantação do PEC em municípios brasileiros e a sua utilização para os processos de gestão e avaliação na AB.

A relevância do estudo reside ainda no reconhecimento da gerência do cuidado de enfermagem enquanto prática indispensável para os enfermeiros na AB. Almeja-se que a utilização do PEC para a gerência do cuidado pelos enfermeiros possa atribuir novas perspectivas que não sejam apenas descritas e identificadas na presente pesquisa.

O estudo visa enriquecer as discussões sobre gerência do cuidado de enfermagem no Grupo de Pesquisa Gerência em Saúde e em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), ao qual a pesquisa está vinculada, promovendo análises e discussões com relação ao papel do enfermeiro na Atenção Básica na perspectiva da gerência do cuidado.

Espera-se também, dar maior visibilidade para o PEC, contribuindo para sua implantação e utilização na AB e, principalmente, na gerência do cuidado de enfermagem.

Está prevista a devolutiva dos resultados desta pesquisa aos enfermeiros envolvidos, como também aos gestores de saúde do município de Juiz de Fora, como forma de contribuir para avanços, na implantação do PEC, na utilização deste para a gerência do cuidado de enfermagem e como sistema de apoio para uma avaliação sistematizada das informações em saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA E OS REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde a publicação da Constituição em 1988, em que a saúde foi reconhecida como direito de cidadania e foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária (MELO *et al.*, 2018). Ao encontro da consolidação dos princípios do SUS, a APS se materializou, em 1994, com a implantação do PACS e do PSF, tornando-se a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e ampliação do acesso aos serviços de saúde, favorecendo, no âmbito dos sistemas sanitários, a melhoria da saúde e a equidade, e proporcionando maior eficiência dos serviços e menores custos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A APS ou AB é definida como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p. 2).

Segundo Starfield (2002), a APS é a porta de entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e problemas das pessoas, ela organiza e racionaliza o uso dos recursos que serão direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade. Essas necessidades e problemas das pessoas incluem uma variedade de diagnósticos ou questões observadas, dedicadas à prevenção das doenças e uma alta proporção de pacientes que já são conhecidos na unidade de saúde.

A APS possui atributos essenciais e derivados a serem obedecidos e funções a serem desempenhadas para que seja entendida como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos

derivados são: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. E suas funções são a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

Starfield (2002) define estes atributos da APS. Para a autora, o primeiro contato aborda a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (STARFIELD, 2002). Segundo a autora, a focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002).

Mendes (2015) define as funções da APS. Segundo o autor, uma APS, enquanto estratégia, só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade está relacionada à capacidade da APS em ser resolutiva, cognitiva e tecnológica, para

atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa a função da APS como centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização é expressada no conhecimento e relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, no exercício da gestão de base populacional e na responsabilidade sanitária em relação a esta população. Reitera o autor que só haverá uma APS de qualidade e articulada nas RAS quando os seus atributos e funções estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade.

No Brasil, a ESF aparece como estratégia para reorientação da APS e para que essa de fato atue de acordo com seus propósitos, já que a ESF possui equipe definida, são necessários delimitação de território e população adscrita delimitada, além de incentivo financeiro específico para sua expansão (BARATIERI *et al.*, 2018).

Desde sua criação, a ESF conta com equipe multiprofissional, sendo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A incorporação do ACS constituiu um grande diferencial e fortaleceu o vínculo entre a equipe de saúde, os indivíduos e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território (PERUZZO *et al.*, 2018).

A proposta brasileira da ESF é apropriada para as condições do país, pois se adequa aos princípios do SUS e é ampla ao centrar-se na saúde da população com foco na saúde da família (PERUZZO *et al.*, 2018).

A prática clínica, de acordo com modelo referido para a AB, perpassa por um conjunto integrado e articulado de atividades e ações que visam promover uma atenção integral à saúde, onde se faça a gestão do processo clínico individual através da organização de dados e informações da abordagem clínica individual; a gestão do processo familiar que entende a família como um sistema complexo e aberto, e atua na abordagem familiar; e a gestão da prática clínica que diz respeito à organização em equipe dos cuidados às pessoas, famílias e comunidades do território (BRASIL, 2018a).

Os anos 2000 foram marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Neste período, alguns

fatores como infraestrutura inadequada, subfinanciamento e dificuldade de atração de profissionais médicos para o modelo de atenção da AB, constituíram-se como nós críticos que, somados às necessidades de maior investimento para o desenvolvimento da ESF, desencadearam um movimento de mudança da PNAB (MELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2012).

A AB no Brasil consolidou-se, de fato, com a publicação da PNAB, que surgiu a partir da necessidade de se elaborar uma política, à nível nacional, que definisse prioridades e otimizasse os gastos públicos com a saúde pública (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A primeira edição da PNAB foi regulamentada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e o PACS. A PNAB 2006 apontava para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006). Ao assumir a saúde da família como estratégia, a PNAB 2006, fortalece a mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em 2011, a PNAB foi atualizada por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Essa atualização adveio da experiência acumulada de um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do SUS. Esta versão atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das RAS; avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário; avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, incluindo a Equipe de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter NASF, simplificou e facilitou as condições para criação das UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas; articulou as ações da AB a outras ações do SUS, como o PSE, as equipes do Melhor em Casa e o Telessaúde; e, ampliou os recursos federais para reforma, ampliação e informatização das UBS (BRASIL, 2012). Nesse período também foi criada a Estratégia e-SUS AB, que

ofertava prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e aprimoramento.

A expansão da ESF foi muito significativa, porém a APS vem sofrendo um processo de fragilização decorrente dos nós críticos identificados nos anos 2000 e nos anos 2014 e 2015, somado a uma grave crise política e econômica no país, com impacto sobre o SUS, tendo em vista que a AB vem sendo o meio principal de ampliação da oferta pública de serviços à população (PERUZZO *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA, 2017).

Na AB, essa crise foi ocasionada por alguns fatores, destaca-se a aprovação, em 2014, da lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) apenas por vínculos diretos, recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais (BRASIL, 2014c). Em 2017, houve mudança nas regras do financiamento federal do SUS, com o fim de seis blocos de financiamento do SUS, um deles da AB (BRASIL, 2017b). Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação, cujas repercussões negativas já refletem na piora de indicadores de mortalidade infantil e materna e retorno de epidemias de enfermidades transmissíveis, outrora controladas (BRASIL, 2016b; GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

E assim, nesse período, em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB, que fragiliza, ainda mais, a APS e o SUS (BRASIL, 2017a; MELO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Essa nova versão da PNAB, instituída em 2017, através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, introduziu a revisão de diretrizes, entre as quais se destacam: a carteira mínima de serviços das UBS e a autonomia concedida ao gestor municipal para definição desse escopo de serviços; a fusão das categorias de ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) em uma categoria única, e até mesmo facultando a presença do ACS na eSF; a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às eSF ou outros tipos de arranjos organizacionais na AB, dando fim à obrigatoriedade da cobertura universal dos ACS, sendo exigida cobertura de 100% apenas em populações vulneráveis e em áreas de risco; a flexibilização da

carga horária do médico na ESF, comprometendo o atributo da longitudinalidade; a incorporação dos NASF às equipes ribeirinhas e Unidades Fluviais, dentre outras mudanças (MOROSINI; FONSECA, 2017; BRASIL, 2017).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam os riscos de desassistência de parte significativa da população e de perda na qualidade dos serviços da AB, considerando as consequências do possível descompromisso dos gestores com a oferta universal dos serviços de AB; a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a desqualificação do trabalho de ACS. As autoras destacam ainda, que a proposição de revisão da PNAB gera preocupação, pela perspectiva restritiva que apresenta, que ameaça a saúde como um direito.

Considerando a necessidade de fortalecer a AB para que se garanta sua continuidade como política norteadora do SUS, os registros se tornam peça importante, pois contribuem para efetivação dos atributos da AB (VALENTE; MAIA, 2018; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Estes atributos, com suas especificidades, tornam o trabalho na AB diferente de outros níveis de atenção à saúde, assim, este deve ser sustentado por um registro em saúde que contemple a situação clínica e social do paciente, de modo a contribuir com o emprego de conhecimentos e práticas peculiares deste nível de atenção (BUSATO, 2015).

O cuidado na APS é um processo de longa duração, portanto a longitudinalidade é seu atributo mais característico, pois traz consigo a necessidade de observar, cuidar e acompanhar e não apenas tratar episodicamente. Assim, os registros feitos no prontuário devem facilitar a revisão das informações dos pacientes por um período e não apenas de forma pontual como nos episódios de hospitalizações (ROMAN, 2009; STARFIELD, 2002).

Entretanto, os registros na AB são realizados seguindo apenas uma ordem cronológica de ocorrência, neste caso, os registros importantes, necessários ao acompanhamento periódico de determinado evento de saúde, são diluídos em meio a outros ocasionais, que não exigem atenção continuada, dificultando o alcance do principal objetivo dos registros no prontuário, que é o compartilhamento de conhecimento, dados e informações sobre os indivíduos para que se preste a melhor assistência possível (GALVÃO; RICARTE, 2012).

Além disso, as informações estão fragmentadas no prontuário e em diferentes fichas de registro da AB, para Busato (2015), este tipo de organização dos registros

na AB, também dificulta o resgate das informações históricas dos pacientes, se tornando uma barreira para o cuidado longitudinal.

Para Busato (2015), os registros sobre as pessoas, com os relatos de saúde, suas histórias, seus problemas e ações realizadas, além de informação sobre os recursos disponíveis para o cuidado, devem estar facilmente acessíveis para utilização por meio de sistemas de informação e mecanismos de transmissão e comunicação de dados. Toda informação de saúde, organizada de maneira coerente e sistematizada, contendo todo histórico, forma a imagem clínica da pessoa, que irá subsidiar a tomada de decisão a cada episódio de cuidado (ROMAN, 2009).

Um registro de informações que sirva ao processo de trabalho na APS deve, entre outras coisas, considerar os critérios de risco e vulnerabilidade dos usuários e famílias do território de responsabilidade de cada equipe de saúde, de modo a subsidiar a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com a necessidade da população e priorizar intervenções clínicas e sanitárias conforme os problemas de saúde (BRASIL, 2012a).

No setor da saúde, a informação subsidia o processo decisório, vez que auxilia no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006).

Assim, os sistemas de informação vêm auxiliar no processo de registro de dados e obtenção de informações. Os sistemas de informação em saúde são definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar o controle das organizações de saúde, compondo assim, uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde (REZENDE, 2015; FRANCO, 2012).

Segundo Siqueira (2005), um sistema de informação precisa de três matérias-primas: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados com significados para quem os vê; o conjunto de nosso aprendizado segundo algumas convenções, nossas experiências acumuladas e a percepção cognitiva irão transformar em conhecimento uma dada realidade (FRANCO, 2012).

Os sistemas de informação em saúde, aliados às novas tecnologias de informação e comunicação por meio dos registros eletrônicos em saúde, produzem e organizam as informações sobre as ações e situações de saúde da população (THUM; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019).

Considerando a demanda da APS em obter informações para que possam prestar serviços de saúde de qualidade para os indivíduos, a adoção dos registros eletrônicos, através do prontuário eletrônico, pode agilizar a identificação de pacientes que necessitam do acompanhamento a longo prazo, apoiando a tomada de decisão clínica, facilitando a gestão de doenças crônicas, a prescrição e a solicitação de exames, bem como proporcionar a integração com a atenção secundária, contribuindo de maneira significativa para uma assistência de qualidade (MAJEED; CAR; SHEIKH, 2008; GRAZIOSI, 2011). Todavia, essas facilidades para o uso do prontuário eletrônico na APS dependem da completude, precisão e padronização na entrada dos dados e informações, que resultam principalmente do envolvimento e compromisso dos profissionais envolvidos (MAJEED; CAR; SHEIKH, 2008).

Entende-se como prontuário eletrônico um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas registradas ao longo da vida de um indivíduo, são mantidas de forma eletrônica, fornecendo acesso rápido a estas informações e funcionando como sistema de apoio à decisão (BRASIL, 2016a).

No geral, o prontuário eletrônico proporciona inúmeras vantagens, entre as quais: agilidade no acesso à informação, intercâmbio de informações, economia de espaço, redução de consumo com impressos, informações gerenciais rápidas e precisas e aumento de tempo para os profissionais se dedicarem aos pacientes. Há que se considerar também algumas desvantagens, como o custo elevado na implantação (equipamentos e treinamentos), a possibilidade de o sistema ficar inoperante e a resistência oferecida pela equipe. No entanto, a literatura registra que os benefícios são mais evidentes para a instituição de saúde, sendo que promove um atendimento seguro, eficiente e rápido para o paciente (MARTINS; LIMA, 2014).

A implantação do prontuário eletrônico é complexa e exige um planejamento adequado para sua efetividade. É preciso comprometimento dos gestores, vez que envolve um elevado investimento financeiro, e envolvimento de toda a equipe multiprofissional, promovendo sua adesão e aceitação na implantação do prontuário eletrônico, destacando as vantagens desse sistema na realização das atividades

desenvolvidas na instituição e, conseqüentemente, os benefícios que a utilização do prontuário eletrônico pode oferecer na atuação profissional (MARTINS; LIMA, 2014). No Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde, desempenha um papel de importância vital na condução do processo de informatização na saúde. Assim, com o objetivo de informatizar os sistemas de saúde no território nacional, o Ministério da Saúde (MS), criou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e como parte dela instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS AB para sua operacionalização (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2013a).

O desenvolvimento do e-SUS AB iniciou-se em 2011, seguindo um conjunto de especificações feitas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, para a gestão e o registro eletrônico de procedimentos da AB (VIEIRA, 2014). Sua plataforma foi construída por meio de um convênio entre o MS e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e contou com a experiência exitosa de outros prontuários eletrônicos já existentes no SUS (BRASIL, 2013a; 2018a).

O objetivo do SISAB foi delineado para estabelecer um sistema de prontuário eletrônico, moldado ao método do trabalho das equipes e profissionais da AB. Este delineamento estabeleceu as funcionalidades do prontuário eletrônico, promovendo o uso moderno, produtivo e revolucionário da tecnologia, sendo esta a finalidade da PNIIS, de disponibilizar as informações para os usuários, a gestão, a prática profissional, a formação de conhecimento e o controle social a qualquer momento em todo território nacional (DAMASIO, 2018).

A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2018a).

Esse modelo nacional de gestão da informação na AB é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação desse sistema de informação (BRASIL, 2018a).

Essa reestruturação aprimora o detalhamento da informação que antes era consolidada para uma dimensão de uso de dados individualizados por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), possibilitando o acompanhamento de cada usuário atendido, bem como, as ações desenvolvidas por cada profissional de saúde (BUSATO, 2015).

O CNS traz o número de identificação unívoca dos usuários no território nacional, o que permite o acompanhamento e a vinculação do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde no âmbito do SUS, ao profissional que os realizou e à unidade de saúde, onde quer que eles aconteçam (BRASIL, 2018a).

O Sistema e-SUS AB é um *software* público e gratuito, fornecido pelo MS sob responsabilidade do DAB, e desde junho de 2015 passou a ser universal, o que significa dizer que o MS estabelece que todos os municípios façam uso dele para informar as ações desenvolvidas na APS através do SISAB (BRASIL, 2013a).

A Estratégia e-SUS AB objetiva individualizar o registro para melhor acompanhamento de saúde dos cidadãos; integrar os diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, reduzindo o retrabalho na coleta de dados; informatizar as UBS para desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB e otimizem o trabalho dos profissionais na perspectiva de realizar a gestão do cuidado; e facilitar a coordenação do cuidado, através da qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2018a).

A Estratégia e-SUS AB é composta pelo SISAB, que é o sistema de informação nacional vigente para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a AB, e pelo *software* e-SUS AB, que possui duas versões: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A diferença básica entre as versões existentes é que o PEC permite que o profissional possa inserir as informações de atendimento no momento em que está realizando a consulta, o procedimento ou até mesmo uma visita domiciliar. Já o CDS utiliza impressos, que são preenchidos pelos profissionais durante o atendimento e posteriormente digitados no sistema. Ambos fornecem as mesmas informações ao SISAB, porém, de maneiras diferentes (BRASIL, 2014a).

A implantação da Estratégia e-SUS AB envolve identificar as características tecnológicas disponíveis em cada UBS, como conectividade à internet, quantidade de

computadores, quantidade de impressoras, suporte a informatização das unidades, entre outros. A partir das características de cada UBS o gestor terá claro qual o tipo de sistema que deverá ser implantado: PEC ou CDS. É preciso também planejar a capacitação das equipes de saúde e dos profissionais de suporte para tecnologia da informação (BRASIL, 2014b). Tudo isso demanda um investimento alto para os municípios.

Assim, o e-SUS AB foi desenvolvido de forma a ser implantado em diferentes cenários, de acordo com a realidade local. De tal modo, que poderia ser utilizada a versão com coleta de dados simplificada, a versão com prontuário eletrônico ou ambas as versões, nas diferentes etapas do processo de trabalho (CONASS, 2013).

- Cenário 1 - somente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem computadores e a velocidade de conexão à internet é bem limitada;
- Cenário 2 – somente a SMS tem computador e internet. As UBS têm computador sem acesso à internet e podem digitar os dados direto na unidade;
- Cenário 3 – A SMS e as UBS têm poucos computadores e internet com conexão limitada;
- Cenário 4 - A SMS, as UBS e a maioria dos consultórios têm computador, no entanto a internet é lenta e/ou instável;
- Cenário 5 - A SMS, as UBS e a maioria dos consultórios têm computador, no entanto a internet é lenta e/ou instável;
- Cenário 6 - A SMS, as UBS e a maioria dos consultórios têm computador e internet com conexão de boa qualidade (CONASS, 2013).

O sistema e-SUS AB tem desenvolvimento gradual, com incorporação evolutiva dos diversos sistemas de informação utilizados na AB, objetivando a integração dos sistemas de informação e diminuição do retrabalho na coleta das informações, de modo a atender os processos essenciais da AB (BRASIL, 2014b).

Desde a criação do *software*, outros sistemas da AB foram sendo integrados às novas versões do e-SUS AB. O primeiro sistema a ser totalmente integrado foi o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), conforme disposto em Nota Técnica Conjunta – DAB/SAS/MS - DRAC de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017e). O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi integrado ao e-SUS AB em 25 de outubro de 2017, conforme Nota Técnica n 51-SEI/2017-CGAA/DAB/SAS/MS (BRASIL, 2017c). O SISPRENATAL WEB, sistema de cadastro de gestantes, foi

integrado em 30 de novembro de 2017, conforme Nota Técnica n 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2017d). E, mais recentemente, o Programa Nacional de Imunização (SIPNI) vem sendo integrado a Estratégia e-SUS AB, conforme Nota Informativa n 47/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS de 13 de março de 2018 (BRASIL, 2018b).

O prazo de implantação do SISAB pelos municípios, inicialmente, era de um ano, a contar da data de publicação da Portaria GM/MS n 1412, de 10 de julho de 2013. Porém, devido à incipiência da implantação no Brasil, o prazo foi prorrogado por três vezes, primeiro para 20 de julho de 2015, depois dezembro de 2015 e por último para julho de 2016, por meio da publicação de notas técnicas (BRASIL, 2013a; 2014b).

Contudo, é importante destacar que em 24 de novembro de 2016, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 7 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica, estabelecendo o prazo de 10 de dezembro de 2016 para que os municípios enviem as informações por meio de prontuário eletrônico ao SISAB, ou apresente justificativa para o não envio destas, sob risco de suspensão dos recursos financeiros relativos ao Componente Variável do Piso de Atenção Básica (PAB Variável) (BRASIL, 2016a).

Conforme dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2017, existiam 42,8 mil UBS no país, em 5.564 municípios. Destas, 18.510 UBS utilizavam prontuário eletrônico em 3.656 municípios; sendo que 8.930 UBS utilizavam o Prontuário Eletrônico do Cidadão do Ministério da Saúde em 2.576 municípios; e 9.580 UBS adotavam sistemas próprios ou terceiros (SISAB, 2017).

O Sistema com CDS é adequado para UBS não informatizadas, ou quando o acesso a informatização está temporariamente indisponível devido à falta de energia elétrica, problemas com o computador, acesso à internet, entre outros. O objetivo é ser uma estratégia de coleta de dados por meio de instrumentos com questões estruturadas, na qual a maioria das perguntas são fechadas, para obtenção de dados de cadastros da população do território adstrito às UBS, de visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de AB. Esses dados devem ser digitados no CDS *off-line* ou PEC e, posteriormente, enviados para o SISAB por meio do PEC com conectividade à internet (BRASIL, 2018a).

A coleta de dados simplificada utilizada pela equipe de AB é composta por dez fichas: cadastro individual; cadastro domiciliar; ficha de atendimento individual; ficha de procedimentos; ficha de atendimento odontológico individual; ficha de atividade coletiva; ficha de vacinação; ficha de visita domiciliar; marcadores de consumo alimentar; ficha complementar - síndrome neurológica por zika/microcefalia. E ainda, mais duas fichas de uso exclusivo das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): ficha de avaliação de elegibilidade, ficha de atenção domiciliar (BRASIL, 2018a).

O PEC é destinado às UBS já informatizadas e que apresentam algum grau de conectividade. O sistema com PEC é mais complexo do que o sistema com CDS e não se limita apenas ao registro no prontuário eletrônico, mas amplia-se como conjunto de ferramentas e funcionalidades para atender a todas as diretrizes de um sistema de informação para a AB, pela sua complexidade e necessidade de organizar e, principalmente, trocar informações durante o atendimento. O PEC deve prover todas as informações, individuais e coletivas, e funções que deem suporte às atividades essenciais desenvolvidas pelas equipes, como as práticas de assistência, de análise da condição de saúde da população e de gestão (BRASIL, 2014a).

As principais funcionalidades do PEC são: módulo administração; módulo cidadão; agenda; módulo atendimento; módulo CDS; e os relatórios. Para estruturação das informações no PEC, foi adotado o modelo de Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), que foi idealizado por Lawrence Weed, na década de 1960, mais recentemente nomeado de Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP) (BRASIL, 2018a).

É por meio do PEC que o profissional de saúde poderá efetuar o registro da consulta, sendo possível acessar as seguintes ferramentas: Folha de Rosto; SOAP; Problemas/Condições e Alergias; Acompanhamento; Antecedentes; Histórico; Dados Cadastrais; Finalização do Atendimento (BRASIL, 2018a).

O SOAP, que é a sigla das palavras “Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano”, é o método de registro da evolução, que permite registrar de forma sintética e estruturada as questões subjetivas do cidadão, além das impressões objetivas sobre seu estado geral. Pode ainda ser registrado o exame físico, exames complementares, a avaliação, as necessidades ou problemas identificados, e o plano de cuidados realizados no encontro entre o profissional de saúde e o cidadão (BRASIL, 2018a).

O sistema ainda disponibiliza algumas ferramentas específicas para auxiliar no registro e acompanhamento do plano de cuidado, como atestados, exames, lembretes, prescrição de medicamentos, orientações e encaminhamentos (BRASIL, 2018a).

No sistema é possível ainda, o registro e gestão da lista de problemas ou outras condições de saúde do cidadão, além do registro de história pregressa do cidadão relacionado a antecedentes clínicos e familiares, e a alergias e/ou a reação adversa; o acompanhamento das condições crônicas ou que necessitem de acompanhamento mais prolongado e o histórico de registros de atendimentos anteriores (BRASIL, 2018a).

O registro via SOAP faz associação a Classificação Internacional de Atenção Primária - Segunda Edição (CIAP2), usada para classificar três elementos importantes de uma consulta: os motivos que levaram à marcação da consulta, os diagnósticos ou problemas, e os procedimentos. A CIAP é adequada à AB pois é uma ferramenta que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não as doenças e pode ser utilizada por todos os profissionais de saúde, potencializando o uso da informação de registro e possibilitando melhor avaliação da situação de saúde da população no território (BRASIL, 2018a; FONTENELLE *et al.*, 2018).

A base de dados do PEC e-SUS AB tem pelo menos duas fontes de informação, uma pelo cadastro da AB, realizado prioritariamente pelos ACS. Outra por um bloco de informações de cunho administrativo, realizado por qualquer profissional durante os atendimentos, que dialoga essencialmente com a necessidade de identificar corretamente e univocamente o indivíduo por meio do CNS, cujo sistema está totalmente integrado ao e-SUS AB (BRASIL, 2018a).

Os relatórios permitem que trabalhadores e gestores possam visualizar, de forma sintetizada e sistematizada, as ações de saúde realizadas no território. Atualmente, os relatórios do e-SUS AB disponibilizam informações agregadas, por meio dos relatórios consolidados e de produção, além dos relatórios operacionais com informações individualizadas (BRASIL, 2018a).

Os relatórios consolidados permitem uma visualização da situação cadastral consolidada. São dois tipos de relatórios consolidados: relatório consolidado de cadastro domiciliar e territorial e relatório consolidado de cadastro Individual (BRASIL, 2018a).

Os relatórios de produção permitem uma visualização agregada das informações relativas à produção dos profissionais na AB. São eles: atendimento domiciliar; atendimento individual; atendimento odontológico individual; atividade coletiva; avaliação de elegibilidade e admissão; marcadores de consumo alimentar; procedimentos; procedimentos consolidados; resumo de produção; síndrome neurológica por zika/microcefalia; visita domiciliar e territorial; e, vacinação (BRASIL, 2018a).

Os relatórios operacionais apresentam as informações individualizadas e identificadas da situação de saúde dos cidadãos do território. Os relatórios operacionais foram criados para auxiliar os trabalhadores das equipes de Atenção Básica no acompanhamento da situação de saúde dos usuários adscritos no território. São eles: relatório operacional de cadastro territorial; relatório operacional de gestantes e puérperas; relatório operacional de crianças menores de 5 anos; e relatório operacional de risco cardiovascular (BRASIL, 2018a).

2.2 O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO COMO FERRAMENTA PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir da década de 1990, com o advento do SUS e as transformações do trabalho, surgem novas demandas para o exercício de cuidar do ser humano, e assim, emergem as necessidades de mudanças na gestão/gerência e organização do trabalho em saúde. Nesse contexto, são exigidas formas inovadoras e interativas de gerenciar em enfermagem, que busquem transpor os limites institucionalizados do cuidado tradicional, geralmente pautado em processos administrativos fundados no pensamento positivista e determinista (SANTOS *et al.*, 2013).

O trabalho é tido como uma ação estritamente humana de transformação da natureza direcionada a um fim, neste movimento o homem também se transforma, transforma sua própria natureza (MARX, 2013).

O trabalho em saúde se diferencia dos demais trabalhos porque não gera bens a serem comercializados e estocados como nos setores industrial e agrícola, mas serviços que são consumidos no momento de sua produção, ou seja, no instante do cuidado, seja ele individual ou coletivo (KURCGANT, 2010).

Para Merhy (2007), o trabalho em saúde é vivo em ato, pois, o produto não é separável do ato da produção e o resultado do trabalho é consumido no ato de sua realização. O modo como se desenvolvem as atividades profissionais, o modo como se realiza o trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Segundo o autor, o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem os diversos tipos de tecnologias.

As tecnologias leves, leve-duras e duras são instrumentos do trabalho em saúde, que tem como objeto o cuidado ao homem, e como produto atos para a produção deste cuidado podendo estes serem de naturezas diversas: prevenção, proteção, manutenção, reabilitação da saúde. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias; e as duras, são as dos recursos materiais (MERHY, 2007).

Sanna (2007, p. 221) define processo de trabalho como a “transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos”, seus componentes são: o objeto,

que é aquilo que se trabalha; os agentes, que são os seres humanos que transformam a natureza; os instrumentos, que são as ferramentas utilizadas; a finalidade, que é a razão pela qual ele é feito; o método, que é a maneira utilizada para atender à finalidade; e o produto, que é o que se obteve.

Segundo Sanna (2007), o processo de trabalho em saúde e em enfermagem tem, ao mesmo tempo, uma identidade de processo, na medida em que contém todos os componentes do processo de trabalho, porém, inclui uma série de processos de trabalho desempenhados por diversos agentes, são eles: o processo de trabalho assistir, o processo de trabalho administrar, o processo de trabalho ensinar, o processo de trabalho pesquisar e o processo de trabalho participar politicamente.

Para a autora o assistir ou cuidar em enfermagem tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades; o administrar ou gerenciar em enfermagem tem como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados no assistir em enfermagem; o ensinar em enfermagem envolve o aluno e o professor de enfermagem, o primeiro como aquele que quer se tornar profissional de enfermagem e o segundo como aquele que deseja aprimorar-se profissionalmente; o pesquisar em enfermagem, que é exclusivo do enfermeiro, que utiliza o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos para a pesquisa; o participar politicamente permeia todos os outros processos, é a força de trabalho em enfermagem e sua representatividade, envolve o julgamento moral e as atitudes do profissional que o colocam no mundo em sociedade (SANNA, 2007).

Para Senna *et al.* (2014), o processo de trabalho do enfermeiro pode ser subdividido em duas esferas principais e complementares entre si: assistir/cuidar e administrar/gerenciar. Segundo a autora, na dimensão assistencial, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral aos indivíduos.

Apesar das diferentes visões apresentadas por Sanna (2007) e Senna *et al.* (2014) sobre as dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, ambos possuem em comum a premissa de que as dimensões precisam estar integradas/articuladas para a produção do cuidado, não devendo haver uma dicotomia entre elas, sendo apenas didática essa divisão apresentada pelas autoras. Santos *et al.* (2013) vêm corroborar com os autores quando trazem que a gerência do cuidado de enfermagem é efetivada quando existe uma articulação entre as dimensões gerencial e assistencial

que compõe o trabalho do enfermeiro, visando atender as necessidades de cuidado dos pacientes e, ao mesmo tempo, da equipe de enfermagem e da instituição nos mais diversos cenários de atuação.

Para Waldow (1998, p. 21), “o cuidado envolve ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o *status* de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental”.

Segundo a mesma autora, não existe prescrição para exercer o cuidado, seja ele individual ou na coletividade. “O cuidado humano não pode ser prescrito e não segue receitas. O cuidado humano é vivido, sentido e executado” (WALDOW, 1998, p. 55), portanto, demanda aproximação e interação com quem se cuida, agindo em benefício deste.

Na dimensão gerencial de suas atividades, a finalidade da atuação do enfermeiro é a organização do trabalho e dos recursos de todos os tipos, com o intuito de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem (SENN *et al.*, 2014).

Para iniciar o entendimento sobre o que é gerenciar, parte-se do pensamento de Davel (2004, p. 01), onde a “administração é um termo às vezes usado em lugar de gerência, porém, é um termo consagrado para indicar a função referente à obtenção de recursos como pessoal, materiais, serviços gerais e outros”. Para Chiavenato (2000), a gerência utiliza diferentes recursos materiais, humanos, de informação, financeiros e tecnológicos para organizar, planejar, controlar e dirigir o serviço de maneira eficaz e eficiente.

Além desses recursos e das funções administrativas, Motta (2002) afirma que a gerência é a arte do pensamento, da decisão e da ação; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, porém, devem ser alcançados por meio dos indivíduos e numa interação humana permanente.

Para compreender o termo gerência do cuidado de enfermagem adotado no estudo considera-se a relação de interdependência entre as duas dimensões, assistencial e gerencial. Mororó *et al.* (2017, p. 328) definem a gerência do cuidado de enfermagem como a “articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e

cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário”. Segundo as autoras, a articulação entre as ações de gerenciamento e de processo assistencial propicia ao enfermeiro, as possibilidades de reencontro com o cuidado.

Neste mesmo sentido de entendimento sobre a gerência do cuidado de enfermagem, Christovam *et al.* (2012, p. 739) trazem que a mesma envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, e suas ações caracterizam-se por ações expressivas e instrumentais de cuidado direto e indireto, articulando aspectos técnicos, políticos, sociais, de comunicação, de desenvolvimento da cidadania e organizacionais, que envolvem a atuação do enfermeiro.

Santos *et al.* (2013), em revisão integrativa da literatura, encontraram oito ações de gerência do cuidado, sendo elas: dimensionar a equipe de enfermagem; exercer a liderança no ambiente de trabalho; planejar a assistência de enfermagem; educar/capacitar a equipe de enfermagem; gerenciar os recursos materiais; coordenar o processo de realização do cuidado; realizar o cuidado e/ou procedimentos mais complexos e avaliar o resultado das ações de enfermagem. Os autores destacam que gerenciar o cuidado é um processo que se materializa por meio de um conjunto de práticas/atividades que são interdependentes e complementares entre si, suas ações se relacionam à qualidade do cuidado de enfermagem e saúde.

Conforme Lanzoni e Meirelles (2011), em revisão integrativa da literatura, tanto na AB quanto no contexto hospitalar, o enfermeiro desempenha a função assistencial e de gerência, sendo líder da equipe de enfermagem e administrando as unidades de saúde.

Os conceitos de gerência do cuidado destacam a importância da interação entre as dimensões cuidar e gerenciar. Contudo, Christovam (2009) explica que os enfermeiros, em muitas situações, não conseguem efetivar essa interação e acabam tratando de modo dissociado o cuidar e o gerenciar. Santos *et al.* (2013) destacam, entre as possíveis causas dessa dicotomia, a influência do modelo proposto por Florence Nightingale, no século XIX e dos preceitos das teorias administrativas que influenciaram a institucionalização da Enfermagem como profissão.

A influência de Florence Nightingale no processo de dicotomização das dimensões da gerência do cuidado está relacionada ao princípio da divisão do trabalho estabelecida por ela na organização do ambiente hospitalar durante a Guerra

da Criméia, no qual as *ladies nurses* deveriam pensar e administrar o trabalho e as *nurses* deveriam executá-lo (SANTOS *et al.*, 2013).

Quanto a influência das teorias administrativas na gerência do cuidado, Santos *et al.* (2013) destacam algumas características herdadas das teorias Científica, Clássica, de Relações Humanas, Burocrática, Comportamental, de Sistemas e Contingencial como a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução; o controle gerencial do processo de produção associado à rígida hierarquia; a racionalização da estrutura administrativa; a impessoalidade nas relações interpessoais e a ênfase em sistemas de procedimentos e rotinas.

Senna *et al.* (2014) relatam em seu estudo, que essa dicotomia está relacionada também ao despreparo do enfermeiro e a maneira dissociada com que as instituições de saúde e de ensino abordam esses conteúdos e os associam com a prática diária do trabalho. É importante a reestruturação do ensino de enfermagem para fortalecer a competência administrativa do enfermeiro ao longo do curso, de maneira que a formação perpassa pelas dimensões cuidadora, gerencial, educadora e de investigação científica para que o enfermeiro possa assumir seu papel articulador no processo de trabalho dos serviços de saúde na perspectiva dos princípios do SUS.

As diretrizes curriculares devem contemplar o desenvolvimento de competências e habilidades para que o enfermeiro possa se formar ampliando as reflexões sobre a importância da compreensão das dimensões que envolvem seu processo de trabalho para a execução da gerência do cuidado (SANTOS *et al.*, 2013).

No processo de cuidar é preciso levar em conta que, tanto o cuidador como a pessoa sob seu cuidado, possuem singularidades motivadas pelas múltiplas relações, interações e associações (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008). Percebe-se a importância da gerência do cuidado na atuação do enfermeiro, e o quanto ela se entrelaça com as múltiplas ações para o cuidado que compõem o seu fazer cotidiano.

Copelli *et al.* (2016), através de uma revisão integrativa, ressaltam que para o gerenciamento do cuidado o enfermeiro realiza o cuidado, gerencia os recursos materiais e humanos, lidera, planeja a assistência, capacita a equipe de enfermagem, coordena a produção de cuidado e avalia as ações de enfermagem.

Assim, considerando essa multidimensionalidade, as autoras ressaltam a relevância da perspectiva do pensamento complexo para o entendimento e execução da gerência do cuidado de maneira dialógica. Segundo Hausmann e Peduzzi (2009),

para realizar a gerência do cuidado de enfermagem, é importante apreender que a visão dicotômica de suas dimensões se opõe à complexidade do próprio cuidado, fragmenta o pensar/planejar do executar/avaliar, separa e reduz competências e ações que seriam possibilitadas a partir das interações deste processo, refletindo de modo negativo na qualidade do cuidado.

Percebendo a crescente inadequação entre a separação e fragmentação de saberes e disciplinas, Morin (2003) aponta para a necessidade de uma reforma do pensamento. A complexidade, na sua origem, significa o que foi tecido junto; logo, está presente quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo e há uma interdependência entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si e entre a unidade e a multiplicidade.

Para Copelli *et al.* (2016) o pensamento complexo permite que o cuidado funcione de modo articulado a formar redes e interconexões que proporcionam interação entre os indivíduos e a realidade, entre os próprios profissionais, entre os sistemas de apoio, à medida que rejeita o pensamento redutor, disjuntivo e simplificador.

Assim, sob o enfoque da complexidade, o sistema gerencial da enfermagem será tanto mais complexo quanto maior a sua capacidade de operar com a desordem e com as incertezas inerentes ao cotidiano de trabalho, visto que esta abordagem procura levar em conta o máximo de informações reais; assim como conhecer e reconhecer o variado, o incerto e o aleatório (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Portanto, entende-se que para a efetivação da gerência do cuidado de enfermagem deve se considerar os múltiplos elementos que compõe o contexto do cuidado, e que esta é influenciada e influenciadora de mudanças nos diversos cenários onde ela ocorre. Desse modo, segundo Cruz *et al.* (2017), os profissionais de enfermagem que consideram esse enfoque da complexidade, são capazes de proporcionar um cuidado ampliado, de maneira que as experiências e os saberes passam a ser refletidos e compartilhados.

Dentre os diversos estabelecimentos de assistência à saúde em que a enfermagem exerce a gerência do cuidado, destaca-se neste estudo a AB. Porém, a gerência do cuidado na AB é ainda uma prática pouco desenvolvida e discutida no cenário nacional, além disso há fatores que distanciam o cuidado da gerência,

especialmente em decorrência da precarização do processo de trabalho e o modelo assistencial tradicional (FERNANDES *et al.*, 2015).

No estudo de Fernandes e Silva (2013) os autores destacam que a gerência do cuidado de enfermagem na AB, com sua relação dialética entre o cuidar e o gerenciar, é relevante na consolidação do SUS, pois proporcionam a reorganização da assistência à saúde, que ocorreria a partir da AB, com práticas não mais fragmentadas, centradas na doença e no tratamento medicamentoso, mas promovendo assistência integral, equânime e humanizada, dando ênfase à promoção, prevenção de agravos, recuperação da saúde individual e coletiva, por meio de uma equipe multiprofissional.

Segundo Barreto *et al.* (2018) o enfermeiro, enquanto gerente do cuidado, mobiliza as relações e interações entre as pessoas como indivíduos complexos e coordenam as ações de cuidado com aptidões gerenciais próprias ou inerentes às suas atividades profissionais, por meio do planejamento do cuidado e da previsão e provisão de recursos necessários para a organização da assistência de uma UBS.

Ao desenvolver a gerência do cuidado de enfermagem na AB, o enfermeiro realiza a assistência em todas as suas dimensões, além da atenção à doença e, conseqüentemente, a possibilidade de integralidade e de fortalecimento de suas ações. Além disso, viabiliza a continuidade do trabalho de forma eficiente e eficaz, como também a superação de atividades assistencialistas fragmentadas e da forma simplificada de pensar e exaltar o cuidado de enfermagem como produto de múltiplas interações (FERNANDES *et al.*, 2015).

Os resultados encontrados em um estudo apontam que os enfermeiros que atuam no PSF realizam atividades referentes ao processo de trabalho de assistência voltado para o indivíduo ou grupo de indivíduos bem como atividades referentes ao processo de trabalho de gerência, como: supervisão e treinamento dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, elaboração de escalas; previsão e elaboração de materiais; elaboração de relatórios de atividades da equipe e da unidade de saúde. Para atender a tudo isso, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, desenvolvendo competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

O enfermeiro é o único profissional da equipe de enfermagem com formação e amparo legal para o planejamento, tomada de decisão, supervisão, auditoria e

avaliação da qualidade dos registros de enfermagem, tendo condições amplas para o gerenciamento do cuidado de enfermagem com eficiência e eficácia (SANNA, 2007; BRASIL, 1987).

Assim, acredita-se que o registro de enfermagem seja indissociável da gerência do cuidado, daí a importância da articulação dessas duas perspectivas. O enfermeiro deve lançar mão de meios e instrumentos existentes para maior eficiência e efetividade nas ações de planejamento, desenvolvimento e avaliação. Segundo Vasconcelos *et al.* (2016), estes instrumentos como, prescrição de enfermagem, escalas, livro de anotações e outras fontes de registros, são ferramentas que apoiam a organização das atividades de cunho administrativo/estratégico, tendo como finalidade o arranjo do trabalho em busca do alcance de objetivos pré-definidos.

Os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando metade das informações registradas no prontuário que relatam o cuidado ao paciente (COFEN, 2016b).

Segundo Christovam (2009), os registros de enfermagem contribuem não só para o gerenciar, mas também para o cuidar em enfermagem, vez que esses dois componentes são indissociáveis, conjugados e intimamente imbricados.

De acordo com a Resolução no 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve organizar o trabalho profissional da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado e o registro das ações profissionais no prontuário da pessoa em atendimento e deve ser realizado em todos os ambientes, públicos ou privados (COFEN, 2012). O mesmo organiza o trabalho profissional dos enfermeiros e envolve uma sequência dinâmica de etapas que direcionam as ações de modo a contribuir nos atendimentos individuais e coletivos devendo, assim, propiciar a identificação das necessidades e condições de saúde que necessitam de intervenções de enfermagem a partir de uma atuação conjunta do enfermeiro com a pessoa/família/comunidade em

acompanhamento e a equipe multiprofissional, efetivando-se encaminhamentos quando necessário (FERREIRA *et al.*, 2016).

O Conselho Federal de Enfermagem, na sua Resolução 358/2009, descreve o PE em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que envolvem: a) identificação das condições de saúde, necessidades e problemas de saúde; b) delineamento do diagnóstico de enfermagem; c) pactuação do plano de cuidados; d) implementação das ações planejadas; e) avaliação dos resultados obtidos (COFEN, 2009).

O plano de cuidados de cada pessoa se baseia na avaliação dos dados coletados na etapa de investigação (histórico, exame físico e resultados dos exames realizados). Esses direcionarão o enfermeiro no estabelecimento e priorização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

A execução do PE deve ser registrada formalmente no prontuário da pessoa em atendimento no serviço, pois essa documentação, além de atender questões legais, evidencia a contribuição destes profissionais na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (FERREIRA *et al.*, 2016). Acrescentam os autores que é de responsabilidade e dever da Enfermagem registrar suas intervenções no prontuário e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico. Cada instituição determina a forma como esses dados devem ser organizados e registrados em prontuário, que pode ser em papel ou informatizado.

O registro deve envolver todas as etapas do PE, as informações necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência são inerentes ao processo de cuidar e subsidiam o gerenciamento dos processos de trabalho (COFEN, 2012).

Para Cassuli (2018) a gerência em saúde adquiriu apoio importante dos sistemas de informação e recursos de informática. Todos os membros de uma equipe podem usufruir das informações contidas nos sistemas, utilizando-as como uma ferramenta de auxílio no seu processo de trabalho.

O uso do computador por meio, por exemplo, dos registros eletrônicos deve ser considerado como uma ferramenta que favorece a comunicação entre os profissionais envolvidos com o cuidado e que contribui com a eficiência da gerência do cuidado (SOUZA, 2018).

Diante do exposto, a implantação de sistema de informação na forma de prontuário eletrônico nas UBS abre uma discussão quanto a mudanças históricas dos processos de trabalho, rotinas assistenciais, conceitos éticos, armazenamento dos dados exigidos em lei, informatização de todos os setores prioritários, planejamento e treinamento de todos os envolvidos na assistência, inclusive na enfermagem.

Um sistema com prontuário eletrônico que contribua para a gerência do cuidado na AB deve prover todas as informações e funções que deem suporte às atividades essenciais desenvolvidas pelas equipes, como as práticas de assistência e de análise da condição de saúde da população, o planejamento e a programação das ações, o controle de agendas, os procedimentos, os estoques de materiais, os equipamentos, o monitoramento e a avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2014a).

O PEC é uma plataforma de prontuário eletrônico da Estratégia e-SUS AB do MS que tem por objetivo aproximar as informações dos profissionais de saúde para a planejamento, gestão e tomada de decisão na AB.

O foco da APS é a atenção integral à população, garantindo acesso e tratamento adequado. Estudos apontam que a utilização do PEC impacta positivamente uma vez que melhoram a manipulação e o acesso aos dados dos pacientes, potencializando a compreensão dos tratamentos e da condição clínica (LI, 2017; JAWHARI *et al.*, 2016; PAN *et al.*, 2016; DONOHUE *et al.*, 2015; ANDERSON; HENNER; BURKEY, 2013). A disponibilidade dos registros no PEC é apontada como a principal vantagem na prática assistencial quando comparado ao registro de papel por acarretar o aumento no desempenho da manipulação dos dados pelos profissionais (JAWHARI *et al.*, 2016).

Corroborando com Jawhari *et al.* (2016), Anderson, Henner e Burkey (2013) apontam que o PEC melhora a prestação de serviços na saúde por facilitar a captura e difusão das informações da assistência ao paciente. Pan *et al.* (2016) apresentam em seu estudo, que o gerenciamento sincronizado das informações relacionadas ao diagnóstico e tratamento do paciente é capaz de melhorar significativamente a qualidade e a eficiência dos cuidados. A utilização do registro eletrônico tem o potencial de reduzir as tarefas administrativas e organizacionais, servindo de suporte para as atividades laborais dos profissionais de saúde (URBAN *et al.*, 2012).

A adoção do PEC facilita o acesso das informações pelos diferentes prestadores de cuidado e melhora a qualidade dos registros realizados pelos

profissionais, quando comparado aos registros manuais (JAWHARI *et al.*, 2016; MARTA-MORENO *et al.*, 2016).

Os relatórios do PEC permitem que, não só os enfermeiros, mas como os trabalhadores e gestores no geral, possam visualizar, de forma sintetizada e sistematizada, as ações de saúde realizadas no território promovendo o acompanhamento dessas ações de saúde que são realizadas no território, além de auxiliar os trabalhadores a enxergar seu território e o resultado do seu esforço, se concretizando como uma potente ferramenta de reflexão e transformação do seu processo de trabalho. São vários tipos de relatórios, divididos em consolidados, produção, operacionais e descontinuados, e são utilizados por diferentes tipos de atores (BRASIL, 2014a).

Para que o PEC seja capaz de prover todas as funções para a efetivação da gerência do cuidado de enfermagem é necessário ainda que ele contemple a SAE e as etapas do PE na AB. Assim, considerando a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, alguns Conselhos Regionais de Enfermagem se manifestaram em relação ao uso do PEC para a execução da SAE e do PE pelos enfermeiros na AB.

A etapa de diagnósticos de enfermagem envolve um julgamento clínico do enfermeiro, o qual envolve interpretações críticas dos dados levantados durante a anamnese, exame físico, análise de exames complementares, informações de outros profissionais, familiares e especialmente do paciente. O diagnóstico de enfermagem possibilita vários benefícios ao cuidado do paciente, tais como: melhor planejamento do atendimento; melhor comunicação entre os enfermeiros, com os demais profissionais de saúde e usuários do sistema.

Para a codificação do diagnóstico nos atendimentos realizados na AB, o PEC conta com a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), que pode ser utilizada por todos os profissionais de saúde para classificar questões relacionadas às pessoas e não as doenças.

Por meio do registro com a CIAP é possível fazer um levantamento dos episódios de cuidado a cada cidadão. O uso da CIAP no PEC se dará na ferramenta “SOAP” nos 3 itens: motivo de consulta (subjetivo), problema de saúde detectado (avaliação) e intervenção (plano) durante o atendimento. Também será possível identificar o motivo de consulta (subjetivo) na escuta inicial (BRASIL, 2014d).

Conforme parecer técnico nº 19/2016 do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, embora a CIAP seja suficientemente vasta para permitir a classificação dos principais aspectos da AB, ela ainda possui algumas limitações, a exemplo da classificação de terapêuticas, medicamentos, resultados de exame físico ou exames complementares (COREN, 2016).

Diante do exposto e, em consonância com o Parecer COREN-SP 010/201514, o COREN-RS informa que a CIAP pode ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto, ela não corresponde ao diagnóstico de enfermagem e há a necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos enfermeiros, (NANDA-I, CIPE® ou CIPESC®, entre outros).

O COREN-RS ressalta, ainda, que o PEC garante campo para utilização das classificações de linguagem de enfermagem, indispensáveis para atender ao previsto na Resolução COFEN 358/2009, e recomenda a capacitação dos profissionais para a utilização da CIAP-2, bem como a discussão com os serviços e a pactuação com os enfermeiros sobre a integração e articulação do CIAP-2 com uma classificação de diagnóstico de enfermagem, considerando ser um sistema de classificação pouco conhecido pelos enfermeiros na AB.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, exploratório, de abordagem qualitativa que foi desenvolvido nas UBS do município de Juiz de Fora - MG. Segundo Silva e Mercês (2018) o estudo de caso, já bastante utilizado nas pesquisas das áreas de psicologia, sociologia, antropologia, serviço social, administração, educação e ciência política, vem, também, sendo aplicado na investigação científica na enfermagem.

De acordo com Yin (2015), o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo do mundo real em profundidade, que o autor denomina de “caso”, e assume que esse entendimento provavelmente englobe importantes condições contextuais pertinentes ao seu caso. O caso pode ser um indivíduo, evento ou entidade, sendo realizado sobre decisões, programas, processo de implementação e mudanças organizacionais; definidos como unidade de análise e/ou o caso (YIN, 2015).

O estudo de caso, em seu contexto, compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados, podendo incluir tanto estudos de caso único quanto de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa (YIN, 2015).

Ventura (2007) descreve que deverá haver sempre a preocupação de se perceber o que o caso sugere a respeito do todo e não o estudo apenas daquele caso. De acordo com a autora, este tipo de estudo proporciona o conhecimento do fenômeno a partir da exploração intensa de um único caso.

Silva e Mercês (2018) destacam que o planejamento e a execução do estudo de caso exigem rigor e que uma das preocupações dos pesquisadores é a negligência pelo não desenvolvimento sistemático do método.

Para Gautério-Abreu *et al.* (2016) o uso deste método constitui uma estratégia de pesquisa científica, pois possibilita a investigação de fenômenos no contexto real da enfermagem, com diversas fontes de evidência que permitem a reflexão e a busca de alternativas para solução dos problemas e, conseqüentemente, contribui para o avanço do conhecimento.

Ao que concerne à abordagem qualitativa, Lacerda e Labronici (2011) revelam que este tipo de pesquisa apresenta uma visão subjetivista e interpretativa da realidade, possibilitando uma visão compreensiva das relações que se estabelecem durante as situações de encontro/interação em que palavras, gestos, arte, e vários fatores simbólicos se entrelaçam e permitem ser interpretados de forma singular e particular.

As autoras supracitadas relatam que a pesquisa qualitativa propicia ao pesquisador captar o modo como os seres humanos pensam, operam e reagem diante de questões focalizadas; proporciona o conhecimento da dinâmica e estrutura da situação sob estudo, do ponto de vista de quem a vivencia. Para Minayo (2014), a abordagem qualitativa expõe questões muito peculiares atinentes aos motivos, significados, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser estreitados à operacionalização de variáveis numéricas.

3.2 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Juiz de Fora - MG. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o município possui área de 1.435,749 km², com 516.247 habitantes, entre 244.024 homens e 272.223 mulheres; com densidade demográfica de 359,59 hab/km², contudo, apresentando estimativa de 564.310 pessoas, para o ano de 2018.

O município foi originalmente subdividido em 81 regiões urbanas, mas o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (2000) acabou por estabelecer 111 bairros, cuja divisão é a unidade territorial que o habitante da cidade tem mais facilidade de reconhecer. A unidade territorial, por sua vez, foi dividida em sete regiões administrativas: Zona Central, Zona Leste, Zona Nordeste, Zona Norte, Zona Oeste (Cidade Alta), Zona Sudeste e Zona Sul. O município possui ainda a Zona Rural, que não foi considerada região administrativa no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano.

Segundo o IBGE, em 2016, o salário médio mensal, no município, era de 2.4 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 30.1%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 29.9% da população nessas condições (IBGE, 2016).

Em relação à educação, de acordo com o IBGE, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.4 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.2. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.3 em 2010 (IBGE, 2010).

Ainda de acordo com o IBGE (2016; 2010) o PIB per capita e o índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) são de R\$25.968,58 e 0,778, respectivamente.

O município apresenta 94.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 55.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 53% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

No que diz respeito à assistência em saúde, no ano de 2009, o instituto supracitado, aponta que o município possuía 165 (cento e sessenta e cinco) estabelecimentos vinculados ao SUS. A taxa de mortalidade infantil média no município, de acordo com o IBGE (2014) é de 14,33 óbitos por mil nascidos vivos.

O cenário de estudo foram as UBS do município. Conforme Quadro 1, a rede de serviços de AB no município está constituída por 63 (sessenta e três) UBS distribuídas nas 7 (sete) regiões administrativas, 48 (quarenta e oito) na área urbana e 15 (quinze) na área rural. Nestas UBS, existem 94 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 1 (uma) equipe de consultório na rua, alocadas em 41 (quarenta e uma) UBS, sendo 90 equipes na área urbana e 4 equipes na área rural. Atuando no modelo tradicional de assistência estão 22 UBS, destas 11 na área urbana e 11 na área rural. O município possui, ainda, uma UBS que funciona no regime misto, a UBS possui 1 (uma) equipe da ESF e funciona, também, com o modelo tradicional de assistência (JUIZ DE FORA, 2014).

Quadro 1: Distribuição das UBS por região administrativa de Juiz de Fora, 2019

Região	Tipologia das UBS			Total de UBS
	ESF	Trad.	Mista/ESF	
Norte	12	2	0	14
Nordeste	4	2	0	6
Leste	8	0	0	8
Centro	1	2	0	3
Oeste	1	1	1	3
Sul	4	2	0	6
Sudeste	7	1	0	8
Rural	4	11	0	15
TOTAL	41	21	1	63

Fonte: JUIZ DE FORA (2014).

Conforme histórico de cobertura da AB do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, referência de Dezembro/2018, o município possuía cobertura de Saúde da Família de 57,52%, que representava 324.300 pessoas; e cobertura de AB de 76,57%, que representava 434.240 pessoas, esta última considerando os serviços de AB ofertados pelas UBS tradicionais (BRASIL, 2018).

Uma equipe multiprofissional compõe as equipes de ESF, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e assistentes sociais. Conforme dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES do Ministério da Saúde, na competência fevereiro de 2019, atuam nas 63 UBS do município: 122 enfermeiros, 116 médicos da Estratégia Saúde da Família, 20 médicos clínico geral, 18 médicos generalistas, 17 médicos pediatras, 8 médicos ginecologista e obstetra, 155 auxiliares de enfermagem, 45 dentistas, 18 assistentes sociais e 457 agentes comunitários de saúde.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram 17 enfermeiros das UBS que utilizam o PEC no município. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para esta pesquisa: 1) que o participante fosse enfermeiro, de ambos os sexos, que atuasse nas UBS que utilizavam o PEC e; 2) que o enfermeiro atuasse na UBS por um período mínimo de um ano, por ser tempo suficiente para que esse profissional atuasse profissionalmente valendo-se do PEC.

E como critérios de exclusão: 1) enfermeiro que estivesse fora da unidade na época da coleta de informações (férias, licença médica, licença para estudos) e; 2) enfermeiro que após três tentativas de contato pessoal e/ou telefônico não se manifestasse para o agendamento da entrevista.

Os enfermeiros foram identificados como participantes após a realização da pesquisa documental, que teve o objetivo de conhecer o cenário de implantação do PEC e-SUS AB no município e identificar as UBS que utilizavam o sistema.

Assim sendo, foram identificadas 28 (vinte e oito) UBS que utilizavam o PEC, nestas atuam 62 (sessenta e dois) enfermeiros, porém, conforme critérios de inclusão, apenas 47 (quarenta e sete) enfermeiros atuavam há mais de um ano na UBS. Dentre os participantes elegíveis, 1 (um) se negou a participar da pesquisa, 2 (dois) se encontravam de licença e 4 (quatro) enfermeiros manifestaram impedimento após 5 (cinco) tentativas de agendamento, restando um total de 40 enfermeiros.

A pesquisadora procurou a Secretaria Municipal de Saúde para participar de uma reunião com os supervisores das UBS e explicar sobre as entrevistas e, posteriormente, foi feito o convite individual para os enfermeiros por meio de contato telefônico e agendamento das entrevistas. À medida que as entrevistas foram sendo realizadas a pesquisadora procedeu a transcrição e análise dos dados, com auxílio do *software* IRaMuTeQ alpha 2.

Ao realizar a análise e categorização dos dados de 13 entrevistas a pesquisadora percebeu que as categorias se mantinham com os mesmos dados. Assim, a pesquisadora procedeu a realização e análise de mais 4 entrevistas, para que houvesse uma representação de enfermeiros de todas as regiões administrativas do município, e encerrou a coleta de dados considerando que houve a saturação dos dados.

De acordo com Minayo (2014) o alcance da saturação dos dados ocorre quando não surgirem novos dados importantes em relação a uma determinada categoria; quando essa estiver bem desenvolvida em suas propriedades e dimensões e quando as relações entre as categorias estiverem bem estabelecidas e validadas.

De acordo com Yin (2015), não há um ponto de término claro na coleta de dados do estudo de caso. Quando a coleta de dados estiver suficiente para que se tenha evidência confirmatória para os tópicos principais será finalizada tal etapa.

Assim, o número de participantes foi determinado pela saturação dos dados, totalizando 17 enfermeiros que atuam nas UBS que utilizam o PEC e-SUS AB, com representação em todas as regiões administrativas do município.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: pesquisa documental e entrevista do tipo semiestruturada. As técnicas foram aplicadas em duas etapas: na primeira etapa foi realizada pesquisa documental na Secretaria Municipal de Saúde guiada por Roteiro Estruturado (APÊNDICE A); e, na segunda etapa, foi realizada entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) com os enfermeiros das UBS que utilizam o PEC, que foram selecionados na primeira etapa.

O estudo de caso é caracterizado pela utilização de múltiplos métodos de coleta de dados, com o intuito de conhecer o fenômeno nas suas múltiplas faces (YIN, 2015).

A pesquisa documental consiste na avaliação e interpretação de informações contidas em um documento, tais como: cartas, memorandos, minutas de reuniões, relatórios escritos e documentos administrativos (YIN, 2015).

A etapa da pesquisa documental que se apoiou em um roteiro estruturado, foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, com a observação detalhada dos registros, para que a pesquisadora pudesse conhecer o cenário de implantação da Estratégia e-SUS AB no município. Foram analisados arquivos digitais e documentos que retratavam o plano de trabalho desde o início da implantação do PEC no município, em fevereiro de 2015, até fevereiro de 2019. O propósito da pesquisa documental foi, além de conhecer o cenário de implantação do PEC, selecionar os participantes para a entrevista semiestruturada, considerando que apenas os enfermeiros que atuavam

nas UBS que utilizam o PEC foram entrevistados e que estas foram identificadas durante a pesquisa documental.

A documentação, por corroborar e elevar a evidência de outras fontes, é considerada uma fonte flexível o que a tornou relevante para o estudo. Caso essa evidência documental viesse a ser contraditória, as demais deveriam ser investigadas mais profundamente (YIN, 2015). Dessa forma, foi conduzida a investigação conveniente e com foco na informação pertinente ao caso estudado, que é conhecer o PEC no município.

Nesse estudo foram analisados os registros sobre a implantação do PEC no município. Diariamente, após coleta documental era efetuada uma leitura detalhada do documento; registrando, em arquivo *Word*, as informações julgadas pertinentes aos objetivos do estudo, para, posteriormente, ser realizada a triangulação desses dados com os dados da entrevista.

Assim, foi realizada a triagem dos materiais de acordo com a centralidade da investigação; despendendo um tempo maior para leitura e revisão da parte central, eliminando materiais menos importantes para uma revisão posterior (YIN, 2015).

Concluída a etapa da pesquisa documental passou-se para a realização das entrevistas. Na averiguação de abordagem qualitativa, a entrevista semiestruturada se mostra como um importante instrumento para coleta de dados, visto que viabiliza a formação de conteúdos inteiramente gerados pelos sujeitos envolvidos no processo.

Para Marconi e Lakatos (2008, p. 80), a entrevista “é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

Segundo Minayo (2014) a entrevista versa sobre uma conversa entre vários interlocutores ou a dois, e é indicada para a obtenção de informações a propósito de uma determinada circunstância ou experiência.

Essa tipologia de entrevista permite ao entrevistador a liberdade para desenvolver cada situação durante o procedimento, em qualquer direcionamento que considere oportuno. A escolha por esta modalidade de entrevista deveu-se ao fato de permitir explorar mais amplamente uma pergunta, nesta situação o entrevistado pode exprimir seus sentimentos e opiniões, onde o entrevistador leva o participante a falar sobre um demarcado assunto, sem, contudo, limitá-lo a responder, ou forçá-lo em suas respostas (MARCONI e LAKATOS, 2008).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período compreendido entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, que combinaram perguntas fechadas e abertas. Questões norteadoras foram elaboradas com linguagem compreensível aos participantes.

A pesquisadora foi quem conduziu as entrevistas, que ocorreram nas dependências de cada UBS, em encontros individuais com os participantes, sendo que os mesmos foram abordados pessoalmente. E apenas pesquisadora e participante estavam presentes no momento da entrevista.

Durante a entrevista, a pesquisadora manteve a postura atenta e envolvida com o assunto abordado e com o entrevistado. Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em meio digital (áudio), e o tempo médio de duração de cada entrevista foi de 13 minutos, variando entre 5 a 25 minutos. As entrevistas foram arquivadas por um período de 05 (cinco) anos e, após esse tempo, serão descartadas.

Todas as entrevistas foram transcritas e digitadas em arquivo *Word* e armazenadas em arquivos e dispositivos eletrônicos.

Salientou-se a garantia do acesso aos pesquisadores (mestranda e sua orientadora) para quaisquer esclarecimentos. Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo, sendo designados por nomes de estrelas.

Importante pontuar que houve a apresentação do Termo de Confidencialidade e Sigilo (APÊNDICE D) para assegurar a confidencialidade dos dados de pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Cabe ressaltar que os dados foram analisados a partir da utilização de mais de uma fonte de evidência (documentação e entrevistas) corroborando para o conhecimento sobre o mesmo fato ou fenômeno.

Primeiramente foram analisados os dados da pesquisa documental, que serviriam de base para as entrevistas. O conteúdo da pesquisa documental foi transcrito em programa *Word for Windows* e em seguida analisado pela pesquisadora.

Posteriormente, foram analisados os dados das entrevistas. O conteúdo das entrevistas foi transcrito em programa *Word for Windows*. Para efeito de tratamento do conteúdo das entrevistas dos 17 enfermeiros, optou-se pela codificação dos participantes por nomes de estrelas, desejando, com isso, uma representação

simbólica desses profissionais para que não ocorresse nenhum tipo de comprometimento de suas identidades pessoais.

Para operacionalização das entrevistas foi utilizado o *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.7 alpha 2, desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009).

Trata-se de um *software* gratuito de código fonte aberto, que utiliza o ambiente estatístico do *software* R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Desenvolvido inicialmente em língua francesa, este programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013. O dicionário experimental em língua portuguesa encontra-se em fase de aprimoramento, embora já seja bastante adequado.

O IRaMuTeQ possibilita os seguintes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras; sendo que somente a pesquisa de especificidades de grupos não foi utilizada no presente estudo. As análises que foram realizadas na pesquisa, bem como suas interpretações, estão expostas nos Resultados e na Discussão. Pelo seu rigor estatístico, pelas diferentes possibilidades de análise, interface simples e compreensível, e, sobretudo por seu acesso gratuito, o IRaMuTeQ pode trazer muitas contribuições aos estudos em ciências humanas e sociais, que têm o conteúdo simbólico proveniente dos materiais textuais como uma fonte importante de dados de pesquisa (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Esse *software* possibilita identificar o contexto em que as palavras ocorrem, executando uma análise lexical do material textual e particionando o texto em classes hierárquicas, que são identificadas a partir dos segmentos de textos (ST) que compartilham o mesmo vocabulário, facilitando, assim, o pesquisador conhecer seu teor. Esses ST são fragmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software* em função do tamanho do corpus. E a classe é definida como um agrupamento constituído por vários segmentos de texto (ST) de vocabulário homogêneo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; CAMARGO e JUSTO, 2013).

Faz-se essencial pontuar que, para o corpus textual ser considerado consistente, atribuir confiabilidade para sua análise e ser útil à classificação, requer

uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto (ST), alguns autores falam da possibilidade de se considerar o aproveitamento de 70% dos ST. Caso o *software* ofereça uma classificação com retenção inferior a esta, a mesma não pode ser considerada uma análise adequada aos dados coletados, pois fornece apenas uma classificação parcial. Nesses casos, sugere-se que sejam abandonados o programa e a análise do material seja feita por meio de outros recursos (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Posteriormente, foi feito o tratamento dos dados qualitativos extraídos do IRaMuTeQ segundo Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2014), as classes foram nomeadas, e a partir das ideias nucleares surgiram as categorias de análise por meio do processo de categorização destas classes.

Os dados que foram obtidos por meio das duas técnicas mencionadas foram organizados separadamente. Contudo, a análise ocorreu por meio de uma articulação/relação das informações coletadas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O desenvolvimento do estudo atendeu a todas as normas legais e éticas em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares (BRASIL, 2012b).

Para a condução da pesquisa, foi assinado Termo de Compromisso para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (ANEXO A). E, posteriormente, foi obtido um parecer favorável da instituição para o desenvolvimento do estudo (ANEXO B).

A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do estudo, em 05 de setembro de 2018, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o Parecer Consubstanciado de número 2.876.225 e CAAE de número 93212718.3.0000.5147 (ANEXO C).

Foi disponibilizado o projeto da pesquisa para todas as UBS onde foram realizadas as entrevistas e os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos, tendo assegurado o direito de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora e outra com o participante da pesquisa com o propósito de resguardar a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pela autora. Os participantes tiveram sua privacidade assegurada quanto aos dados confidenciais, sendo garantido o direito de confidencialidade e anonimato e acesso aos dados, podendo consultá-los a qualquer momento, mediante solicitação.

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram codificados por nomes de estrelas.

Os dados deste estudo possuem finalidade exclusivamente para produções acadêmicas, tais como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos, sendo apenas exibidos os resultados gerais, sem revelar nomes, instituição ou qualquer informação relacionada à privacidade do participante. E ficarão sob guarda dos pesquisadores, em ambiente seguro, por no mínimo 5 anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO

Conforme registros da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG, dentre estes documentos: memorandos, portarias, notas técnicas e e-mails institucionais, o município iniciou as discussões sobre a implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica em outubro de 2014.

A primeira frente de trabalho para a implantação da Estratégia e-SUS AB, em outubro de 2014, foi a territorialização de toda área do município com cobertura de Saúde da Família, por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial e da Ficha de Cadastro Individual pelos Agentes Comunitários de Saúde; e a digitação destes dados no Sistema e-SUS AB. Neste período, a cobertura de Saúde da Família no município era de 300.150 pessoas.

Concomitante a este trabalho foi realizada a atualização dos Cartões Nacionais de Saúde, ou Cartão SUS como são mais conhecidos, dessa mesma população, considerando a importância deste trabalho já que o CNS seria a identificação unívoca dos cidadãos adotada pelo Ministério da Saúde para operacionalização do SISAB, de maneira que cada CNS representa o prontuário eletrônico de um cidadão no sistema.

Conforme dados do município, havia aproximadamente 2,5 milhões de CNS cadastrados na rede de saúde local, com o trabalho dos ACS, em pouco mais de um ano, o município reduziu em quase 80% o número de unidades de CNS, chegando em 2017 com aproximadamente 590 mil registros de CNS ativos e atualizados no Sistema Cartão do Ministério da Saúde (CADSUS WEB).

Para inserção dos dados no SISAB, referentes às Fichas de Cadastro, e para uso do CADSUS WEB para atualização do CNS, o município instalou duas salas na Secretaria de Saúde, contendo 28 computadores, denominada de Central de Dados, para que, por meio de escalas de revezamento, os ACS pudessem realizar este trabalho.

Conforme constam nos registros, neste primeiro momento ainda não estava definido qual seria o cenário adotado pelo município para implantação definitiva do Sistema e-SUS AB. Assim, os gestores optaram pelo uso do SISAB com Sistema de Coleta de Dados Simplificado *Offline*. Os dados eram inseridos no programa instalado

nos computadores e arquivados em mídia eletrônica e, à princípio, foram apenas armazenados na Secretaria de Saúde do município.

A Central de Dados também teve o objetivo de promover a inclusão digital dos ACS. Considerando que boa parte destes profissionais não possuíam conhecimentos de informática, os gestores da Secretaria de Saúde prepararam esta sala de maneira que houvesse técnicos disponíveis para capacitação dos ACS enquanto estes digitavam as Fichas de Cadastro no sistema.

Conforme registros da Secretaria de Saúde, 457 ACS passaram pela Central de Dados para este processo de inclusão digital, com intuito de trazer a tecnologia da informação para estes profissionais, com o objetivo de qualificá-los para o trabalho e dar-lhes oportunidade de entrar na comunicação eletrônica.

Segundo registros da Secretaria de Saúde, de outubro de 2014 até fevereiro de 2019, os ACS cadastraram toda população da área de abrangência das UBS que contam com estes profissionais e digitaram no SISAB 85.562 cadastros domiciliares e 193.398 cadastros individuais, considerando que a cobertura populacional é de 324.300 pessoas, concluiu-se que 59,6% da população cadastrada no território pelos ACS já constam no SISAB.

Em fevereiro de 2015, o gestor da APS do município e sua equipe designaram um setor para ser responsável pela implantação do sistema no município, ficando então, a cargo da Supervisão de Gestão da Informação da Atenção Primária à Saúde, por meio de sua supervisora, a implantação da Estratégia e-SUS AB no município.

O primeiro passo foi realizar um diagnóstico das Unidades Básicas de Saúde para conhecer a realidade tecnológica destas. À época havia 63 (sessenta e três) UBS e algumas delas utilizavam um sistema de informação próprio, do tipo prontuário eletrônico, cuja plataforma era da iniciativa privada, que o município despendia de recursos financeiros para aquisição e manutenção dos serviços oferecidos por tal sistema.

Os registros desse diagnóstico retratam a realidade das 63 UBS, neste período, apenas 32 UBS possuíam conectividade para receberem o sistema e-SUS AB, os computadores estavam há muito tempo sem manutenção e não eram suficientes para a implantação, as UBS possuíam uma impressora cada e não havia um servidor disponível para armazenamento dos dados.

O gestor municipal, considerando a evolução tecnológica da atualidade, optou pela implantação do sistema por meio do cenário 6 sugerido pelo Ministério da Saúde. No sexto cenário, as UBS possuem todos os recursos tecnológicos necessários e conexão à internet rápida e disponível, assim os profissionais utilizam o sistema PEC com instalação *On-line*, com todas as suas funcionalidades e com informações sincronizadas em tempo real.

Com a realização do diagnóstico foi possível planejar os custos para a implantação gradativa do PEC, considerando as diferentes realidades de cada UBS.

A Portaria Municipal nº 8373 de 29 de abril de 2013, dispõe sobre a gestão da política de tecnologia da informação na administração pública municipal e regulamenta o fornecimento de serviços de tecnologia da informação para todos os setores da prefeitura. Assim, conforme registros de e-mails institucionais, foram realizadas reuniões entre a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) e a equipe da Subsecretaria de Tecnologia da Informação (SSTI) para elaboração do plano de trabalho de implantação do sistema, considerando as especificações do SISAB, que demanda instalação, armazenamento e transmissão de dados.

A partir das decisões entre as duas Subsecretarias ficou definido o cenário 6 de implantação da Estratégia e-SUS AB, que teria como prioridade a implantação gradativa do Prontuário Eletrônico do Cidadão em todas as UBS do município, porém até que fosse possível estruturar todas as UBS para receberem o PEC. Àquelas que não possuíssem infraestrutura para recebimento imediato do PEC iriam utilizar o sistema e-SUS AB por meio do preenchimento das Fichas CDS para digitação na Secretaria de Saúde, assim utilizariam o cenário 1 de implantação.

O servidor central foi disponibilizado pela SSTI até que a SSAPS pudesse adquirir tal equipamento para uso exclusivo para o e-SUS AB. A SSAPS seria responsável pela aquisição de todos equipamentos e conectividade para as UBS, assim como pelo treinamento e suporte aos profissionais das UBS. A SSTI forneceria apenas suporte tecnológico para instalação e manutenção dos equipamentos.

Os profissionais da Secretaria de Saúde, responsáveis pela implantação do e-SUS AB, receberam capacitação para instalação e uso do sistema, que foi disponibilizado pela Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais, realizado na Cidade Administrativa em Belo Horizonte, em maio de 2015.

Conforme constam em registros e folhas de assinatura de presença, no mês de junho de 2015, todos os profissionais da AB do município participaram de capacitação, em caráter de convocação pelo gestor municipal, para preenchimento das Fichas CDS e uso da CIAP, que seriam utilizadas até que cada UBS recebesse o PEC. Apenas os ACS, que já haviam sido capacitados e já trabalhavam com as fichas de cadastro, não participaram desta última capacitação. A capacitação foi organizada por categoria profissional, considerando que cada profissional utiliza Fichas CDS diferentes, e teve duração de um turno.

Após todos os profissionais terem sido capacitados foi publicada, em 09 de julho de 2015, a Nota Técnica nº 02/2015 sobre a implantação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB / Estratégia e-SUS AB no município de Juiz de Fora, que tratava do registro das informações em saúde geradas a partir dos atendimentos/procedimentos realizados, até a concretização da implantação do e-SUS. Concomitantemente, foi iniciado o processo de implantação do PEC na primeira UBS, que foi uma UBS da Região Nordeste.

Analisando os registros, verificou-se que a UBS foi escolhida por já utilizar o antigo sistema de prontuário eletrônico disponível na Secretaria de Saúde, assim, seria mais fácil apenas substituir o sistema, pois os profissionais já estavam mais habituados a utilizar o prontuário eletrônico.

Os profissionais da Secretaria de Saúde, responsáveis pela implantação do PEC, foram *in loco* capacitar os profissionais para utilização do sistema, segundo registros, foi adotado este tipo de conduta para maior aproximação destes profissionais com o sistema e com a aplicação deste na realidade da UBS, garantindo a viabilidade de seu uso. Assim, a implantação do PEC na primeira UBS, aconteceu em 31/08/2015.

Por ser a primeira UBS a receber o sistema foi demandado mais tempo de investimento, tanto dos profissionais que realizaram a capacitação, quanto dos profissionais de Tecnologia da Informação (TI) que prepararam o ambiente da UBS, o que é habitual em todo período de ambientação.

Em seguida, o PEC foi implantado em outra UBS, em 06/09/2015, desta vez numa UBS da Região Leste. A partir desta UBS, os registros mostram que toda implantação ocorria da seguinte maneira: um profissional da Secretaria de Saúde, vinculado à SIAPS, planejava os recursos de TI necessários, incluindo rede lógica

para conectividade, quantitativo de computadores, impressora e outros equipamentos de informática; a equipe da SSTI instalava estes equipamentos na UBS; e em seguida, os profissionais eram capacitados. Cada UBS recebia uma impressora e um quantitativo de computadores de acordo com o número de consultórios, variando entre 7 e 12 computadores por UBS.

É importante ressaltar, neste momento, que durante a pesquisa de documentos e registros relacionados à capacitação dos profissionais sobre o PEC no município, identificou-se que a Secretaria de Saúde utilizou tanto o termo capacitação, quanto o termo treinamento, para convocação dos profissionais. Porém, neste estudo, será utilizado o termo capacitação ao se referir a este processo.

A partir da segunda UBS toda capacitação foi realizada pela Supervisora da Supervisão de Gestão da Informação da Atenção Primária à Saúde (SIAPS), na Central de Dados da Secretaria de Saúde, onde haviam computadores suficientes para que todos os profissionais pudessem acessar o sistema ao mesmo tempo, num ambiente tranquilo para que pudessem aprender e discutir sobre as funcionalidades do PEC.

As turmas eram organizadas mesclando diferentes categorias profissionais, para que os profissionais percebessem a utilização do sistema pela equipe multiprofissional com, no máximo, 7 profissionais por turma, e duração de 4 horas, deixando livre para os profissionais participarem mais de uma vez caso permanecessem com dúvida. Além disso, mensalmente era disponibilizada outra capacitação para novos profissionais que viessem a compor o quadro de funcionários da UBS ou para àqueles que, mesmo após capacitação, permaneciam com dúvidas na utilização do PEC.

E desta forma, foi seguindo o processo de implantação do PEC para outras UBS, conforme Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Implantação do PEC nas UBS de Juiz de Fora, 2014-2019

UBS	Região Administrativa	Tipo	Equipes	Data de implantação do PEC
1	Nordeste	ESF	3	31/08/2015
2	Leste	ESF	3	06/09/2015
3	Norte	ESF	2	15/10/2015
4	Sudeste	ESF	2	20/10/2015
5	Norte	ESF	1	18/11/2015
6	Sul	Tradicional	-	18/11/2015
7	Sudeste	ESF	1	20/11/2015
8	Leste	ESF	3	07/12/2015
9	Sudeste	ESF	3	07/12/2015
10	Sudeste	ESF	2	12/01/2016
11	Leste	ESF	2	12/01/2016
12	Sul	ESF	4	20/01/2016
13	Sul	ESF	2	21/01/2016
14	Sul	ESF	3	21/01/2016
15	Nordeste	ESF	2	02/02/2016
16	Leste	ESF	2	02/02/2016
17	Centro	Tradicional	-	18/03/2016
18	Nordeste	ESF	1	18/03/2016
19	Norte	ESF	2	25/04/2016
20	Norte	ESF	3	25/04/2016
21	Norte	Tradicional	-	29/08/2016
22	Oeste	Tradicional	-	03/10/2016
23	Norte	ESF	3	03/10/2016
24	Nordeste	Tradicional	-	20/11/2016
25	Norte	ESF	2	20/11/2016
26	Norte	ESF	2	31/07/2017
27	Nordeste	ESF	1	31/07/2017
28	Norte	ESF	4	21/11/2017
Total	-	-	53	-

Fonte: DADOS SMS/JF – SIAPS (2019).

Para implantação do e-SUS AB, todo recurso com infraestrutura física e de recursos humanos e materiais fica à cargo do município. O custo para implantação do PEC em cada UBS, conforme Manual de Implantação do e-SUS AB, é de aproximadamente R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), só de equipamentos e estruturação de rede lógica para conectividade, variando de acordo com a estrutura de cada UBS (BRASIL, 2014b). Os custos com recursos humanos, também ficam à cargo do município.

Assim, conforme registros da Secretaria de Saúde, à medida que o sistema foi sendo implantado nas UBS, o orçamento foi ficando reduzido e a implantação foi ficando mais lenta. Atualmente o município possui 28 UBS com PEC, que representam 44% do total de UBS do município. Dentre estas UBS, 23 são UBS com saúde da família e 5 são UBS tradicionais. Considerando as 23 UBS com ESF, totalizam 53 equipes, representando 56% das eSF do município. Todas estão localizadas na região urbana e divididas nas 8 regiões administrativas do município, conforme Quadro 2.

As outras 35 UBS permanecem utilizando o cenário 1 do Ministério da Saúde, em que os profissionais preenchem as Fichas CDS e enviam para digitação na Secretaria de Saúde, até que o PEC seja implantado.

Conforme registros, as dúvidas, sugestões e problemas técnicos apresentados pelos profissionais nas UBS são encaminhados por telefone, e-mail e pessoalmente na reunião de supervisores que ocorre mensalmente, ou indo à Secretaria de Saúde, na sala da SIAPS. As dúvidas relacionadas à infraestrutura física e de equipamentos, quando não sanadas pela SIAPS, são encaminhadas por esta para a SSTI, que encaminha suporte técnico à UBS em momento oportuno ou, quando possível, orienta por telefone a solução para tal. Quanto as dúvidas de utilização do sistema, quando não sanadas por e-mail ou telefone, é agendada nova capacitação para estes profissionais, que geralmente ocorre todo mês. Aquelas dúvidas mais recorrentes são discutidas na reunião com todos os supervisores para que a solução possa ser compartilhada com todos os profissionais.

4.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Na conformação dos participantes foram investigadas as seguintes variáveis dos enfermeiros entrevistados: sexo, idade, nível de formação, tempo de atuação

profissional em anos, tempo de atuação profissional na atenção básica, se possui outro emprego, vínculo empregatício com a instituição e se recebeu treinamento para utilização do PEC. Assim sendo, a caracterização dos participantes foi exposta na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes, n=17, Juiz de Fora, 2019

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	16	94,1
Masculino	1	5,9
Idade		
31 a 40	6	35,3
41 a 50	5	29,4
51 a 60	6	35,3
Formação		
Especialização	15	88,2
Mestrado	2	11,8
Tempo de atuação profissional		
7 a 12 anos	6	35,3
13 a 18 anos	4	23,5
19 a 24 anos	3	17,6
25 anos ou mais	4	23,5
Tempo de atuação na AB		
1 a 6 anos	3	17,6
7 a 12 anos	5	29,4
13 a 18 anos	5	29,4
19 a 24 anos	3	17,6
25 anos ou mais	1	5,9
Possui outro emprego?		
Sim	2	11,8
Não	15	88,2
Vínculo Empregatício		
Efetivo	17	100
Treinamento para utilização do PEC		
Sim	17	100
Total	17	100

Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

Machado *et al.* (2016a) mostram que a equipe de enfermagem em Minas Gerais é predominantemente feminina onde 84,7% dos participantes da pesquisa foram mulheres. No presente estudo 94,1% dos participantes são do sexo feminino, demonstrando consonância com a pesquisa de Machado *et al.* (2016a).

Quanto à idade, percebeu-se um equilíbrio nas faixas etárias dos participantes do estudo. Esse resultado diferiu dos resultados da pesquisa de Machado *et al.* (2016a), na qual 38,5% dos enfermeiros possuem entre 31 e 40 anos; 15,2% dos enfermeiros possuem entre 41 e 50 anos; e 6,9% possuem entre 51 e 60 anos. Percebeu-se semelhanças entre os enfermeiros do município com os dados de Minas Gerais, na faixa etária de 31 a 40 anos. Assim, o resultado demonstra que o perfil etário dos enfermeiros da AB do município tende a apresentar um equilíbrio entre as faixas etárias, apresentando maior concentração de enfermeiros acima de 40 anos quando comparado a mesma faixa etária de enfermeiros em Minas Gerais.

Segundo Machado *et al.* (2016a; 2016c), indivíduos nesta faixa etária se encontram na fase denominada “Maturidade profissional” que é caracterizada por profissionais mais especializados, em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem, e ainda, se encontram em fase de se firmar profissionalmente e de se consolidarem no mercado de trabalho. Assim infere-se, ter mais profissionais nesta faixa etária representa para o município contar com profissionais mais produtivos e estabilizados no trabalho, proporcionando maior qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Quanto ao nível de escolaridade dos participantes, a maioria possuía especialização *lato sensu*. Entre os enfermeiros 88,2% possuem especialização *lato sensu* ou residência e 11,8 possuem mestrado acadêmico. Esses resultados também foram detectados em outra pesquisa em Minas Gerais, sendo eles: 85,6% especialização *lato sensu* e residência; e 8,9% mestrado acadêmico (MACHADO *et al.*, 2016a; 2016b).

Conforme Machado *et al.* (2016a; 2016b), a busca dos enfermeiros por especialização está diretamente associada à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções mais complexas e que demandem maior destreza cognitiva. Outra observação é que os enfermeiros, cada vez mais precocemente, buscam a formação na modalidade *stricto sensu*, qualificando-os para seguir carreira na assistência, na academia ou na gestão do sistema de saúde (MACHADO *et al.*, 2016b).

Além disso, o programa Proficiência e outras iniciativas de aprimoramento promovidas pelo COFEN/COREN revelaram que 94,5% dos enfermeiros e 98% dos

profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares) do Brasil estavam participando em tais atividades (MACHADO *et al.*, 2016b).

Estes dados vêm corroborar com os dados etários dos participantes, que caracterizam uma fase em que os profissionais se encontram, quase sempre, com diploma de especialistas em mãos e com a certeza quanto a área em que vão se firmar profissionalmente, o que favorece a qualidade do cuidado prestado na AB no município.

Analisando o tempo total de atuação profissional e o tempo de atuação na AB é possível perceber que a maioria dos profissionais atuaram a maior parte do tempo na AB, alguns, inclusive, atuaram somente na AB durante toda a vida profissional. Santos, Romano e Engstrom (2018), afirmam em sua pesquisa que existe uma relação entre o vínculo e os demais atributos da AB de forma a concretizar a responsabilidade da equipe pelo cuidado de indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, as autoras afirmam que o vínculo é essencial para o cuidado integral e o modelo da Saúde da Família, em consonância à PNAB, pois favorece a procura do usuário ao serviço de saúde e o reconhecimento deste como fonte de atenção às suas necessidades de saúde, à medida que os serviços sejam mais resolutivos. Assim, ter profissionais há mais tempo na AB favorece o vínculo entre estes e os indivíduos, família e comunidade, promovendo o princípio da longitudinalidade e fortalecendo a AB do município.

Com relação ao número de atividades profissionais, a maioria dos participantes possui somente 1 atividade, representando 88,2% dos participantes. Corroborando com os dados da pesquisa da FIOCRUZ/COFEN em Minas Gerais, que apresentou que 63% dos enfermeiros no estado possuem apenas 1 atividade profissional na enfermagem (MACHADO *et al.*, 2016b). O achado significa para o município ter enfermeiros na AB dedicados somente às atividades das UBS, o que também favorece a qualidade do cuidado. Porém, assim como apresenta Machado *et al.* (2016c), pode haver outras atividades informais, que os autores chamam de “bicos” que os profissionais não relatam como atividade profissional por não ser atividade com contratação formal.

A tipologia profissional dos entrevistados foi, em sua totalidade, no regime estatutário efetivo. Isso deve-se ao fato de os critérios de inclusão da pesquisa

incluírem o tempo de serviço superior a 1 ano nos critérios de inclusão, já que o município não possui profissionais temporários com tempo superior a este.

A pesquisa de Machado *et al.* (2016c) mostra que os profissionais de enfermagem de Minas Gerais também pertencem, em sua maioria, ao regime estatutário. Tal fato corrobora com os demais achados desta pesquisa no sentido de favorecer o vínculo dos enfermeiros com os usuários, fortalecendo os princípios da longitudinalidade e integralidade da AB do município.

Todos os entrevistados relataram ter recebido capacitação para utilização do PEC, indo ao encontro das recomendações dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, que, conforme os pareceres técnicos COREN-RS 19/2016 e COREN-SP 010/2015, recomenda a capacitação dos profissionais enfermeiros para utilização do PEC e de suas funcionalidades.

4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

A partir deste item serão apresentados os resultados dos dados obtidos nas 17 entrevistas individuais e submetidos ao *software* IRaMuTeQ. A partir dos resultados da presente pesquisa foi possível perceber as semelhanças entre os discursos dos enfermeiros sobre a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão nas diferentes situações que envolvem o processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica do cenário de estudo.

O programa IRaMuTeQ identificou o contexto em que as palavras ocorreram e colocou em evidência as diferentes temáticas abordadas no corpus analisado por meio de uma análise lexical do material textual, sob as quais se articulou o discurso, dando origem às classes hierárquicas. Essas classes foram identificadas a partir dos ST que compartilhavam os mesmos vocábulos, facilitando o pesquisador conhecer seu teor.

O corpus geral foi constituído por dezessete textos, representados por dezessete entrevistas semiestruturadas. Os dezessete textos foram separados em 512 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 441 ST (86,13%), o que significa que 86,13% de todo o corpus foi analisado pelo IRaMuTeQ. Emergiram 17.982 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.184 palavras distintas e 618 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes:

Classe 1, com 105 ST (23,81%); Classe 2, com 69 ST (15,65%); Classe 3, com 67 ST (15,19%); Classe 4, com 89 ST (20,18%); e Classe 5, com 111 ST (25,17%).

A partir da lógica de correlação entre os ST e seus vocabulários, aplicou-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e foram obtidas 5 classes.

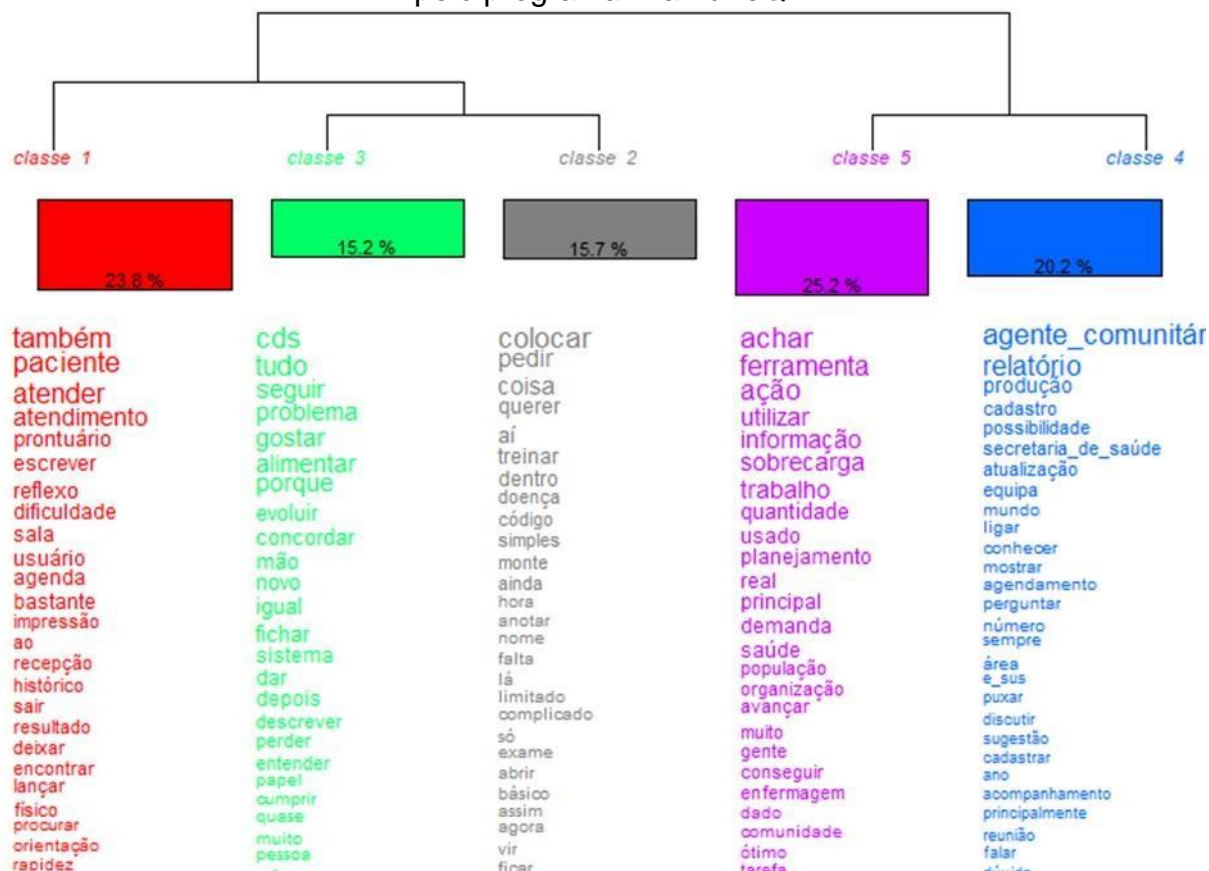
Cada classe recebeu uma denominação de acordo com os vocábulos mais frequentes e mais significativos, conforme consta a seguir:

- Classe 1: Os reflexos do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão para os usuários na Atenção Básica
- Classe 2: As dificuldades e as sugestões para melhorias no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão pelos enfermeiros na Atenção Básica
- Classe 3: As facilidades e potencialidades no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica
- Classe 4: O uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão para a gestão das informações na Atenção Básica
- Classe 5: O Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta de trabalho do enfermeiro para a gerência do cuidado na Atenção Básica

Na Figura 1 tem-se o dendrograma (dendro = árvore), que representa a partição do corpus em ST, identificando por meio de cores; fazendo indicação do tamanho de cada classe; e organizando a disposição dos vocábulos.

O dendrograma de CHD (Figura 1) permitiu compreender as expressões e cada uma das palavras proferidas pelas participantes, analisando-as a partir de seus lugares e inserções sociais (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Figura 1: Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizado pelo programa IRaMuTeQ



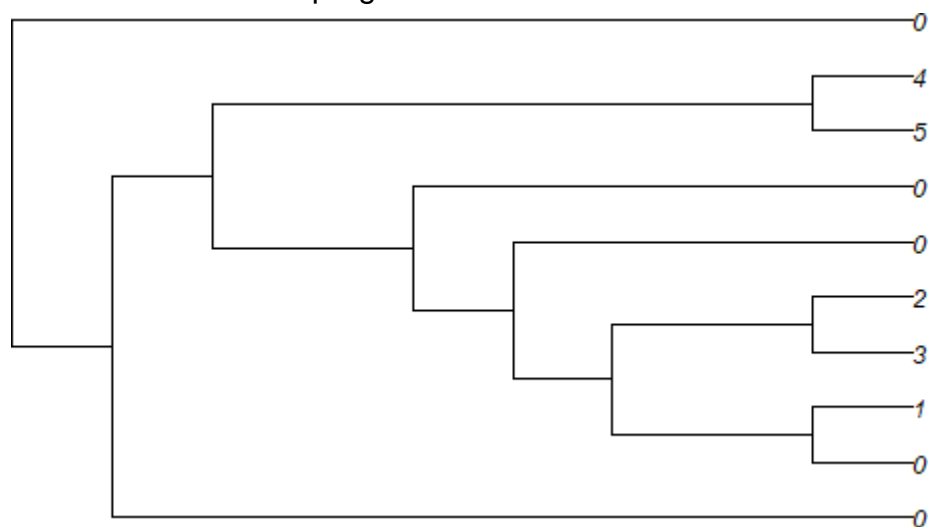
Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

Na Figura 2 tem-se uma melhor ilustração das relações interclasses, seguindo a ordem em que as divisões aconteceram. Observa-se, num primeiro momento, que o corpus foi dividido em dois subgrupos, porém um destes subgrupos não resulta em nenhuma classe, e o outro novamente se subdivide em dois. Desta nova divisão, um dos subgrupos não resulta em nenhuma classe e o outro subgrupo é novamente subdividido em dois. Um destes subgrupos se subdivide e resulta nas classes 4 e 5.

O outro subgrupo se divide mais três vezes, até que um de seus subgrupos resultam nas classes 2 e 3, e o outro subgrupo resulta na classe 1. Isso significa que as classes 4 e 5 possuem menor relação ou proximidade com as classes 3, 2 e 1. A classe 4 possui mais relação ou proximidade com a classe 5, assim como a classe 2 possui maior relação ou proximidade com a classe 3, e a classe 1, apesar de estar numa segunda divisão, também possui relação ou proximidade com as classes 3 e 2.

A CHD parou aqui, pois as cinco classes mostraram-se estáveis, isto é, compostas por Unidades de Contexto Elementar (UCE) com vocabulário semelhante.

Figura 2 – Árvore da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizado pelo programa IRaMuTeQ



Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

Apresenta-se a seguir um detalhamento dos resultados de cada classe, de acordo com a sua aparição descrita anteriormente, com a intenção de conhecer o contexto dos discursos dos participantes. Vale ressaltar que as categorias foram apresentadas de acordo com os objetivos propostos. No Quadro 3 tem-se a denominação dessas classes que por afinidade foram associadas para formarem dois conjuntos de classes que representaram as categorias, que serão analisadas oportunamente.

Quadro 3- Categorias emergidas das entrevistas dos participantes, 2019

Categorias	Classes	Denominação das Classes
O Prontuário Eletrônico do Cidadão na gestão da informação e na gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica	Classe 4	O uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão para a gestão das informações na Atenção Básica
	Classe 5	O Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta de trabalho do enfermeiro para a gerência do cuidado na Atenção Básica
Repercussões do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica	Classe 3	As facilidades e potencialidades no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica
	Classe 2	As dificuldades e as sugestões para melhorias no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica
	Classe 1	Os reflexos do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão para os usuários

Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

Conforme se observa, os resultados foram divididos em duas categorias, que serão apresentadas em capítulos.

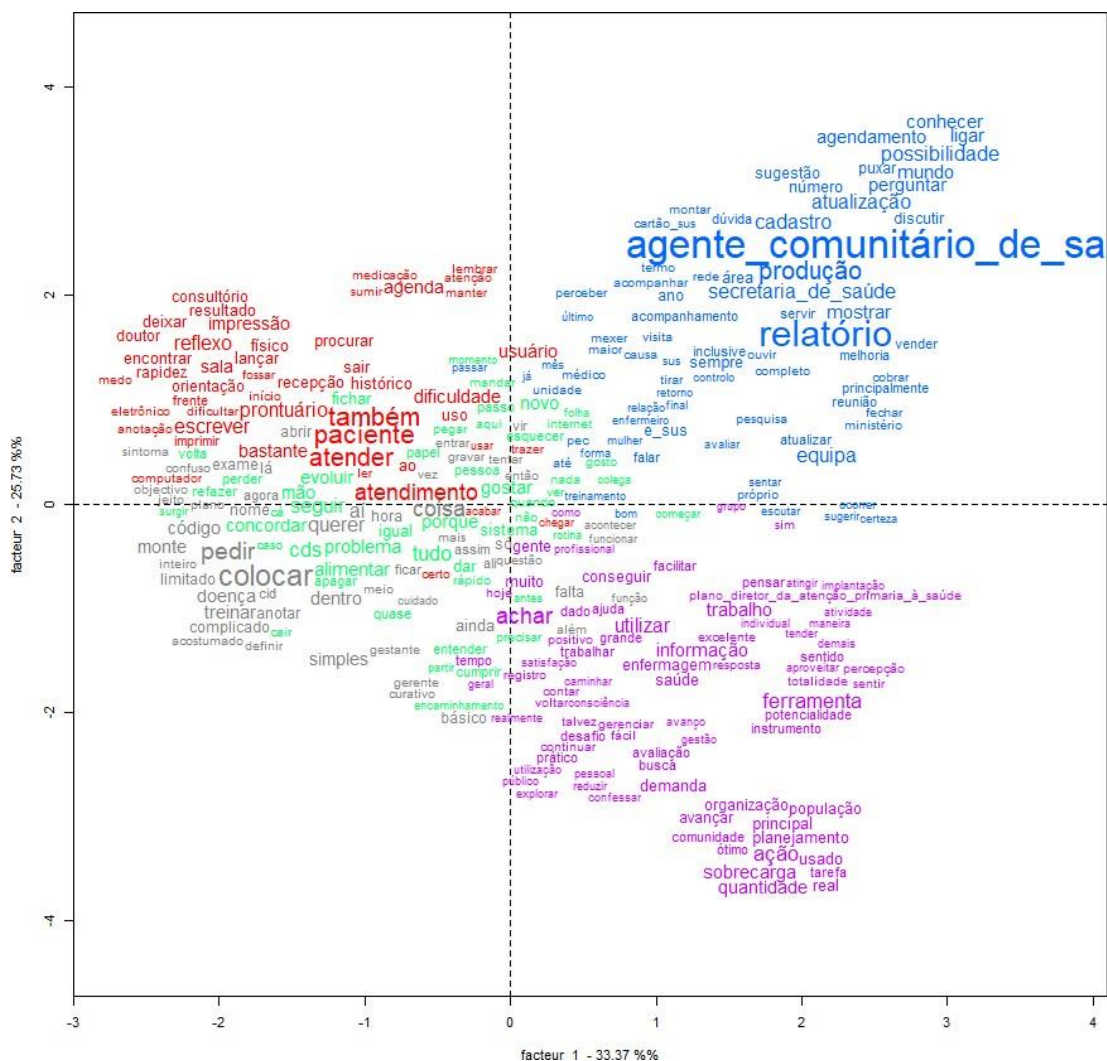
É importante esclarecer que as classes 4 e 5; e as classes 3, 2 e 1 estão dispostas em conjunto, pois entre elas existiu similaridade/aproximação dos discursos das participantes, definidos pelo *software*. As classes 4 e 5 foram formadas primeiro porque é o contexto mais explícito no corpus.

Faz-se necessário pontuar que, na conformação da discussão dos resultados, a análise dos dados se deu articulando e relacionando a análise da pesquisa documental, as duas categorias e as cinco classes, isto é, pode-se perceber que muitos aspectos discutidos em uma categoria e classe, por exemplo, foram retomados em uma outra categoria e classe, porém, observados por um diferente ângulo compreensivo.

A Figura 3 representa a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da Classificação Hierárquica Descendente do IRaMuTeQ, em que todas as palavras do corpus estão

distribuídas num plano fatorial agrupadas por classes, onde é possível visualizar as palavras que se destacam em cada classe de conteúdo categorizada. A Figura 3 também facilita a percepção da relação/aproximação entre as cinco classes, principalmente da classe 3 (verde), que se apresenta em todas as demais classes, principalmente das classes 1 e 2, das quais ela foi a subdivisão do meio no dendrograma.

Figura 3 - Análise Fatorial Confirmatória da Classificação Hierárquica Descendente realizada pelo programa IRaMuTeQ



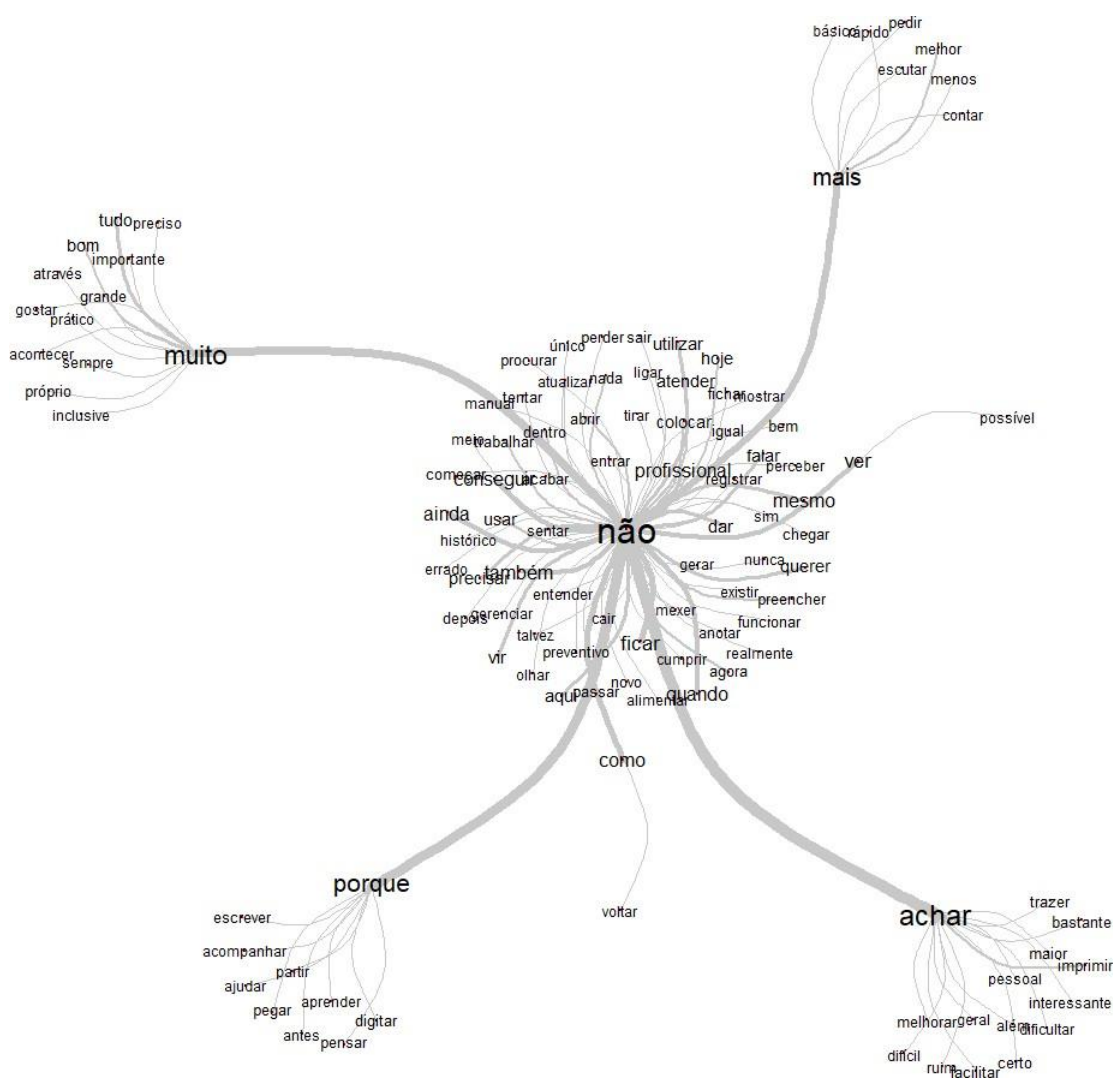
Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

Na Figura 4 tem-se a Análise de Similitude, que são palavras presentes no corpus textual que tiveram similitudes entre si e que permitiram visualizar a frequência, a disposição e a integração dessas palavras.

Portanto, a Análise de Similitude permite identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre elas, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, diferenciando também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Essa análise de semelhanças permitiu visualizar a relação entre os vocábulos e a sua conectividade dentro de cada classe e, por outro lado, a ligação entre as várias classes. Com essa análise conseguiu-se perceber como as palavras se relacionam para descreverem o Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta para a gerência do cuidado.

Figura 4- Resultado da Análise de Similitude



Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

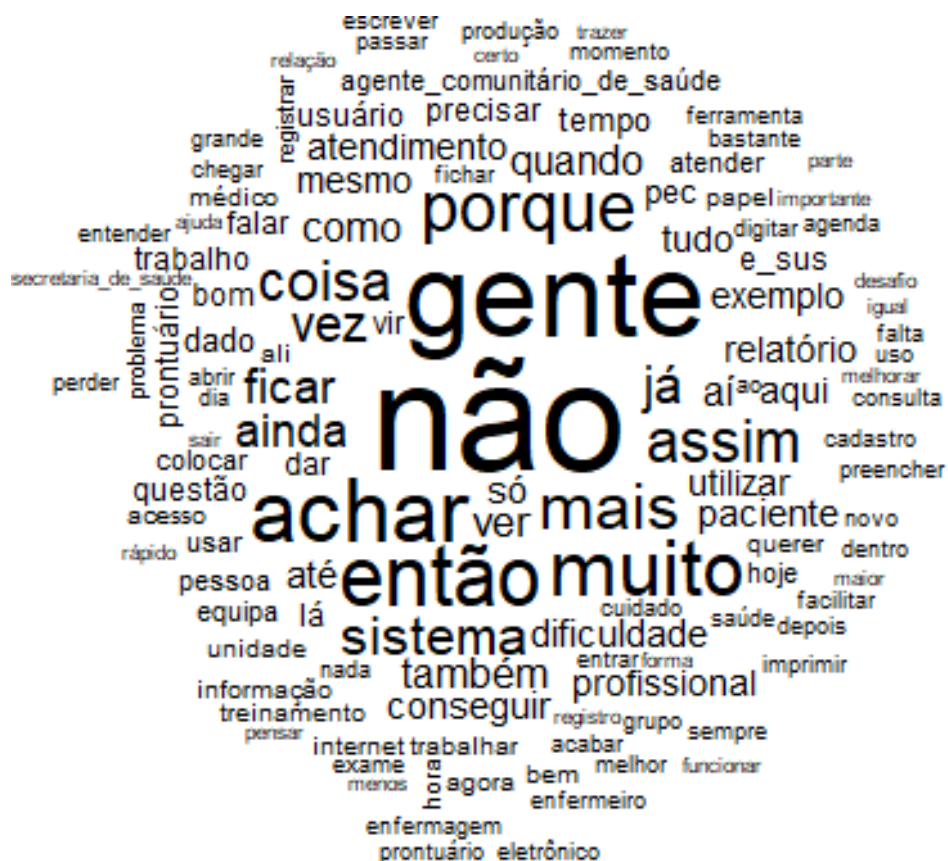
Por meio da análise de similitude pôde-se identificar a estrutura, o núcleo central e o sistema periférico da interpretação dos enfermeiros sobre a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta para a gerência do cuidado.

Verificou-se um grande eixo organizador da análise por meio da palavra “não”, isto é, os participantes apresentam muitos impedimentos para a efetivação do PEC como ferramenta para a gerência do cuidado, representados pelo vocábulo “não”.

Na zona periférica, os vocábulos “muito”, “mais”, “porque” e “achar” concebem os 4 eixos periféricos da análise de similitude que, diferentemente do eixo central, representam os benefícios, facilidades e potencialidades da utilização do PEC pelos enfermeiros.

Já na Figura 5 tem-se a nuvem de palavras, que agrupou tais vocábulos e os organizaram graficamente em função da sua frequência, e foi uma análise lexical mais simples, porém, um esboço importante para visualização, pois possibilitou a rápida identificação das palavras-chave do corpus (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Figura 5 - Resultado da Nuvem de Palavras



Fonte: DADOS DA PESQUISA (2019).

Na nuvem das palavras mais evocadas pelos participantes destacaram-se: não, gente, muito, sistema, relatório e achar. Também foram visualizadas palavras como informação, prontuário, treinamento, dificuldade, registrar, PEC, cuidado.

O destaque apresentado ao vocábulo “não” na nuvem de palavras, vêm corroborar com o resultado da análise de similitude, em que se verifica que os enfermeiros apresentam impedimentos para a efetivação da utilização do PEC como ferramenta para a gerência do cuidado.

A seguir iniciam-se as apresentações sobre as análises das categorias e das classes.

4.3.1 Categoria 1: O Prontuário Eletrônico do Cidadão na gestão da informação e gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica

Esta categoria contemplou especificamente os resultados dos dados referentes às classes 5 e 4, e da pesquisa documental.

4.3.1.1 Classe 4: O uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão para a gestão das informações na Atenção Básica

Na classe 4 encontra-se o discurso dos enfermeiros sobre o uso dos relatórios do PEC para a gestão das informações na AB, principalmente àquelas informações relacionadas à coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde e à produção dos profissionais. Os vocábulos “agente comunitário de saúde” e “relatório” foram os que mais se destacaram e apresentaram maior significância.

Ao questionar aos profissionais sobre como ocorre a gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica a partir do PEC e-SUS AB, percebeu-se duas vertentes para as respostas, uma relacionada ao uso dos relatórios para controle das atividades desenvolvidas e da produção dos profissionais e outra relacionada ao planejamento das ações de saúde dos usuários baseado nas informações adquiridas com o uso do sistema. Esta segunda será abordada, em seguida, na classe 5.

Na classe 4 fica evidente o papel do enfermeiro na gestão/coordenação do trabalho dos ACS e a importância do trabalho destes profissionais para a qualidade dos relatórios.

Para o enfermeiro, nesse papel de coordenador da equipe, de coordenador do trabalho dos agentes comunitários de saúde, eu acho que o PEC é um excelente instrumento, porque a gente tem a possibilidade de vários relatórios, a gente consegue acompanhar a produção da equipe (Spica).

Os relatórios vêm para nos auxiliar, neste sentido eu utilizo sim, utilizo muito os relatórios, principalmente enquanto supervisora da unidade até pra monitorar os outros profissionais da unidade também (Castor).

Você consegue ver também o acompanhamento do agente comunitário de saúde com relação a visita e cadastro, então é uma forma de você supervisionar o serviço, muito melhor do que cobrar a ficha de assinaturas das visitas, então facilita (Deneb).

[...] mas em termos estatísticos eu não tenho como fazer estatística nenhuma porque eu não posso fazer uma estatística eu deveria ter toda minha área cadastrada pra saber o que eu estou atendendo [...] Qual a aplicabilidade do e-sus pro usuário e pra eu montar um trabalho de prevenção se o agente comunitário de saúde não faz o trabalho dele, pra mim serviu porque até o pensamento do usuário, eu vou digitando, digito todos os exames e tal, mas o que eu faço com esses dados, é frustrante (Nashira).

Nesta última fala, Nashira faz uma crítica aos dados disponíveis no PEC, e destaca a importância do trabalho do ACS para a qualidade das informações a serem extraídas dos relatórios. Os dados de territorialização, oriundos do cadastramento dos indivíduos e do território, realizado pelos ACS, são a base do sistema para o fornecimento dos relatórios.

Considerando tal relevância do trabalho dos ACS para a obtenção dos relatórios do PEC, infere-se que as UBS que contam com a Estratégia Saúde da Família, que por sua vez, contam com estes profissionais na composição das equipes, têm melhor utilização do PEC para o planejamento das ações de saúde e para a gerência do cuidado de enfermagem.

Abaixo destacam-se as falas dos participantes sobre a utilização dos relatórios do PEC para contabilizar a produção dos profissionais da equipe. Os profissionais destacam a praticidade de se obter estes dados por meio do PEC, permitindo maior controle do trabalho da enfermagem e da equipe no geral.

O relatório que eu uso, são aqueles relatórios pra preencher o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, aí eu uso os relatórios, eu abro todos os atendimentos individuais com os procedimentos, aqueles relacionados à produção, eu não tenho dificuldade em preencher nada não...assim o que foi ensinado eu tento utilizar da forma mais completa (Sarin).

Então, a gente trabalha mensalmente os relatórios quando vai fechar a produção das equipes, tanto eu quanto a outra enfermeira, e aqui por ser uma unidade de ensino, eu acho que a gente tem que ter um compromisso maior ainda com essa turma que tá formando aí, pra eles terem acesso, conhecerem os relatórios (Spica).

Na minha equipe a gente, tanto eu quanto a médica, a gente vai fazendo a produção manualmente e depois a gente compara com o relatório do PEC... na outra equipe, a enfermeira e a médica já fazem o fechamento do Programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) e do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) pelo relatório mesmo, então sempre no final do mês a gente sempre

tira o relatório, utiliza e vê a base do atendimento, tudo direitinho.(Mizar).

Por meio dos relatórios é possível fazer o acompanhamento de como está a atenção de enfermagem, o PEC veio facilitar o acesso à informação e a história do usuário do sus, é possível fazer pesquisa e ver pendências de atendimento (Misam).

É importante assinalar, neste momento, que o termo gestão da informação foi empregado neste estudo como referência a um instrumento que tem por objetivo o “gerenciamento da aquisição, organização, recuperação e disseminação da informação em saúde” (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2017).

Isso posto, entende-se que os enfermeiros estão utilizando os relatórios do PEC para a gestão das informações relativas às ações realizadas pelos ACS, que estão sob sua coordenação, suas próprias ações e até mesmo às ações dos profissionais da equipe no geral, de modo que os dados apontam que os relatórios estão contribuindo, em parte, naquilo que representam dentro do contexto do PEC.

Em sua pesquisa, Fernandes *et al.* (2015) verificaram que o planejamento das ações de gerência do cuidado, realizadas pelos enfermeiros, apresenta certa dependência das informações sobre as famílias inseridas no território, as quais são repassadas pelos ACS.

Conforme a PNAB, o enfermeiro é o profissional que deve supervisionar as ações do ACS (BRASIL, 2017a). Para tal, Fernandes *et al.* (2015) ressaltaram que o enfermeiro pode lançar mão de reuniões com estes profissionais, que irão contribuir com seu trabalho na AB, vez que este profissional adentra ao território da família e estabelece gradativamente o vínculo numa perspectiva da atenção longitudinal e que fomenta a construção do plano de cuidados. Tal fato é destacado na fala da participante Nashira nesta classe, que ressalta a importância de se contar com os dados oriundos das ações dos ACS para o planejamento em saúde.

Considerando tal importância do trabalho dos ACS para a garantia dos princípios do SUS e para a qualidade das informações que serão geridas pelos enfermeiros e demais membros da equipe, faz-se uma crítica à nova PNAB, que em seu texto faculta a presença do ACS na equipe mínima de profissionais da ESF. Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam que o ACS deve ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de AB.

Assim, facultar a presença deste profissional na AB compromete processos já instituídos na ESF como a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território, o que vem desestabilizar o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O enfermeiro deve planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, bem como facilitar a relação entre estes e os profissionais da UBS, colaborando para o planejamento da atenção à saúde, qualificação do acesso, vínculo, acolhimento e orientação da atuação da equipe em função das prioridades de saúde (FERNANDES *et al.*, 2015).

Jonas, Rodrigues e Resck (2011) observaram em seu estudo que o enfermeiro assumia o papel de gerente, coordenando, administrando e gerenciando o trabalho das UBS e dos membros da equipe, olhando não só para o trabalho do auxiliar de enfermagem e dos ACSs, mas tendo que ampliar este olhar para toda a equipe.

A atividade de gerência está sempre presente no trabalho do enfermeiro, pois estabelece uma relação dialética com o assistir, assim, torna-se imprescindível trazer à discussão sobre instrumentos que possam potencializar a análise e avaliação do trabalho, buscando, com isso, o desenvolvimento do “cuidado em enfermagem” (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

Os participantes deste estudo relacionaram o uso dos relatórios e ferramentas do PEC para o consolidado dos atendimentos dos profissionais a ser encaminhado para avaliação dos gestores referente ao Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde do Município de Juiz de Fora (PDAPS/JF) e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O PDAPS constitui-se na “principal diretriz para a estruturação da ESF, no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, cujo desenvolvimento prevê a melhoria dos processos da AB” (JUIZ DE FORA, 2014, p. 13). Desde sua implementação no município, o monitoramento e gestão das informações do PDAPS estão vinculados ao repasse de recursos do PMAQ.

A Lei Complementar Municipal nº 49, de 1 de julho de 2016, institui no município de Juiz de Fora o incentivo financeiro para o desenvolvimento do PDAPS através do PMAQ-AB abrangendo ou não saúde bucal e para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO),

cria a Gratificação de Incentivo à Produtividade na Atenção Primária e nos Centros de Especialidades Odontológicas (GIP) e dá outras providências.

Conforme art. 1º desta lei, o pagamento da gratificação será destinado aos profissionais das equipes da AB, com ou sem saúde bucal e aos profissionais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), baseando-se no cumprimento de metas e terá por escopo o desenvolvimento do PDAPS/JF, com recursos financeiros advindos do PMAQ-AB, e PMAQ-CEO, de que tratam as Portarias GM/MS nº 1654/2011, nº 1645/2015 e nº 1599/2015.

O PMAQ é um programa do Ministério da Saúde, que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de AB, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população e busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde em todo o Brasil. O PMAQ envolve fases que se complementam e formam um ciclo contínuo, uma destas fases envolve a avaliação de desempenho, com foco na produtividade, dos profissionais das equipes de AB contratualizadas, a este processo que os enfermeiros se referem ao utilizar os relatórios do PEC, conforme regulamentado na lei 49/2016/PJF (JUIZ DE FORA, 2016).

Contudo, a avaliação de desempenho de trabalhadores é desenvolvida de forma sistematizada desde o advento do taylorismo e foi sendo aperfeiçoada ao se considerar a necessidade de as organizações contarem com instrumentos para estimular o trabalhador a adotar ou reforçar determinadas atitudes (CARVALHO *et al.*, 2014). Para estes autores, avaliar envolve comparar resultados alcançados com o que foi planejado, e pressupõe a existência de algum mecanismo de acompanhamento. Eles apontam que a avaliação de desempenho é complexa, ao passo que envolve, além das competências inerentes ao indivíduo, as relações interpessoais, do ambiente de trabalho e as características da organização (CARVALHO *et al.*, 2014).

Neste sentido, o PEC, enquanto ferramenta que auxilia também no registro de produtividade da equipe multiprofissional das UBS, irá permitir a gestão dos aspectos qualitativos e quantitativos relativos às ações realizadas durante os atendimentos aos pacientes (RIBEIRO, *et al.*, 2018).

Porém, o PEC permite mais do que o simples monitoramento da produtividade dos profissionais, conforme emergem os dados nesta classe. Apesar de ser destacada a importância do trabalho dos ACS para a qualidade dos relatórios do PEC no planejamento em saúde, fica evidente nesta classe o enfoque dado ao aspecto quantitativo das informações, visando mais o controle das atividades desenvolvidas do que o planejamento das ações de saúde. Gonçalves *et al.* (2016) constataram esse fato em seu estudo, e afirmaram que os enfermeiros da amostra, majoritariamente, utilizavam os sistemas de informação mais como ferramenta para lançamento e registro dos dados, e pouco no que se refere à análise que subsidia o planejamento das ações.

Silva *et al.* (2018) também perceberam a valorização dos aspectos quantitativos na utilização do PEC pelos profissionais entrevistados. Os autores destacam que seus achados denotam o reconhecimento da tecnologia enquanto instrumento de um processo de trabalho com características próprias que, apesar de sua potência intersubjetiva, tem sua ênfase no êxito técnico, onde se valoriza a produção de números, indicadores, metas e a padronização do cuidado, tal fato, desconsidera o agir crítico dos indivíduos que constroem práticas de trabalho nas relações e nos encontros. Neste sentido, o PEC se torna “apenas mais um elemento da parafernália burocrática”, conforme concluem os autores (SILVA *et al.*, 2018, p. 3125).

Nesta classe observou-se uma visão mais quantitativa dos enfermeiros, que demonstraram maior preocupação com as atividades de monitoramento da produção dos profissionais da equipe do que com a obtenção de informações para o planejamento em saúde e para a gerência do cuidado de enfermagem. Desta forma, infere-se que o PEC contribui, ainda, de forma não consubstancial para a gestão das informações na AB.

4.3.1.2 Classe 5: O Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta de trabalho do enfermeiro para a gerência do cuidado na Atenção Básica

Na classe 5 encontra-se o discurso dos enfermeiros sobre o uso do PEC como ferramenta de planejamento que subsidia a gerência do cuidado de enfermagem. Os vocábulos “achar”, “ferramenta”, “ação”, “utilizar”, “informação”, “sobrecarga”,

“trabalho” e “planejamento” retratam bem essa classe e foram vocábulos que tiveram destaque e significância consideráveis.

Ao serem questionados sobre como ocorre a gerência do cuidado a partir do PEC e sobre quais as implicações do PEC para a gerência do cuidado, os participantes relataram:

O e-sus ajuda muito em relação à gerência do cuidado, por exemplo, planilhas que você quer tirar, ele já tem tudo pronto, a partir do momento que você vai atualizando ele já tá pronto lá, então você não precisa ficar fazendo esse levantamento toda hora... no e-SUS você consegue ter acesso a isso tudo, então ele tanto ajuda na assistência, quanto na parte administrativa, assim, fora a organização, a leitura, porque tem letras, às vezes, que você não consegue ler (Sirius).

A gerência do cuidado ocorre por meio da busca de informações, de dados de registros, tanto pessoais, quanto de consultas, porque a partir dessa busca que a gente consegue direcionar os atendimentos, focando na demanda do usuário, fica mais direcionado porque reúne várias informações, então fica bem mais fácil (Canopos).

Os relatórios nos possibilitam saber que quantidade e que tipo de grupo estamos atendendo, o que estamos fazendo mais, demanda espontânea ou cuidado continuado, que é o foco da AB. Os impressos e os relatórios do PEC, vêm para nos auxiliar neste sentido (Castor).

Você vai ter uma busca de informação muito mais rápida, a gente pode programar melhor as ações de saúde, em cima do que a gente pesquisa, ao extrair os relatórios, é possível analisar melhor o perfil da população, e isso eu acho que é um ganho muito grande (Adhara).

Eu acho que o PEC te orienta mais, você tem uma continuidade, conforme é a enfermagem, então eu acho que com o PEC você consegue ver aquilo que o médico faz, juntamente com aquilo que você faz, dá pra gente ter um trabalho de equipe propriamente dito, pelo menos eu vejo por ai (Nashira).

Então, antigamente, a gente tinha os relatórios, que eram digitados à distância, e era muito difícil a gente ter o retorno das informações, e hoje a gente tem a informação em cima da mesa da gente. Então o acesso é muito melhor, e a possibilidade mesmo, de você planejar em cima de dados epidemiológicos, de dados reais da sua população, da sua comunidade, verificar a faixa etária mais predominante, quais são as doenças que mais ocorrem pra você fazer um planejamento de saúde mais pautado em dados reais, então nesse sentido eu acho que ele é uma ferramenta muito boa, foi um avanço muito grande. O PEC é uma excelente ferramenta, que eu considero até um marco assim na prática profissional... eu acho que gerir o cuidado de enfermagem é ter acesso a esses dados e conseguir, a partir desses dados, fazer um planejamento com a equipe (Spica).

Eu acho que facilita muito porque, antes, se você precisasse de alguma informação, precisava solicitar para os agentes de saúde

fazerem a contagem, então hoje, facilita muito, porque você consegue ter essa visão da realidade sem depender tanto dos agentes comunitários de saúde... contribuiu em relação a tudo pra organização do serviço em geral (Deneb).

Os enfermeiros percebem a gerência do cuidado de enfermagem como o planejamento e a organização das ações de saúde voltadas para o perfil epidemiológico da população que é atendida na UBS. A gerência do cuidado de enfermagem é associada às informações obtidas por meio dos relatórios fornecidos no PEC. Para os enfermeiros, o PEC facilitou a gerência do cuidado, pois trouxe para mais perto as informações de saúde da comunidade em que atuam.

Contudo, ainda nesta classe, os participantes ressaltam que o PEC ainda não é utilizado tanto e como deveria, devido a sobrecarga de trabalho e a não valorização da ferramenta por todos os profissionais.

Fora o que eu já falei de como ajuda na organização e no acesso, infelizmente, a questão do desafio, é a sobrecarga de trabalho muito grande, os profissionais da atenção primária à saúde ficam sobrecarregados, pois tudo é atribuído à atenção primária à saúde [...] não dá tempo da gente digitar por causa da sobrecarga de trabalho (Sirius).

Agora que eu estou começando a ver a questão dos relatórios, inclusive, fomos chamados na secretaria de saúde para fazer um treinamento, eu já tive esse treinamento em outros momentos, só que se a gente não praticar, a gente esquece. Então, o treinamento que eu tive, foi como se eu não tivesse visto nada disso antes, porque é aquilo que eu te falei, a demanda está me engolindo eu não estou tendo tempo de sentar para poder gerenciar as informações do e-sus AB, a gente faz o básico (Arcturo).

Um desafio pra mim, não sei se para outros profissionais, é utilizar o sistema em sua totalidade, eu não faço isso, atribuo talvez, a sobrecarga de ações, são muitas ações, é muita gente demandando a todo momento alguma coisa, então a gente acaba fazendo só o básico (Castor).

Então hoje eu tenho uma satisfação muito grande, eu só acho que a gente ainda está um pouco engatinhando no uso dessas informações sabe, ainda não tem assim, uma consciência coletiva dentro da equipe, sobre como trabalhar elas (Spica).

Olha, eu acho que isso foi uma ferramenta de trabalho que, pra nós, trouxe assim, muita tranquilidade, eu acho que ele trouxe assim, uma certa segurança no atendimento, no sentido de dar continuidade ao trabalho... mas eu acho que ele é uma ferramenta ainda, que não está sendo utilizado na totalidade por todos os profissionais, ela ainda não

é uma ferramenta que é utilizada ainda na sua plenitude, sabe (Kastrá).

Então, eu acho que tem que sensibilizar mais os outros profissionais também, as vezes você acessa um prontuário, doído querendo saber alguma coisa, e quando você abre não tem nada, não preencheu nada, só colocou alguns dados, mas não preencheu nada (Zeta).

A questão da sobrecarga de trabalho na AB emergiu nas falas dos enfermeiros evidenciando um prejuízo na utilização do PEC para a gerência do cuidado de enfermagem. Os profissionais reconhecem a importância do PEC para o planejamento das ações, porém, declaram não ter tempo para utilizá-lo para subsidiar a gerência do cuidado de enfermagem.

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro em seu cotidiano de práticas devem ser caracterizadas pelas atividades de cuidado direto e indireto, sendo condizente com o entendimento de gerência do cuidado de enfermagem adotado neste estudo. Para Fernandes *et al.* (2015), a gerência do cuidado de enfermagem na AB envolve a assistência em todas as suas nuances e viabiliza a continuidade do trabalho de forma eficiente e eficaz, como também a superação de atividades assistencialistas fragmentadas e da forma simplificada de pensar e exaltar o cuidado de enfermagem como produto de múltiplas interações.

Ao buscarem compreender o entendimento dos enfermeiros da ESF sobre o gerenciamento do cuidado em seu estudo, Fermino *et al.* (2017) destacaram entre as ações gerencias do enfermeiro na AB a participação na elaboração, na coordenação e na articulação do planejamento da UBS; a promoção da integração e do bom relacionamento das equipes de saúde sob sua responsabilidade; o investimento nas relações interpessoais; e, a identificação dos recursos físicos e do perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita.

Para a enfermagem, o planejamento da assistência é a determinação das ações de enfermagem, pela utilização de um método de trabalho, a fim de atender às necessidades da clientela. O planejamento envolve, portanto, raciocínio, reflexão e análise sobre a maneira de realizar determinadas tarefas, bem como, sua abrangência (KURCGANT, 2010).

Fica implícito na fala dos participantes a relação entre a gerência do cuidado de enfermagem e o planejamento da assistência através do PEC. Corroborando com este achado, Fernandes *et al.* (2015) observaram através do discurso dos

participantes que a utilização de sistema de informação é uma ferramenta fundamental para a gerência do cuidado de enfermagem, por permitir o diagnóstico de situações com vistas a intervenções na população do território da AB.

Na fala dos participantes fica implícita a importância do registro para se obter informações através dos relatórios do PEC. Fernandes *et al.* (2015) apontaram para a importância da qualidade dos registros no planejamento das ações de gerência do cuidado que serão realizadas na UBS e destacaram que, de acordo com a PNAB, a realização dos registros no sistema de informação é uma atribuição de todos os profissionais da equipe.

Martins *et al.* (2017) ao avaliarem a usabilidade do PEC nas unidades de saúde constataram que os participantes utilizavam o sistema não apenas como ferramenta de consulta nas atividades diárias, mas também, como ferramenta para o planejamento de ações nas atividades das equipes e seu apoio para o gerenciamento. Segundo os autores, os participantes da pesquisa acreditavam que as informações do PEC referentes ao paciente eram importantes para a equipe, pois, por meio delas, pode-se fazer o acompanhamento dos usuários.

O'Malley *et al.* (2015) também apontaram como os registros eletrônicos de saúde facilitavam e impunham desafios às equipes, e também perceberam que é um desafio comum fazer com que os membros da equipe insiram os dados no prontuário eletrônico de forma consistente e completa para garantir que as informações sejam de qualidade e acessíveis aos demais membros da equipe para fins de planejamento.

No presente estudo, apesar das ferramentas do PEC ainda não serem utilizadas em sua integralidade, os enfermeiros reconhecem as melhorias do serviço oferecido ao cidadão a partir do registro dos dados da pesquisa e acesso às informações, bem como, do desenvolvimento da assistência à saúde. Pan *et al.* (2016) colocam que o acesso sincronizado entre os diferentes profissionais sobre as informações de saúde dos pacientes é capaz de melhorar a qualidade e a eficiência da assistência nos centros de saúde, corroborando com os achados deste estudo.

Ainda sobre o acesso às informações através do PEC, os participantes destacaram a autonomia e facilidade de cada profissional na busca de informações através do PEC. Thum, Baldisserotto e Celeste (2019) destacaram que a implantação do PEC facilita a busca de informações, vez que o profissional tem acesso individual a um computador com internet no seu local de trabalho, acessando o prontuário durante o atendimento e os relatórios que o sistema fornece.

Para Silveira *et al.* (2010) a precisão e o registro sistemático dos dados, assim como a transformação dos mesmos em informação, são fundamentais para nortear processos intrínsecos à AB.

Segundo Maia e Valente (2017) os registros constituem um importante veículo de comunicação e conduzem ao conhecimento dos resultados obtidos com os cuidados prestados pela equipe de saúde envolvida na atividade e facilita na tomada de decisões, além de propiciar melhor coordenação e continuidade das ações em saúde. Para as autoras, os dados registrados são base para gerar informações que traduzem um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação. Porém, os dados necessitam de significado, e segundo as autoras a tecnologia por si só não é capaz de transformar esse dado em informação, eles necessitam da intervenção humana para tal, são como uma matéria prima sobre a qual se trabalha, juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os, para produzir informações que traduzam um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação.

Neste sentido, evidencia-se a percepção de “informação” como uma estrutura complexa e elemento que em qualquer âmbito precede a comunicação, a tecnologia, o conhecimento e a ação, ou seja, é insumo para qualquer “fazer” (JESUS *et al.*, 2014).

Maia e Valente (2017) ressaltam que as ações de enfermagem se tornam evidentes a partir das anotações efetuadas pela equipe, estas por sua vez, se caracterizam como um instrumento que possibilita a avaliação do cuidado.

Assim, infere-se que o PEC, enquanto sistema que fornece subsídios para a obtenção de informação a partir do registro dos dados e interpretação pelos profissionais, se concretiza como ferramenta que possibilita dar vida ao planejamento em saúde.

Os enfermeiros relataram também que o PEC contribui para a continuidade do cuidado. Borges *et al.* (2017) corroboram com este estudo quando verificaram nos relatos dos enfermeiros o significado que a equipe de enfermagem confere aos registros e a importância relacionada à continuidade da assistência prestada e comunicação entre a equipe de saúde.

Para Cunha e Giovanella (2011), apesar de muitos estudos utilizarem significado semelhante para a continuidade do cuidado e o princípio da longitudinalidade, estes possuem significados diferentes. Segundo Starfield (2002), a

longitudinalidade é o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo profissional, e a continuidade do cuidado é o acompanhamento por um mesmo profissional ou não, de um problema específico do paciente, onde bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento das condições de saúde.

É importante compreender esta diferença para se destacar a importância de relacionar o PEC à continuidade do cuidado, considerando que este é uma ferramenta de registro para obtenção de informação que irá subsidiar o cuidado produzido.

Banfield *et al.* (2013) definem que continuidade é a experiência de cuidado do paciente ao longo do tempo e a descreve em três dimensões: continuidade da informação, da relação e da gestão. Os autores destacaram a continuidade da informação, através do uso dos registros eletrônicos, como ferramenta de apoio à coordenação e tomada de decisão na AB, e afirmaram que a disponibilidade de informações para os profissionais em todo o sistema de saúde, aumentam potencialmente a eficiência e segurança, e melhoram a qualidade da tomada de decisões na AB.

Em um dado momento do relato de Sirius foi possível perceber, que ainda existe uma dicotomia entre as atividades administrativas e de assistência. Jonas, Rodrigues e Resck (2011) também observaram no depoimento dos participantes um distanciamento do profissional enfermeiro entre o gerenciar e o cuidar no seu cotidiano de trabalho.

Oliveira *et al.* (2017) consideram que a divergência entre a dimensão assistencial e gerencial compromete a qualidade do cuidado e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, assim, para que a prestação de serviços à saúde seja de qualidade é necessário que a assistência e a gerência estejam interligadas na execução do trabalho de enfermagem. Fermino *et al.* (2017) também corroboram com este entendimento e trazem que o gerenciamento do cuidado é uma atividade prioritariamente desenvolvida pelo enfermeiro, com vistas a qualificar a qualidade do cuidado e melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Além disso, os enfermeiros relataram que ainda não utilizam o PEC para o planejamento das ações tanto quanto deveriam devido à sobrecarga de trabalho, e alguns participantes, principalmente àqueles que são também gerentes/supervisores das UBS ou que assumem esta função, atribuem a este fato a sobrecarga de trabalho.

Silva *et al.* (2018) relatam que a sobrecarga de trabalho gerada a partir da alimentação do PEC foi percebida como uma limitação frente ao processo de trabalho nos serviços e tem fragilizado o tempo destinado à assistência aos pacientes e à priorização de registros sobre a assistência de alguns grupos populacionais em detrimento de outros. Os autores destacam que esta sobrecarga também advém da utilização do PEC como um instrumento burocrático, em que se desconhece a importância de seus dados, e tem seu funcionamento voltado apenas para informar as instâncias superiores sobre a produção e alcance de metas pactuada, repercutindo negativamente sobre a percepção de satisfação do uso da tecnologia pelos profissionais devido ao tempo demandado para alimentação do sistema.

O enfermeiro possui um diferencial em relação às demais profissões de saúde que é o conhecimento de administração em sua formação (CELEDÔNIO *et al.*, 2017; MADUREIRA *et al.*, 2016; PINHEIRO *et al.*, 2016; BARRETO *et al.*, 2018). Essa especificidade da formação do enfermeiro somada a complexidade de ações da AB pode ser uma das explicações para que os municípios utilizem o profissional enfermeiro lotado em suas unidades de saúde como gestores do serviço e da assistência (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Segundo Cavalcante *et al.* (2016) a atual organização da PNAB delimita um notável campo de atuação para o enfermeiro, principalmente pelas competências gerenciais, assistenciais e educativas assumidas por esse profissional. Ao mesmo tempo, os protocolos ministeriais da AB brasileira inserem, para o enfermeiro, atividades de assistência direta a indivíduos, famílias e comunidade.

Para Jonas, Rodrigues e Resck (2011), as atividades que o enfermeiro desempenha na AB extrapolam a responsabilidade pelas atividades ligadas à equipe de enfermagem e de ACS, assumindo, na ausência de um gerente/gestor local, as suas funções, ocorrendo, assim, uma sobrecarga de tarefas a serem desenvolvidas pelo enfermeiro. Assim, por assumir funções gerenciais/administrativas do serviço de saúde, o enfermeiro se sobrecarrega de outras atividades, afastando-se da gerência do cuidado que é inerente ao seu processo de trabalho (CELEDÔNIO *et al.*, 2017; JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os enfermeiros relataram também sobre o uso do PEC pelos demais integrantes da equipe. Evidencia-se nos discursos que nem todos os profissionais estão sensibilizados quanto à importância de se registrar os dados no PEC e utilizar suas ferramentas para o planejamento em saúde. O'Malley *et al.* (2015) também

constatarem em seu estudo a falta de conscientização dos profissionais sobre a necessidade de se utilizar o prontuário eletrônico como ferramenta de apoio em relação aos planos de cuidados e rastreamento populacional.

Maia e Valente (2017) perceberam em seu estudo, que os profissionais de nível superior demonstram pouco comprometimento ao registrarem suas atividades ou procedimentos realizados e destacam a necessidade de reflexão na ação, por parte do enfermeiro, no que se refere à prática de produção dos registros para a qualificação dos processos de trabalho em saúde.

Ao apresentarem argumentos para a não utilização das ferramentas do PEC para o planejamento em saúde, infere-se que a gerência do cuidado de enfermagem na AB, não planejada, é ineficaz em razão ao fluxo intenso de demandas de usuários e serviços. Isso gera obstáculos que interpõem a qualidade dos serviços ofertados à população. Assim, se os enfermeiros não conseguem executar uma das etapas cruciais de seu trabalho, que é o planejamento em saúde, ele se distancia da sua essência enquanto profissional, o que pode levá-lo ao não reconhecimento de seu próprio trabalho.

Frente a isso, Soder *et al.* (2018) destacam em seu estudo sobre a gestão do cuidado na AB, que um atendimento de baixa qualidade pode ser um fator desestimulador e desmotivador no trabalho do enfermeiro, o que tende a interferir ainda mais na qualidade do atendimento.

Segundo Pires (2009) a enfermagem é a profissão que coloca o cuidado como objeto epistemológico e como o *core* de seu agir. Na prática cotidiana, os profissionais de saúde exercem seu trabalho com certa autonomia técnica, liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários considerando, ainda, os múltiplos sujeitos envolvidos no trabalho coletivo em saúde, os diferentes profissionais e as diferenças individuais e culturais que se apresentam nas múltiplas e desafiantes situações cotidianas de trabalho.

Para Guerrero-Núñez e Cid-Henríquez (2015) a formação da identidade do enfermeiro possibilita maior reconhecimento da profissão em suas atividades de assistência, educação, gerência e pesquisa. Assim, é necessário que os enfermeiros se visualizem como protagonistas das estratégias e ações das atividades individuais e coletivas, visando maior visibilidade à profissão e melhores práticas à comunidade (BACKES *et al.*, 2016).

Para Soder *et al.* (2018) esse protagonismo permite elaborar um modelo de gestão do cuidado baseado nas realidades locais, em que a enfermagem incorpora um campo de conhecimento diferente e complementar às demais profissões da saúde, compreendendo o cuidado como fenômeno multidimensional, priorizando a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, como preconiza os fundamentos de organização da ESF, visando à reorganização das atividades voltadas para a qualidade na atenção à saúde.

Nesta classe os enfermeiros reconheceram a importância do PEC para a gerência do cuidado de enfermagem na AB e destacaram a importância dos registros no PEC e como ele pode contribuir enquanto ferramenta para o planejamento das ações em saúde. Porém, apresentaram argumentos para a não utilização do PEC em sua integralidade, principalmente para estas atividades de planejamento. Assim, percebe-se que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros da AB, algumas vezes advindas da própria demanda de trabalho deste modelo de atenção, e outras vezes, advindas do fato destes assumirem funções gerenciais do serviço, comprometem o uso do PEC para suas ações de gerência do cuidado de enfermagem e de planejamento em saúde.

4.3.2 Categoria 2: Repercussões do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica

Esta categoria contemplou especificamente os resultados das classes 3, 2 e 1, e da pesquisa documental.

4.3.2.1 Classe 3: As facilidades e potencialidades no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica

É fato reconhecido pelos enfermeiros participantes da pesquisa, que o PEC reflete positivamente para a gerência do cuidado de enfermagem; nesta classe eles destacam as facilidades e potencialidades da utilização do sistema. Os vocábulos que se destacam nesta classe e no discurso dos enfermeiros são “CDS”, “tudo” e “problema”. É importante destacar o contexto em que estas palavras foram utilizadas pelos participantes. O vocábulo “CDS” foi utilizado no sentido de reforçar as vantagens de se utilizar o PEC em relação às Fichas CDS. O vocábulo “tudo” foi utilizado sempre

que os enfermeiros destacavam a importância de se registrar “tudo” no sistema e de “utilizar o sistema pra tudo”. O vocábulo “problema”, apesar de remeter a algo negativo, os enfermeiros utilizaram o vocábulo para relatarem que não apresentam mais problemas em relação a aceitação dos profissionais em utilizar o sistema; e este vocábulo é utilizado também por alguns profissionais que relataram não ter mais problema com o uso do sistema em relação à quedas da rede de internet.

Os participantes relataram, que a organização adotada pelo PEC para registro dos dados, conforme viu-se na descrição do *software*, por meio do RCOP, facilita e melhora a qualidade do registro dos profissionais, pois as etapas são bem organizadas e os campos a serem preenchidos possibilitam que o profissional não esqueça de nenhum dado importante relacionado a história do paciente.

Porque já tem aqueles tópicos que a gente tem que preencher, então já fica melhor descrito, melhor evoluído, em caso de uma investigação, os dados são mais fidedignos do que feito à mão, muitas vezes, à mão, a gente pula algum dado, esquece alguma coisa (Vega).

No meu caso, eu tenho um problema com escrita, então no PEC eu vejo uma liberdade muito boa de se proceder o registro, cumprindo as etapas que se deve cumprir, e é possível ir e voltar no sistema, pra garantir que tudo seja registrado (Castor).

Os profissionais destacam a possibilidade de armazenamento das informações em base de dados eletrônica para se evitar o uso inadequado de papel, como uma vantagem do PEC, e como uma maneira de melhorar a segurança dos dados, já que se evita perda e extravio do prontuário do paciente.

Eu acho, que com o tempo e com a confiança que vai se estabelecendo, as pessoas vão aprendendo a lidar, talvez não haja mais necessidade de estar imprimindo tudo, eu acho que esse é um caminho, porque vai ficar armazenado, vai ficar salvo lá, então não tem tanto problema, e imprimiria somente as prescrições e as orientações, acho que isso dá (Misam).

O prontuário de papel perde, ou alguém arquiva errado, então quando acontece isso, eu tenho tudo registrado no sistema, então realmente seria um ganho, eu gosto muito (Deneb).

É, eu vejo positivamente o PEC, armazenamento de dados, foge àquela coisa de papel, acúmulo, é até ecologicamente correto o PEC (Canopos).

Misam destaca as contribuições do PEC para a comunicação entre os profissionais da equipe, para a melhoria dos fluxos de trabalho e para reforçar as funções de cada profissional nos atendimentos.

[...] isso é importante, por exemplo, eu estou fazendo um acolhimento e preciso fazer uma referência interna pro médico da unidade ou para um outro colega, pelo pec é rápido e se garante inclusive alguns problemas como de quando o profissional se nega a atender então isso também está sendo observado eu não sei se o usuário já percebeu isso assim qual a dimensão disso eu nunca fiquei questionando (Misam).

Uma questão bastante relatada pelos profissionais é a importância da descentralização do PEC para todas as UBS, e até mesmo, para outros níveis de atenção em saúde do município. Na pesquisa documental vimos que das 63 UBS do município, apenas 28 haviam recebido o PEC. Os enfermeiros reconheceram como uma facilidade no PEC a capacidade do sistema em armazenar as informações do prontuário, e estas serem mais facilmente acessadas do que por meio do prontuário físico, que necessita estar na UBS para que eles tenham acesso. Os profissionais veem na descentralização do PEC uma potencialidade do sistema que otimiza o acesso e a disponibilidade dos dados do prontuário do paciente.

Eu acho que o ideal seria ser o PEC na cidade inteira, porque não são todas unidades que tem, acho que isso prejudica um pouquinho (Mizar).

A gente ainda fica restrito que não são todas as unidades que tem o prontuário eletrônico, então eu vejo uma dificuldade, porque às vezes eu tenho que preencher ainda o prontuário de papel também, então ter que alimentar as duas coisas a gente perde muito tempo (Electra).

Pelo que eu entendo, a gente começa até a reduzir um pouco de custo, quando você faz uma consulta em vários setores da saúde, que você pode abrir o prontuário e ver que esse paciente já foi atendido (Adhara).

Eu gosto muito do PEC, eu acho interessante pois as vezes a gente acessa o prontuário de uma pessoa que já morou em outro lugar, e então a gente consegue ver atendimentos anteriores (Zeta).

Os participantes destacaram ainda, como potencialidade do PEC, a possibilidade de integração a outros sistemas de informação do Ministério da Saúde. Um dos objetivos da implantação do PEC é a integração das informações e sistemas em uma plataforma única. Assim, os profissionais destacaram que a mesma

informação precisa ser registrada em várias fontes diferentes e que facilitaria muito se pudessem registrar todos os dados em um único sistema e que todas as informações estivessem disponíveis em uma única plataforma.

Os sistemas de saúde do sus precisam ser integrados, então eu acho que isso é uma coisa que precisa acontecer... Eu acho que a hora que for um sistema único, meio pejorativo, mas que for um único sistema, ou que os sistemas se comunicarem melhor, vai facilitar as leituras e avaliações, eu acho que isso nós precisamos avançar... por exemplo, o usuário da área faleceu, então poderia o e-SUS ter uma vinculação com os outros sistemas, com o Sistema de Informação em Mortalidade por exemplo, a questão do nascimento e também o bolsa família (Misam).

Os enfermeiros veem positivamente o PEC e destacam as facilidades que o sistema trouxe, tais como a qualidade do registro, o armazenamento, segurança e compartilhamento dos dados e ainda as potencialidades que ele possui para melhorar o trabalho dos profissionais na AB, tais como a comunicação entre as UBS e integração com outros sistemas de informação da AB.

O prontuário eletrônico permite o compartilhamento de informações entre diferentes profissionais de saúde e é utilizado para o planejamento em saúde e como fonte de pesquisas clínicas, estudos epidemiológicos, avaliações de qualidade do cuidado do paciente, vigilância em saúde e, ainda, como fonte de educação continuada para equipe multiprofissional (RIBEIRO *et al.*, 2018).

O uso do PEC vem sendo apontado como positivo com relação à assistência do paciente por facilitar o registro e agilizar o acesso as informações. Os campos pré-definidos para a digitação fazem com que o profissional realize o registro de forma mais completa, quando comparado ao registro em papel, influenciando diretamente sobre a qualidade dos registros por apresentar uma interface para a coleta de dados (LI, 2017).

Pan *et al.* (2016) corroboram com esta fala quando, ao propor um sistema com prontuário eletrônico direcionado a centros de atenção primária na China, colocam que o prontuário eletrônico é considerado superior ao prontuário de papel por melhorar a precisão, eficiência e organização das informações registradas.

Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras

finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros (COFEN, 2009).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, é dever e responsabilidade do enfermeiro registrar no prontuário do paciente, pois as informações são inerentes ao cuidado e gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para continuidade e qualidade da assistência (COFEN, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem tem legislado sobre as competências dos profissionais de enfermagem e sobre as anotações que devem ser documentadas. Entre elas, destaca-se a Resolução nº 358/2009, que considera a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a consulta de Enfermagem como métodos do processo de trabalho que evidenciam a contribuição do enfermeiro na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Os registros de enfermagem no prontuário do paciente são parte integrante do PE, compreendendo que as informações de cuidados prestados é uma forma para mostrar o trabalho, bem como para o desenvolvimento da profissão (COFEN, 2009).

O PE deve ser realizado de modo deliberado e sua implementação deve ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja no nível de atenção primária, secundária e terciária, de instituições públicas ou privadas (COFEN, 2009).

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que organizam o PE, a saber: coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

O enfermeiro, ao aplicar o PE como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, inter-relacionada, organizada com base nos passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente (COFEN, 2009). O PE é capaz de fornecer base para o planejamento das ações de saúde.

De acordo com o manual do sistema com PEC, o registro dos dados é organizado de acordo com o RCOP através da ferramenta SOAP, portanto o PEC possui campos que contemplam as etapas do PE.

O campo destinado ao registro dos dados “subjetivos” tem por finalidade o registro das informações declaradas pela pessoa em relação a si própria, sua família

e/ou coletividade e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. O campo destinado ao registro dos dados “objetivos” contempla os dados coletados pelo profissional a partir de suas observações e através do exame físico.

O campo “avaliação” é destinado ao registro da conclusão do profissional a partir dos dados coletados e registrados nos campos anteriores. O profissional registra neste campo o CID, no caso de médico, ou a CIAP-2, no caso dos demais profissionais de nível superior, inclusive o enfermeiro. Este campo disponibiliza ainda, um espaço para que o profissional faça outros registros de acordo com o que julgar necessário. No caso do enfermeiro, o mesmo pode proceder o registro, além da CIAP-2 que é de preenchimento obrigatório, do diagnóstico de enfermagem baseado nos demais sistemas de classificação utilizados pelos enfermeiros (NANDA-I, CIPE® ou CIPESC®, entre outros). Esta forma de se registrar o diagnóstico de enfermagem no PEC está em conformidade com as recomendações do COREN de São Paulo e do COREN do Rio Grande do Sul através do Parecer COREN-SP 010/2015 e do Parecer TÉCNICO 019/2016, respectivamente (COREN-SP, 2015; COREN-RS, 2016).

O campo “plano” é destinado ao registro do plano de cuidados e intervenções que serão realizadas baseadas nas etapas anteriores.

No sentido de relacionar os campos de registro disponíveis no PEC com as etapas preconizadas do PE, infere-se que seu uso pode ser um aliado para desenvolvimento do PE na AB, essa ação inovadora contribuirá para efetivação da gerência do cuidado de enfermagem.

Segundo Silva e Dias (2018), os registros em prontuários demonstram a comunicação escrita que contribui para a segurança do paciente e garante uma qualidade na continuidade da assistência e um respaldo legal para o profissional.

Os enfermeiros relataram como vantagens do uso do PEC em relação ao prontuário impresso, ou “prontuário de papel”, que foi o termo utilizados pelos mesmos, o armazenamento eletrônico, que além de facilitar o acesso pelos diferentes profissionais da equipe ao prontuário do paciente, melhora a segurança dos dados registrados, pois não há como perdê-lo, assim como acontece com o “prontuário de papel”.

Corroborando com este estudo, Ribeiro *et al.* (2018) afirmaram que a adoção do prontuário eletrônico facilita no acesso às informações registradas no prontuário do paciente, pois possibilita acesso simultâneo dos profissionais da UBS por diferentes meios e lugares, contendo todas as informações relativas à assistência

prestada aos pacientes, garantindo a confiabilidade através de um armazenamento seguro, por meio de técnicas de *backup*, e sigiloso, já que o acesso ao sistema é monitorado. No caso do PEC, o acesso ao sistema demanda de *login* e senha individuais para cada profissional.

No estudo de O'Malley *et al.* (2015) os autores destacaram que o prontuário eletrônico facilita o trabalho em equipe da AB, pois melhora a comunicação entre os profissionais através de um melhor acesso as informações dos pacientes. Segundo os autores, a comunicação através do prontuário eletrônico permite que todos os profissionais assumam papéis reforçados dentro da equipe durante os atendimentos, possibilitando, por exemplo, a priorização dos aspectos mais complexos dos cuidados pois há um suporte da equipe multiprofissional.

Segundo Silva e Dias (2018) essa comunicação entre os profissionais é fundamental para a organização e qualidade da assistência.

Os estudos de O'Malley *et al.* (2015) e Silva e Dias (2018) corroboram com a fala dos participantes quando abordam a contribuição do PEC para a comunicação entre os profissionais da equipe e para os fluxos de encaminhamento interno nas UBS, assim como descreve a participante deste estudo, Misam (pag. 97), ao relatar sobre o fluxo do acolhimento à demanda espontânea.

O acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado integral, está associado à atenção por meio de escuta qualificada envolvendo os profissionais da equipe de AB, pois valoriza as queixas dos usuários e identifica as necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e deve ser visto como um dispositivo que propicie o vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, e funcione como mecanismo de facilitação do acesso (COSTA *et al.*, 2018; GOMIDE *et al.*, 2018).

Uma das premissas dos sistemas de informação em saúde é facilitar os processos de trabalho. Quando se tem que registrar em locais diferentes a mesma informação, percebe-se que a tecnologia não facilita e sim dificulta a rotina diária. Hyppönen *et al.* (2014) discursam que a necessidade de buscar ou registrar dados em diversos locais desestimula a utilização do PEC pelos profissionais. Os participantes veem como potencialidades do PEC a possibilidade da descentralização do PEC para todas as UBS do município e até mesmo para outros pontos da rede de saúde municipal; e a integração de outros sistemas de informação da AB. Os enfermeiros associam essas potencialidades do PEC à melhoria dos processos comunicacionais na saúde e à facilitação da leitura e análise dos dados para o planejamento em saúde.

Martins *et al.* (2017) ressaltaram que um dos princípios básicos do PEC é a integração dos sistemas. Os autores expuseram que os participantes percebiam como retrabalho a necessidade de suprir diferentes fontes de dados com as mesmas informações, prejudicando o processo de trabalho dos profissionais da AB.

As ações da AB são registradas e processadas por vários sistemas de informação em saúde diferentes, de plataformas nacionais, fornecendo dados imprescindíveis para a tarefa de conhecer melhor a realidade onde se está intervindo. Esses sistemas são centralizados, verticalizados e fragmentados, de maneira que cada um deles é alimentado separadamente para compor as informações necessárias ao cuidado na AB (ASTOLFO; KEHRIG, 2017). É essencial ter sistemas de informação que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam a interoperabilidade entre os mesmos.

No contexto do PEC, interoperar significa que dois ou mais sistemas trabalham em conjunto, ao mesmo tempo ou em um curto espaço de tempo (BRASIL, 2018a). É necessário que os dados sejam articulados entre os diversos setores, garantindo a aplicabilidade, sustentabilidade e orientação para os objetivos para os quais os sistemas de informação foram desenvolvidos.

Em síntese, nesta classe os enfermeiros destacaram as facilidades e potencialidades do PEC de acordo com sua utilização no cotidiano da AB. Os enfermeiros perceberam que o PEC pode contribuir para o processo de trabalho à medida que facilita o registro, o acesso e segurança das informações e a comunicação entre os profissionais. E acreditam que a disseminação do sistema para todas as UBS e para outros pontos da rede de atenção à saúde, aliadas à integração dos demais sistemas de informação do MS, seja o apogeu do PEC.

4.3.2.2 Classe 2: As dificuldades e as sugestões para melhorias no uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão pelos enfermeiros na Atenção Básica

Na classe 2 encontram-se as dificuldades relatadas pelos enfermeiros na utilização do PEC. Apesar de ser unanimidade o reconhecimento do PEC pelos profissionais, eles ainda apresentam dificuldades no uso do sistema e apontam falhas no sistema que podem ser aprimoradas. Os vocábulos “colocar”, “pedir” e “treinar” possuem destaque e significância nesta classe, e estão relacionados às solicitações

dos profissionais em melhorias para uso do sistema. Como se pode ver nos relatos abaixo.

Eu acho assim, meio complicado, a gente ainda tem muita coisa para explorar dentro PEC, nós tivemos uma capacitação básica, mas acho que tem que aprimorar ainda... as dificuldades são o seguinte tem muitos códigos que a gente ainda não consegue, vamos adaptando ali na hora da consulta, então fica um pouco incompleto o prontuário (Adhara).

Eu ainda tenho um pouco de dificuldade, às vezes, na solicitação de exames, pois é bastante confuso, você quer pedir um exame e vem com vários nomes desconhecidos (Electra).

Porque ainda tem alguns dados ali alguma coisa que por exemplo racionalidade eu não sei como que eu consigo colocar ali esse dado então assim ainda falta a minha insatisfação é essa a gente precisa treinar melhor (Antares).

eu acho que poderia haver alguma maneira dos profissionais participarem, talvez dentro de uma oficina assim como no PDAPS e a gente ter oportunidade de sugerir em grupos essas dificuldades que eu sozinha não conseguiria falar [...] então assim essas sugestões de melhorias precisam ser ouvidas e precisa se pensar numa forma de reunir os profissionais para discutir sobre isso pois nós todos reunidos produziríamos muito mais do que individualmente, teria um peso muito maior e o sistema ia ficar muito melhor (Castor).

O PEC veio pra mudar todo o modelo de assistência, e acho que só falta mais treinamento, pra gente entender o prontuário eletrônico, e a partir disso a gente estar colocando ele em prática, porque agora ele está muito mecânico. Levar todo mundo pra uma sala na secretaria de saúde, é muito difícil você aprender e compreender aquilo ali, eu acho que tinha que ser um treinamento no local de trabalho, nem que demorasse um ano, um espaço de tempo maior (Izar).

Nas falas acima, os profissionais colocam a questão da necessidade de treinamento para “conhecer mais” para utilizar melhor o sistema. Os profissionais relataram que a capacitação recebida não foi suficiente para suprir toda demanda de conhecimento para uso da plataforma do PEC. Alguns participantes sugerem que a capacitação tenha outro formato, que seja no ambiente de trabalho, por exemplo, e que haja outros momentos para que os profissionais possam compartilhar as dificuldades apresentadas no uso cotidiano do sistema, no formato de oficinas de discussão, por exemplo.

Na pesquisa documental e na caracterização dos participantes, foi observado que todos os profissionais foram treinados. Foi identificado, que a Secretaria de Saúde

disponibiliza treinamento para os profissionais mensalmente e retorno para que estes possam sanar suas dúvidas. Existe também um canal de comunicação por meio de telefone e e-mail para suporte técnico, tanto para problemas no uso do sistema, quanto para problemas técnicos.

As falas demonstraram que os profissionais ainda permanecem com dúvidas. Assim, o estudo poderá contribuir com o município na identificação dos desvios para que se possa trabalhar sobre os mesmos e implantar educação permanente para as equipes.

Os profissionais apresentaram uma fala recorrente sobre problemas de conectividade. Na pesquisa documental identificou-se quanto o investimento financeiro do município foi alto para implantação do PEC, e toda tecnologia ainda é muito sujeita a falhas.

o maior desafio ou melhor a maior dificuldade é com relação à internet o sistema não é bom muitas vezes trava (Deneb).

o único problema é quando chove se choveu a internet aqui cai e não tem como usar o sistema (Vega).

o que dificulta as vezes é a questão da internet eu não sei se é o programa que agarra você está evoluindo e no meio do registro o sistema agarra e você perde os dados tem que começar de novo isso às vezes dificulta um pouco (Canopos).

as vezes gera alguma dúvida então eu sempre ligo para perguntar e eu sempre tenho resposta acho que não só melhorar a rede lógica acho que isso atrapalha a gente muito atrapalha a rotina da gente (Arcturo).

acho até que eu já comentei a dificuldade atualmente se dá pela questão de acessar o sistema e ele estar disponível pela questão da internet (Misam).

Alguns enfermeiros ainda abordaram outras dificuldades, relacionadas ao uso do sistema. E outros profissionais veem a impressão como uma dificuldade, considerando que esta obrigatoriedade de ter que imprimir e armazenar os dados do atendimento em prontuário físico, demanda ainda mais papel do que escrever no prontuário físico. Esta questão foi vista de forma não consensualizada, para alguns como uma facilidade, considerando a possibilidade de armazenar os dados *on-line*, e para outros como uma dificuldade, considerando a necessidade da impressão.

Uma dificuldade do PEC também, é a impressão, se todo atendimento a gente precisar imprimir o prontuário vai ficar de um tamanho que não

vai caber no arquivo, e a gente fica receosa de não fazer no papel e essas informações sumirem do sistema (Mizar).

Melhorar questões de logística, por exemplo, a impressora mais perto da gente, muitas vezes eu não imprimo, eu anoto lá no sistema porque eu quero o sistema bom. Mas se tivesse uma impressora dentro da unidade, a gente já pediu isso, seria muito bom (Castor).

Os enfermeiros evidenciaram que as dificuldades no uso do PEC estão relacionadas a diversos fatores, entre eles a falta de capacitação eficaz, a necessidade de suporte tecnológico e as fragilidades do sistema, como a necessidade de impressão. Percebeu-se ainda, entre as falas de alguns participantes, o fator humano como uma dificuldade para o uso efetivo do PEC, relacionado às mudanças comportamentais ocasionadas pela inserção da tecnologia.

Costa e Portela (2018) identificaram nos relatos, tanto dos gestores quanto dos profissionais, a necessidade de realização de treinamento e capacitação para o uso do sistema de informação. Os autores identificaram ainda, que houve profissionais de saúde entrevistados que descreveram agir como autodidatas e que descobriram o modo de utilizar o prontuário eletrônico a partir de tentativa e erro e em conversas com outros profissionais de saúde. O mesmo é relatado na fala de alguns participantes deste estudo, como Adhara, quando relata que quando apresenta dificuldades vai fazendo adaptações, porém, o prontuário acaba ficando incompleto.

Como consequências da falta ou insuficiência de capacitação, observa-se que os profissionais deixam de utilizar parte do sistema, ou o utilizam de forma errada, pela falta de conhecimento e de segurança que os mesmos sentem durante o registro no PEC. Em virtude disto, o sistema produz relatórios que não condizem com a prática cotidiana, podendo gerar resistência quanto ao uso do PEC.

Assim, percebe-se a necessidade de uma capacitação efetiva para o uso adequado do PEC. Martins *et al.* (2017) afirmaram que para o uso adequado do PEC como ferramenta para a prática profissional na AB, é necessário que os profissionais recebam, não somente um primeiro treinamento, mas capacitação e contínua atualização, para que o aproveitamento das potencialidades do sistema possa se tornar uma realidade para as equipes de saúde.

Notou-se que os participantes e os profissionais da Secretaria de Saúde, conforme observado na pesquisa documental, não demonstraram perceber diferença entre os termos “capacitação” e “treinamento”. Foi possível observar tal fato quando

alguns participantes sinalizaram como dificuldade no uso do PEC a falta de capacitação e outros, a falta de treinamento.

Os processos de capacitação e de treinamento se diferem em muitos pontos. No caso do treinamento os conhecimentos são transmitidos ou comunicados sem o retrabalho entre agente e sujeito, seja por quem exprime o conhecimento ou por quem os escuta e os aprende (ROSA, 2010).

Segundo Farah (2003) os treinamentos estão mais centrados nas técnicas/habilidades do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos para entendimento e reflexão da ação, e são muito utilizados na capacitação dos profissionais de saúde, porque atendem aos objetivos e aos interesses da instituição.

O profissional treinado acaba desenvolvendo habilidades específicas, por meio de repetições mecânicas e com pouca liberdade de expressão para com o processo de transmissão de conhecimentos (EL HETTI *et al.*, 2013).

Apesar de seu aspecto importante no desenvolvimento de habilidades técnicas específicas, ao proporem esse tipo de processo educativo, na maioria das vezes, os serviços estão preocupados apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde, aumentando a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas verticais, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais (FARAH, 2003; EL HETTI *et al.*, 2013). O treinamento, no entanto, deve ser parte de um processo educativo mais amplo em que a técnica é contextualizada, assim como outros aspectos do âmbito conceitual e atitudinal (EL HETTI *et al.*, 2013).

Segundo Farah (2003), a educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho. De tal modo, realizar capacitação torna-se mais adequado, pois se relaciona a um processo de aprendizagem envolvendo a incorporação de raciocínio no qual competências são desenvolvidas (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Segundo as autoras, a capacitação é baseada nos valores pré-existentes como ponto de partida para proporcionar mudanças positivas no desenvolvimento de pessoas, envolve a reorganização dos serviços e das práticas, de forma dialógica, crítica e reflexiva.

Portanto, é necessário que, tanto a Secretaria de Saúde, que ora propõe capacitação e ora propõe treinamento, quanto os enfermeiros deste estudo, que também não compreendem a diferença entre as ações de capacitação e treinamento, compreendam o significado destes para que solicitem este tipo de ação que possa

oferecer maior aproveitamento deste processo de capacitação para o uso do PEC, visando a melhor utilização do sistema para os fins a que se destina e para a gerência do cuidado de enfermagem.

Enquanto sugestão para melhorias no uso do PEC, os participantes relataram sobre a possibilidade de haver momentos de discussão entre os profissionais que utilizam o PEC para que estes possam compartilhar e esclarecer suas dúvidas e dificuldades. Cardoso *et al.* (2017) destacam que é essencial a implementação de espaços para discussão, análise e reflexão da prática no trabalho, proporcionando a atualização profissional e desenvolvimento de uma assistência de saúde de qualidade.

Souza *et al.* (2018) ressaltam que a educação permanente é uma importante ferramenta, que funciona como um importante catalisador de mudanças nos processos de gestão e no cuidado em saúde. Assim como relatado pelos participantes deste estudo, os autores afirmam que a educação permanente possibilita a troca e o intercâmbio entre as equipes, assim como uma reflexão dos saberes e práticas utilizadas no dia a dia, possibilitando processos de mudança. A necessidade de educação para os profissionais promove um protagonismo capaz de provocar mudanças na produção de saúde, rompendo o modelo assistencial tradicional (SOUZA *et al.*, 2018).

Segundo Silva *et al.* (2017) a educação permanente em saúde é um dos pilares de sustentação do compromisso do contínuo aprimoramento do trabalhador no espaço de trabalho. Está vinculada ao desenvolvimento de propostas educativas que (re)signifiquem o processo de trabalho, situação em que o cotidiano de trabalho se constitui em fonte de conhecimento, permitindo-se estabelecer reflexões e problematizar a realidade dos serviços de saúde. Os autores ensejam que a implantação da educação permanente esteja consignada com os princípios do SUS, comprometida com a resolução dos problemas encontrados no processo de trabalho e nas especificidades reais dos serviços de saúde.

Os participantes relataram também sobre a possibilidade de que a capacitação aconteça no local de trabalho. Pilz (2016) verificou em sua análise que as localidades que recebiam “treinamento em serviço” produziam melhores efeitos do que aquelas cujo treinamento foi realizado fora do ambiente de trabalho. Foi demonstrado que a adequação dos sistemas para as diferentes realidades e a compreensão da necessidade da ferramenta por parte dos profissionais, facilita a adesão no processo

de trabalho, agregando qualidade, aprimorando o desempenho e contribuindo na melhoria das condições de saúde da comunidade.

Uma outra dificuldade apresentada pelos profissionais no uso do PEC foi em relação à conectividade das UBS. O relato dos participantes deixa explícito que as constantes quedas do sistema desestimulam os profissionais na utilização do PEC e refletem negativamente no processo de trabalho diário.

Semelhante aos achados deste estudo, Costa e Portela (2018) identificaram nos relatos dos entrevistados diferentes problemas estruturais com o prontuário eletrônico, como lentidão no processamento, instabilidade, perda de informações registradas, excesso de informações para preencher, informações repetidas e dificuldades para consultar as informações registradas.

Martins, Silva e Marques (2016) perceberam que as enfermeiras entrevistadas relatavam que, entre as dificuldades para se organizar o processo de trabalho em saúde, estavam a falta de investimento em equipamentos de informática, pois os computadores eram de má qualidade, obsoletos ou apresentavam defeito; a ausência de conexão de internet de qualidade e/ou os sites eram bloqueados para acesso; e, os problemas estruturais do próprio sistema, que gerava informações pouco úteis aos profissionais.

Apesar dos enfermeiros deste estudo não relatarem sobre outros problemas estruturais nas UBS, a não ser os relativos à conectividade, percebe-se que estes problemas são consenso entre muitos estudos que abordam o uso de sistemas de informação na saúde.

No Brasil há um déficit de telecomunicações considerável, no qual o acesso à internet e a conectividade ainda são barreiras para a difusão de inovações tecnológicas na área da saúde, em função dos custos elevados e inviabilidade da rede (SILVA *et al.*, 2018).

Assim, os achados deste estudo remetem à necessidade de sensibilização dos gestores de saúde para um maior investimento na disponibilidade de infraestrutura tecnológica para os serviços de saúde, para que os sistemas de informação consigam atingir os objetivos pelos quais foram criados.

A necessidade de reestruturação das informações da AB em todo território nacional trouxe urgência na implantação do PEC, definindo obrigatoriedades e penalidades através de políticas e normativas da esfera federal do governo brasileiro. Silva *et al.* (2018) verificaram que a forma súbita com que a inovação vem sendo

difundida, sem um tempo destinado à experimentação dos profissionais e com deficiências na infraestrutura tecnológica disponível, não contribui para a aceitação e uso da tecnologia implantada.

Por um lado, há cobranças do Ministério da Saúde na implantação do PEC, e por outro lado, os municípios carecem de infraestrutura e de outras deficiências, fragilizando a implantação, cujo sucesso depende do reconhecimento deste processo de trabalho, suas especificidades, sua estruturação adequada e do envolvimento das pessoas. É imprescindível que antes da implantação de uma nova tecnologia, esta seja experimentada, refletida e criticada pelas pessoas, colocada em prol do profissional, e potencializando a prática do cuidado (SILVA *et al.*, 2018).

Costa e Portela (2018) ressaltam que a capacidade de um indivíduo utilizar uma intervenção está associada ao conhecimento prévio de como fazer o uso adequado, o que significa que se as pessoas não obtêm o conhecimento necessário sobre uma tecnologia antes de começarem a utilizá-la, são maiores as possibilidades de desistência e de rejeição.

Jawhari *et al.* (2016) acrescenta ainda que o acompanhamento pós-implantação do PEC é uma ferramenta que corrobora com a adesão, uma vez que com a utilização diária, observa-se as fragilidades e dúvidas surgidas no cotidiano de trabalho dos profissionais. Além disso, com a adequação das fragilidades do PEC apontadas pelos profissionais, os mesmos serão estimulados a utilizarem o sistema, já que este está adequado às rotinas da unidade. O apresentado pelos autores, vêm corroborar com o achado deste estudo, quando os participantes sugerem a criação de espaços de discussão entre os profissionais que utilizam o PEC para melhor utilização deste.

Além disso, Silva *et al.* (2018) observaram em seu estudo que um outro efeito negativo da difusão do PEC foram os sentimentos de resistência, sofrimento e conflitos dos profissionais diante da obrigatoriedade de adotar uma tecnologia sem o devido preparo, sem infraestrutura adequada e desorganização dos processos de trabalho. Os autores relataram que a implantação de inovações tecnológicas geralmente promove resistências e desconforto aos adotantes, principalmente quando representam uma inovação que rompe com os processos/ paradigmas adotados anteriormente. Para os autores, tais sentimentos devem ser considerados e amenizados com vistas à aceitação da inovação, pois são considerados fatores humanos influenciadores do sucesso de um sistema de informação.

De tal modo, infere-se que o sistema de informação pode ser adequado, a infraestrutura pode atender às necessidades, a capacitação pode ser eficaz, porém, se os profissionais não estiverem dispostos a adotar a tecnologia, todo este esforço será em vão. Observa-se, portanto, a importância de trazer o profissional para fazer parte da implantação, como forma destes sentirem-se partes importantes do projeto, facilitando a adesão.

Nesta classe evidenciou-se o discurso dos enfermeiros sobre as dificuldades no uso do PEC. Essas dificuldades relatadas pelos profissionais se concentraram em dois assuntos principais, que foram a insuficiência de capacitação e atualização dos profissionais e os problemas com conectividade nas UBS. Apesar dos profissionais relatarem tais dificuldades, percebeu-se que os mesmos não deixam de utilizar o PEC por conta destas dificuldades, os profissionais buscam soluções imediatas para as mesmas e inclusive apresentam sugestões para que estas sejam corrigidas ou pelo menos amenizadas.

Em síntese, nesta classe apreendeu-se que as dificuldades apresentadas pelos enfermeiros, apesar de algumas vezes prejudicarem o registro durante o atendimento e a obtenção de informações no momento da emissão dos relatórios, não são empecilho para que os profissionais utilizem o PEC. Contudo, para a efetivação da gerência do cuidado de enfermagem é preciso ponderar os achados desta classe, considerando que estes dificultam e prejudicam o uso do PEC para este fim e devem ser trabalhadas pelos gestores e técnicos responsáveis pela criação e melhoramento do sistema.

4.3.2.3 Classe 1: Os reflexos do Prontuário Eletrônico do Cidadão para os usuários na Atenção Básica

Na classe 1 os enfermeiros destacaram os reflexos do PEC para os usuários. Os vocábulos “paciente”, “atender” e “prontuário” são explícitos nesta classe. Os enfermeiros trazem em seus relatos, que o PEC traz reflexos positivos para o usuário. Destacam a questão das letras ilegíveis na prescrição de medicamentos, o que não ocorre com o PEC, já que as receitas são impressas; a segurança das informações do prontuário e seu armazenamento eletrônico em diversas fontes; e a continuidade do cuidado, quando o PEC for utilizado em outros níveis de atenção. Como pode-se verificar nos relatos abaixo.

O reflexo no atendimento dos usuários eu acho que para mim mesmo com todas essas dificuldades reflete uma rapidez no atendimento eu acho o atendimento pelo pec mais rápido do que escrevendo eu acho que eu consigo atender mais pessoas e aquela pessoa que eu estou atendendo eu acho que eu consigo dispensar pra ela um tempo maior de escuta e eu posso gastar meu tempo orientando (Castor).

No e-SUS você consegue ler tudo, então você consegue dar uma assistência melhor pro paciente, você tem menos erros de diagnóstico, de conduta, você vê o que o outro profissional escreveu mais legível, porque isso também tem uma interferência muito grande (Sirius).

mas uma das coisas para o usuário por exemplo é a prescrição impressa que evita o problema das prescrições ilegíveis não só da enfermagem, mas no geral (Misam).

Fica tudo registrado, o paciente que faz uso de medicação de uso contínuo já fica registrado, e isso agiliza em certos momentos, para o paciente eu acho que fica melhor registrado do que à mão (Vega).

Isso tudo é regulado no prontuário do usuário, respalda o profissional, objetiva e instrumentaliza também o paciente em vários níveis de atenção, sobretudo quando o pec deixar de ser só da atenção primária à saúde e passar a contemplar outros níveis da assistência (Castor).

Para os participantes, o PEC apresenta vantagens, não só para os profissionais que realizam o atendimento e a gerência do cuidado, mas também para os usuários. Alguns enfermeiros relataram demora no registro dos atendimentos utilizando o PEC, enquanto outros, relataram que o PEC otimiza o atendimento, de maneira que os profissionais conseguem dedicar mais tempo à escuta do usuário. Os enfermeiros relataram ainda sobre as melhorias em relação à segurança das informações de saúde registradas no prontuário.

No que se refere ao impacto do PEC no tempo de atendimento em saúde, Costa e Portela (2018) relatam em seu estudo que, entre os participantes houve opiniões de que a depender das características dos registros, dos computadores e da rede de internet, a adoção do prontuário eletrônico pode colaborar tanto para tornar o atendimento mais rápido quanto contribuir para atrasos e aumentar a carga de trabalho dos profissionais de saúde. Os autores destacam que por outro lado, houve entrevistados que mencionaram a possibilidade de os registros eletrônicos demandarem mais tempo do profissional de saúde no preenchimento, por exigirem a entrada de dados em maior quantidade ou de forma mais estruturada. Esses achados

corroboram com este estudo, que apresentou opiniões divididas sobre o tempo de atendimento através do PEC.

Neste estudo, os participantes relataram que a utilização do PEC evita os registros ilegíveis, pois permite que o profissional proceda todo o registro de forma eletrônica, inclusive, para a receita de medicamentos e outros formulários a serem entregues ao usuário durante o atendimento.

Além disso, os participantes relataram que o fato de os registros no prontuário estarem legíveis, contribui para a continuidade do cuidado, a partir do momento que os demais profissionais compreendem melhor o que contém neste prontuário, inclusive quando este estiver disponível para outros níveis de atenção.

Deste modo, infere-se que o PEC contribui para uma melhor assistência para o usuário, pois evita que os registros estejam ilegíveis tanto para a equipe de profissionais, quanto para o próprio usuário.

Ribeiro *et al.* 2018 também corroboram com este estudo ao ressaltarem dentre diversas vantagens do prontuário eletrônico, a ausência das letras de difíceis compreensões, eliminação da redundância de dados e pedidos de exame, redigitação de informações consideradas pertinentes como resultados e laudos de exames, organização mais sistematizada, melhora efetiva do cuidado e na qualidade do tratamento.

Conforme guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar, porém, como documento legal, estes só têm valor se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras (COFEN, 2016a).

O PEC ainda não conta com a inclusão da assinatura digital dos profissionais, porém, o manual do sistema orienta que os atendimentos realizados no sistema, devem ser impressos, carimbados e assinados pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento e armazenados no estabelecimento de saúde (BRASIL, 2018a). Assim, o profissional deverá seguir estas orientações ao concluir o registro do atendimento para que mantenha o respaldo legal, tanto para os usuários, quanto para si e para a equipe de profissionais da AB.

Os participantes relataram que o prontuário respalda não só os pacientes/usuários, mas também os profissionais. Conforme legislação, “os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de

defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal” (COFEN, 2016, p. 08).

Costa e Portela (2018) identificaram percepções de entrevistados no sentido de que a relação entre profissional de saúde e paciente pode melhorar com o uso do prontuário eletrônico, na medida em que informações relevantes sejam disponibilizadas de forma organizada, reduzindo omissões, confusões e equívocos.

Verificou-se que os registros no PEC representam uma forma de garantir assistência de qualidade, bem como uma comunicação entre os diferentes profissionais da equipe. Além disso, estes registros no PEC fornecem subsídios para o planejamento da assistência, para a execução dos cuidados e para a avaliação da assistência prestada.

Deste modo, infere-se que os registros no PEC são instrumentos que contribuem para a gerência do cuidado de enfermagem e, conseqüentemente, refletem, positivamente, na qualidade da assistência à saúde dos usuários, pois potencializam o trabalho do enfermeiro na AB. Por ser articuladora da rede, é imprescindível que as informações coletadas na AB sejam de qualidade e que estes registros possibilitem a integralidade da assistência singular ao paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer o cenário de implantação do PEC no município de Juiz de Fora – MG, e como este sistema é utilizado como ferramenta para a gerência do cuidado pelos enfermeiros das UBS.

Os achados da pesquisa documental indicaram que, mesmo com o fim do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para envio das informações exclusivamente através do prontuário eletrônico, o município de Juiz de Fora ainda não concluiu a implantação do PEC em todas as UBS.

Percebeu-se neste estudo que a implantação de uma ferramenta de tecnologia da informação como o PEC, demanda alto investimento de recursos financeiros públicos que, no caso do PEC, fica sob responsabilidade do município.

Além disso, o processo de implantação do PEC em Juiz de Fora apresentou fragilidades, conforme evidenciou-se nas falas dos participantes sobre as dificuldades no uso do PEC.

Os participantes relataram como dificuldades a falta de capacitação eficaz, a eventual indisponibilidade do sistema informatizado por falha na rede de internet, e falta de adesão ao uso do PEC por alguns trabalhadores. E ressaltaram que estes fatores, apesar de não serem empecilho para que os profissionais utilizem o PEC, dificultam e prejudicam seu uso e devem ser trabalhados pelos gestores e técnicos responsáveis pela criação e melhoramento do sistema.

Ao relatarem sobre as dificuldades no uso do PEC relacionadas à falta de capacitação eficaz, os profissionais apresentaram como sugestão a criação de espaços de discussão entre os profissionais da AB.

Deste modo, estes achados refletem a necessidade de investimento em capacitação para os profissionais. Neste sentido, é fundamental que os gestores e os demais profissionais de saúde articulem e desenvolvam tais espaços de discussão e de construção coletiva sobre o uso desta ferramenta, estabelecendo, para tanto, um processo de apoio e educação permanente.

Acredita-se que a educação permanente dos profissionais de enfermagem seja de suma importância, tanto no que tange ao uso do PEC, quanto às implicações éticas e legais relacionadas ao registro incompleto ou não registro das ações de enfermagem no prontuário do paciente.

Portanto, é necessário maior investimento dos gestores para que a implantação seja concluída e para que o PEC seja melhor utilizado, devendo-se considerar a adequação das deficiências apresentadas e o envolvimento dos profissionais, que irão fazer uso da tecnologia, em todos os processos da implantação, para que se sintam parte desta, contribuindo para a valorização do uso do sistema por estes.

Em contrapartida, os participantes apontam como facilidades do PEC, a forma de registro, o acesso e a segurança das informações e a comunicação entre os profissionais. E destacam como potencialidades do PEC a disseminação do sistema para todas as UBS e para outros pontos da rede de atenção à saúde, aliadas à integração dos demais sistemas de informação do MS.

O PEC possibilita, conforme explicitado nas categorias de análise, a gestão da informação e a gerência do cuidado de enfermagem a partir da facilidade de acesso à informações essenciais, à assistência de enfermagem e ao planejamento em saúde, bem como à SAE e ao PE.

Os participantes deste estudo reconhecem que o PEC é uma ferramenta que contribui para a gerência do cuidado de enfermagem e associam seu uso ao planejamento das ações de saúde no território da AB.

No entanto, os achados deste estudo demonstraram ainda, uma visão restrita do uso do PEC pelos participantes. Nos relatos dos entrevistados, percebeu-se uma preocupação em utilizar o PEC para o controle da produtividade dos ACS e dos demais profissionais da equipe de AB.

Além disso, os participantes relataram que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros na AB, seja pela execução de suas próprias funções ou das funções incorporadas por estes profissionais, como as de gerenciamento do serviço, comprometem o uso do PEC como ferramenta para a gerência do cuidado de enfermagem.

A gerência do cuidado de enfermagem deve ser vista como uma das atribuições que fortalecem e valorizam a categoria profissional do enfermeiro, e descuidar dela pode ocasionar o não reconhecimento da importância de seu próprio trabalho.

Segundo os participantes, o uso do PEC contribui para a qualidade da assistência em saúde, trazendo agilidade e segurança no atendimento aos usuários do SUS. De maneira geral, o PEC foi avaliado pelos participantes desta pesquisa como uma ferramenta funcional que contribui a prática profissional na AB.

Diante do exposto, é possível afirmar que o PEC constitui documento no qual as informações nele registradas são essenciais para o paciente, equipe de saúde, pesquisa e para a instituição.

Os achados deste estudo trouxeram à tona a necessidade de uma análise crítica da versão mais atual da PNAB, que faculta a presença do ACS e fragiliza os critérios de definição do território de abrangência das equipes de AB.

Os participantes ressaltaram a importância do trabalho do ACS para a qualidade das informações fornecidas pelo PEC, no entanto, se este profissional não estiver presente na equipe não é possível mensurar a que ponto a qualidade destas informações seriam afetadas.

Além disso, o ACS é considerado o elo entre a comunidade e a UBS, e a inexistência deste profissional afetaria a continuidade e longitudinalidade do cuidado, ferindo os princípios do SUS que, somado a outros fatores, como a crise política nacional e os sequentes cortes de recursos, fragilizam ainda mais a saúde pública brasileira, o SUS.

A articulação/relação entre os dados obtidos na pesquisa documental e nas entrevistas contribuiu para o fortalecimento das constatações, representadas por alinhamentos e contradições, possibilitando sucessivas aproximações à compreensão do objeto.

O estudo apresenta como fatores limitantes a sua capacidade de generalização, por se tratar de um estudo de caso do município de Juiz de Fora – MG, e a população do estudo ser restrita aos enfermeiros das UBS. Porquanto, ao considerar as diferentes realidades dos municípios brasileiros e as especificidades da assistência à saúde na AB, que envolve uma equipe multiprofissional, podem-se encontrar percepções distintas sobre o uso do PEC para o planejamento em saúde na AB no Brasil. Porém, os achados deste estudo, podem direcionar e subsidiar outras investigações que aprofundem a compreensão do uso do PEC para o planejamento em saúde e para a gestão do cuidado de enfermagem na AB.

O estudo trouxe contribuições para o avanço da enfermagem, sobretudo nas temáticas de Informática em Enfermagem e Gestão do Cuidado de Enfermagem. Avançar no conhecimento sobre o uso do PEC como ferramenta para a gestão do cuidado de enfermagem e suas facilidades/potencialidades e dificuldades, pode contribuir para a incorporação da tecnologia da informação na prática assistencial e para aprimorar a adoção do PEC como ferramenta para a gestão do cuidado pelos

enfermeiros e para o planejamento em saúde por este e pelos demais profissionais de saúde na AB.

Além disso, por ser uma estratégia recente de informatização da AB no Brasil, encontram-se poucos estudos com a abordagem teórica utilizada, descrevendo o uso do PEC para a gerência do cuidado de enfermagem. Tal situação endossa a contribuição desta pesquisa para o avanço do conhecimento no contexto da gerência na enfermagem e na saúde.

Acredita-se, ainda, que este estudo será de grande valia não somente para enfermeiros, mas também para os demais membros da equipe multidisciplinar que encontrarão subsídios para uma prática segura, bem como um instrumento valioso para a tomada de decisão e para o planejamento em saúde. Deste modo, este estudo sugere a realização de novos trabalhos sobre o uso do PEC para os demais profissionais integrantes da equipe de saúde da AB. Outra sugestão, ainda, seria pesquisar como os enfermeiros estão realizando os registros no intuito de verificar o uso do PEC para o processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. 2018, v. 42 [Acessado 27 Janeiro 2019], e180. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>>. Epub 29 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>.
- ANDERSON, C.; HENNER, T.; BURKEY, J. Tablet computers in support of rural and frontier clinical practice. **Int J Med Inform**, v. 82, n. 11, p. 1046-58, Nov 2013. ISSN 1386-5056. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.08.006>. Acesso em: 6 abr. 2019.
- ASTOLFO, S.; KEHRIG, R. T. O processo de implantação de uma estratégia integrada de SIS na APS: a experiência do e-SUS AB no Mato Grosso, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 8-15, 2017. ISSN 1677-7522. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1169>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- BACKES D. S. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichan**. v. 16, n. 1, p. 24-31, 2016. ISSN: 1657-5997 Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74144215004.pdf>. Acesso em: fev. 2019.
- BANFIELD, M. *et al.* Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 1, p. 34, 13 Mar. 2013. ISSN 1471-2296. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-34>. Acesso em: 6 abr. 2019.
- BARATIERI, T. *et al.* Nova Política Nacional de Atenção Básica brasileira: um passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde?. In: Nova Política Nacional de Atenção Básica brasileira: um passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde?, 2018, Havana. Cuba. **Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018**, 2018. v. 1. p. 1-8. Disponível em: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/673/154>. Acesso em: 01 fev. 2019.
- BARRETO, R. M. A. Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** 2018 v. 20, p. 20-27. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47945>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2019.
- BRASIL. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras

providências. **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 9 de junho de 1987.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 26 Mar. 2006.

_____. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012b. Brasília: **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

_____. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Seção 1, p. 294, 11 jul. 2013a.

_____. **Manual de Exportação - API Thrift**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **E-SUS Atenção Básica**. Manual de Implantação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2014a. 63 p.

_____. **Nota Técnica - Prorrogação e-SUS AB, de 07 de agosto de 2014**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal Saúde: DAB. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_prorrogacao_eSUS-AB.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 Jun. 2014c.

_____. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde/Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2. ed. 4. reimp., 2015a. 68 p.

_____. **Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015**. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNII). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2015b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 227**, de 28 de nov. de 2016. Brasília, DF, 2016a. Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/35/Resolucao-n-7.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Presidência da República. Casa Civil. 15 dez. 2016b.

_____. 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). **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 22 set. 2017a.

_____. Portaria nº 3.392, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 set. 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 14 dez. 2017b.

_____. **Nota Técnica - Integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), de 25 de outubro de 2017**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde: DAB. Brasília, DF, 2017c. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_51_sei_2017.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. **Nota Técnica - Esclarecimento sobre a utilização do e-SUS AB e Sis prenatal Web no âmbito da Atenção Básica, de 30 de novembro de 2017**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portal da Saúde: DAB. Brasília, DF, 2017d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_19_sei_2017.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. **Nota Técnica - Fluxo de Dados UBS para SIA, de 30 de março de 2017.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde: DAB. Brasília, DF, 2017e. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Nota_Tecnica_Fluxo_de_Dados_UBS_para_SIA.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. **E-SUS Atenção Básica:** Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. **Nota técnica da integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB), de 08 de março de 2018.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Portal da saúde: DAB. Brasília, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nt_CGPNI_DEVITSVSMS.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. **Folder. Classificação Internacional de Atenção Primária.** 2. ed. (CIAP2). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014d.
BORGES, F. F. D. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centroeste Mineiro.** v. 7, n. 1, p. 1-8, 2017. ISSN: 2236-6091. DOI:10.19175. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1147/1310>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BUSATO, C. **Funcionalidades para sistemas de registro eletrônico em saúde na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: UFRGS, 2015. 156 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 dez 2018. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CARDOSO R. B. *et al.* Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. **J Health Inform.** v. 9, n. 1, p. 25-30, 2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/429>. Acesso em: 01 abr. 2019.

CARVALHO, B. G. *et al.* Gestão de unidades básicas de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos de gestão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 48, n. 5, p. 907-914, out. 2014. ISSN 0080-6234. DOI 10.1590/S0080 6234201400005000018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500907&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019.

CASSULI, L. **A utilização de sistemas de informação em Unidades Básicas de Saúde**: Uma revisão da literatura. 2018. 16p. Monografia. (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde). Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Rio Grande do Sul. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/14747/TCCE_GOPS_EaD_2018_CASSULI_LAIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jan. 2019.

CAVALCANTE, M. D. M. A. *et al.* Nursing terminology as a work process instrument of nurses in collective health. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 4, p. 607-613, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500010>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CELEDÔNIO, R. M. *et al.* Gestão do trabalho em Unidades Básicas de Saúde. **Rev enferm UFPE**. v. 11 (Supl. 1), p. 341-50, 2016. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201713. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11914/14403>. Acesso em: 29 jan. 2019.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares**: a construção de um conceito. 2009. 291p. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>.

COFEN. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências (revoga a Resolução COFEN nº 272/2002). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 dez. 2018.

_____. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 30 de maio de 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. **Resolução nº 514, de 5 de maio de 2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e

outros documentos de enfermagem, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2016a.

_____. **Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem.** Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2016b.

_____. **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2017.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 07/2013.** Estratégia e-SUS na Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB. Brasília, 19 abr. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

COPELLI, F.H.S. *et al.* O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 4, p. 501-512, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000400501&lng=en&nrm=iso>. access on 28 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.8>.

COREN-RS. **Parecer TÉCNICO 019/2016.** Parecer quanto ao uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros da Atenção Básica na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do E-SUS e, se esta pode ser utilizada como Diagnóstico de Enfermagem ou se há a necessidade de utilizá-la juntamente com outros sistemas de classificação de Diagnóstico de Enfermagem. Câmara Técnica de Atenção à Saúde. Rio Grande do Sul, 18 nov. 2016. Disponível em: https://www.portalcorenrs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_5b25db5b0fcd21efbe3ba956db6e4211.pdf. Acesso em: 11 nov. 2018.

COSTA, A.B. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 35, p. 103-115, dez. 2018. DOI: 10.15517/revenf.v0i35.32113. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2019.

COSTA, J. F. R.; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187916>. Acesso em: 10 maio, 2019.

CRUZ, R. A. O. *et al.* Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 236-239, Feb. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100236&lng=en&nrm=iso>. access on 27 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0239>.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en. Acesso em: 6 jan. 2019.

DAMÁSIO, A. S.; WEIMER, S. C.; ROSA, M. C. Evolução do sistema de informação em saúde para Atenção Básica. **Rev. Elet Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, 2018. ISSN1983-1617 (*on line*). Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/4382/2040>. Acesso em: 20 jan. 2019.

DAVEL, L. R. G. **Técnica de Gerência**. Vitória: Editado pelo autor, 2004.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em 22 de abr. 2019.

DONOHUE, S. *et al.* Evaluating Primary Care Providers' Views on Survivorship Care Plans Generated by an Electronic Health Record System. **Journal of Oncology Practice**, v. 11, n. 3, p. 329–35, 2015. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JOP.2014.003335>>.

EL HETTI, L. B. *et al.* Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev eletrônica enferm.** v. 15, n. 4, p. 973-82, 2013. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.24405>. Acesso em: 13 mar. 2019.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **On-line Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033/313>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em: www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf. Acesso em: 02 mai. 2019.

FARAH, B. F. *et al.* Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 804-11, nov./dez. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/6501/4737>. Acesso em: 15 jan. 2019.

FERNANDES, M.C *et al.* Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. set./out. 2015. ISSN 1517-3852. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324042637007>. Acesso em: 13 de abril de 2019

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Rene**. 2013; v.14 n.2: 438-47. ISSN *Online*: 2175-6783. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11755/1/2013_art_mcfernandes.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

FERMINO, V. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 19, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42691>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* O Processo de Enfermagem como fundamento para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. In: FERREIRA, S. R. S. F; PÉRICO, L. A. D. e DIAS, V. R. G. F. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Atheneu, 2016.

FRANCO, J. L. F. **Sistemas de Informação**. Universidade Federal de São Paulo - UNA-SUS/UNIFESP. 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/12/Unidade4/Sistemas_de_Informacao/m4_Sistemas_Informacao.pdf. Acesso em: 21 jan. 2019.

FONTENELLE, L. F. *et al.* Confiabilidade e validade da codificação CIAP-2 por estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. [S.l.], v. 13, n. 40, p. 1-6, maio 2018. ISSN 2179-7994. DOI 10.5712/rbmfc13(40)1655. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1655>. Acesso em: 22 abr. 2019.

GAETE, R. A. C.; LEITE, T. A. **Estratégia e-SUS Atenção Básica**: o processo de reestruturação do sistema de informação da Atenção Básica. 2014. XIV Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305181657_Estrategia_e-SUS_Atencao_Basica_o_processo_de_reestruturacao_do_sistema_de_informacao_da_atencao_basica. Acesso em: 5 abr. 2018.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 322 p.

GAUTÉRIO-ABREU, D. P. *et al.* Contribuições do estudo de caso para o cuidado de enfermagem: um relato de experiência. **Rev Enferm UFPE**. v. 10, n. 3, p. 1149-54, 2016. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201627. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11070/12501>. Acesso em: 29 jan. 2019.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 6-8, sept. 2018. 10.1590/0103-11042018s100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2019.

GODOY, J. S. M. *et al.* O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 1, 2012. ISSN 2175-4411. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/146/106>. Acesso em: 15 jan. 2019.

GOMIDE, M. F. S. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018. DOI 10.1590/1807-57622016.0633. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2019.

GRAZIOSI, M. E. S. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). In: NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. (Org.). **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 263–274.

GUERRERO-NÚÑEZ, S.; CID-HENRÍQUEZ, P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. **Aquichán**. 2015. v.15, n. 1. P. 129-140. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a12.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun.2009. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411706008>. ISSN 0104-0707. Acesso em: 20 mar. 2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HYPPÖNEN, H. *et al.* User experiences with different regional health information exchange systems in Finland. **International Journal of Medical Informatics**, v. 83, n. 1, p. 1-18, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505613002086?via%3Dihub>. Acesso em: 6 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.10.002>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Juiz de Fora/MG. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 6 abr. 2019.

JAWHARI, B. *et al.* Barriers and facilitators to Electronic Medical Record (EMR) use in an urban slum. **International Journal of Medical Informatics**, v. 94, p. 246-54, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27573333>. Acesso em: 02 mar 2019. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2016.07.015

JESUS, B. C. *et al.* Operacionalização da auditoria como instrumento para avaliação dos registros de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE**, v. 8, n. 7, p. 2122-9. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5513/pdf_5549. Acesso em: 12 nov. 2018.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. **Rev APS**. 2011;14(1):28-38. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14656>. Acesso em: 03 jan. 2019.

JUIZ DE FORA. **Lei Complementar nº 49 de 1 de julho de 2016**. Paço da Prefeitura de Juiz de Fora, 1 jul. 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/j/juiz-de-fora/lei-complementar/2016/5/49/> Acesso em: 02 maio 2019.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Juiz de Fora, 2014.

KURCGANT, P. Coordenadora. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LANZONI, G.; MEIRELLES, B. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 651-658, 1 jun. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4386>. Acesso em: 04 mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300026>

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 359-364, Apr. 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 20 nov 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200022>.

LI, J. A Service-Oriented Approach to Interoperable and Secure Personal Health Record Systems. **Service-Oriented System Engineering (SOSE)**, 2017. IEEE Symposium on. San Francisco, CA, USA: IEEE April 2017. Disponível em: <https://ieeexplore.ieee.org/document/7943289>. Acesso em: 24 abr. 2019.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. esp., p. 9-14, 2016a. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 27 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>

_____. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. esp., p. 15-27, 2016b. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>. Acesso em: 27 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.687>

_____. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enferm. Foco**, [S.l.], v. 7, p. 35-53, jan. 2016c. ISSN 2357-707X. DOI 10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691.

Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>. Acesso em: 27 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>

- MADUREIRA, G. C. *et al.* Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde. **Rev. baiana saúde pública**; v. 40, n. 4, p. 848-861 out./dez. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876016>. Acesso em: 11 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n4.a1943>.
- MAIA, D. A.; VALENTE, G. S. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 20, n. 2, 1 nov. 2018. ISSN: 0124-2059 / 2027-128X. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145256681004>. Acesso em: 6 abr. 2019.
- MAJEED, A.; CAR, J.; SHEIKH, A. Accuracy and completeness of electronic patient records in primary care. **Family practice**, v. 25, n. 4, p. 213-4, ago. 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/25/4/213/606647>. Acesso em: 6 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn047>.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. reimpr. São Paulo: Atlas; 2008.
- MARTA-MORENO, J. *et al.* Concordancia del registro de demencia en las principales fuentes de información clínica. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 51, n. 5, p. 276-9, 2016. Disponível em: <https://medes.com/publication/114029>. Acesso em: 18 fev. 2019.
- MARTINS, C.; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde - Advantages and disadvantages of electronic health record for health institutions - **Rev. adm. saúde**; v. 16, n. 63, p. 61-66, abr./maio 2014. DOI: 10.5327/Z1519-1672201400630004. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1355. Acesso em: 20 jan. 2019.
- MARTINS, L. M. P.; SILVA; E. M.; MARQUES, D. Informações em saúde na ótica de enfermeiras da saúde da família. **REME - Rev Min Enferm.** 2016; 20:e932. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1066>. Acesso em 25 fev. 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20160002
- MARTINS, A. P. O. Q. *et al.* Usabilidade do prontuário eletrônico em unidades básicas de saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 2, abr./jun. 2017. ISSN 1984-7513. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29748/0>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. L I. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 08 jan. 2019.

MENDES E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**, 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: reformar a reforma, reforça o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 128.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 1, 2017. ISSN 1678-4464. DOI 10.1590/0102-311x00206316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206316>. Acesso em: 6 abr. 2019.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

MORORO, D. D. S. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, May 2017. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Mar 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, A. E. C. D. *et al.* Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 212-218, 2016. ISSN 0103-1104. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200212&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2019.

OLIVEIRA, S. A. *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. Adm. Saúde**, Vol. 17, nº 69, Out. – Dez. 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64/88>. Acesso em: 01 mai 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.64>

O'MALLEY, A. S. *et al.* Electronic health records and support for primary care teamwork, **Journal of the American Medical Informatics Association**, Volume 22, Issue 2, March 2015, Pages 426–434. Disponível em:

<https://academic.oup.com/jamia/article/22/2/426/697653>. Acesso em: 20 abr. 2019.
DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocu029>

PAN, L. *et al.* A compact electronic medical record system for regional clinics and health centers in China: Design and its application. **Bioinformatics and Biomedicine (BIBM)**, 2016 IEEE International Conference on. Shenzhen, China: IEEE 15-18 Dec. 2016. Disponível em:

<https://ieeexplore.ieee.org/document/7822660>. Acesso em: 20 abr 2019. DOI: 10.1109/BIBM.2016.7822660

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018 Epub 02 ago. 2018. ISSN 2177-9465. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2019.

PILZ, C. **Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva de implantação do Prontuário Eletrônico do e-SUS AB.**

(Tese de Doutorado) Rio Grande do Sul: Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148252>. Acesso em: 12 dez. 2019.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto contexto – enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016. DOI 10.1590/0104-07072016003440015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Maio 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 6 abr. 2019.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, out. 2009. DOI 10.1590/S0034-71672009000500015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2019.

REZENDE, L. C. M. **Sistemas de informação para o gerenciamento da assistência de enfermagem**: percepção dos enfermeiros. 32f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde). Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2015. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/13102>. Acesso em: 6 abr. 2019.

RIBEIRO, W.A *et al.* Implementação do prontuário eletrônico do paciente: um estudo bibliográfico das vantagens e desvantagens para o serviço de saúde. **Revista Pró-UniversUS**. v. 09, n. 1, p. 07-11, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1179>. Acesso em: 05 mar. 2019.

ROMAN, A. C. **Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: USP, 2009. 106 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ROSA, M. I. Formar, não treinar: o lugar da palavra. **Pro-Posições**. v. 21, n. 3, p. 155-72.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2006.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007. DOI 10.1590/S0034-71672007000200018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2019.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013. DOI 10.1590/S0034-71672013000200016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2019.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200602&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 mar 2019. Epub 13-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>.

SENNA, M. H. *et al.* Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Rev Rene**. 2014. v. 15, n. 2, p. 196-205. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11546/1/2014_art_mhsenna.pdf. Acesso em: 6 abr. 2019.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>.

SILVA, L. A. A. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, L. A. G. P.; MERCÊS, N. N. A. Multiple case study applied in nursing research: a case report. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 3, p. 1194-7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>. Acesso em: 25 jan. 2019.

SILVA, T. I. M. Diffusion of the e-SUS Primary Care innovation in Family Health Teams. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 6, p. 2945-52, 2018. ISSN 1984-0446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>. Acesso em: 5 mar. 2019.

SILVA, A. G. I.; DIAS, B. R. L. Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura - Nursing records: a review of literature - **Nursing (São Paulo)**;21(247): 2476-2481, dez.2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg30.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2019.

SILVEIRA, D. S. *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, Sept. 2010. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900005&lng=en&nrm=iso>. access on 29 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900005>.

SIQUEIRA, M.C. **Gestão estratégica da informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

SODER, R. *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 3, nov. 2018. ISSN 2357-707X. DOI. 10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1496. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496/465>. Acesso em: 08 maio 2019.

SOUZA, R. G.; RIVEMALES, M. D. C. C.; SOUZA, M. K. B. D. Sistema de Información de la Atención Básica como instrumento de gestión: estudio de caso en Santo Antônio de Jesus / BA. **On-line Brazilian Journal of Nursing**. v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3552/html_1. Acesso em: 6 abr. 2019.

SOUZA, R. P. **Os registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado**. Dissertação (Mestrado acadêmico). 201p. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2018/10/Disserta%C3%A7%C3%A3o-FINAL.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2019.

SOUZA, R. S. *et al.* Prontuário Eletrônico do Paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **RE. SAÚD. DIGI. TEC. EDU.**, Fortaleza, CE, v. 3, n. 1, p. 51-68, ago./dez. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/resdite/article/view/33069/97176>. Acesso em: 11/05/2019.

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

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2019. 10.1590/0102-311x00029418. e00029418. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2019.

URBAN, E. *et al.* Technical support and delegation to practice staff – status quo and (possible) future perspectives for primary health care in Germany. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 12, n. 81, p. 1-7, 2012. ISSN 1472-6947. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508964/>. Acesso em: 03 mar. 2019. DOI: 10.1186/1472-6947-12-81

VALE, R. R. M. D. **Estratégia e-SUS Atenção Básica**: Uso pelas equipes de Consultório na Rua. 2017. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Cidade de Goiás.

VENTURA, M. M. O Estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ**. v. 20, n. 5, p. 383-6, 2007. Disponível em:

http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf.
Acesso em: 15 fev. 2019.

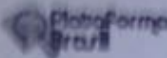
VIEIRA, A. C. O projeto cartão nacional de saúde e a construção de e-Saúde para o Brasil. In: **TIC Saúde 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. p. 33–45. Disponível em: <https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-saude-2013.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 204 p. 1998.

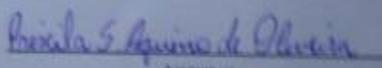
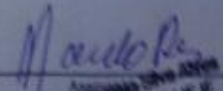
YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 120			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA			
6. CPF: 073.695.616-22		7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO JOSE MARTINS MORRO DA GLORIA 140-308 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36036050	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 32968552259	10. Outro Telefone:
		11. Email: priscil_ufjf@hotmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Assumo as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>26</u> / <u>06</u> / <u>2018</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Faculdade de Enfermagem
15. Telefone: (35) 2102-3786		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>PROF. MARCELO DA SILVA AUES</u>		<u>855.774.807-87</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETOR DA FAC. ENFERMAGEM</u>			
Data: <u>26</u> / <u>6</u> / <u>18</u>		 Prof. Dr. Marcelo da Silva Aues Diretor da FACCEN-UFJF CONEP MS 70.004	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B



Declaração

Eu, Thiago Augusto Campos Horta, na qualidade de responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "A Estratégia e-SUS Atenção Básica e suas Implicações para a Gerência do Cuidado de Enfermagem" a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Priscila Sanches Aquino de Oliveira e da Professora Doutora Nádia Fontoura Sanhudo no município de Juiz de Fora e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicita-se, assim que concluídos, o Relatório de Pesquisa e as Bases de Dados da referida pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 25 de junho de 2018.

Jão Daniel Neto
Gerente do Departamento
Programas e Ações da APS
DPAAPS/SSAPS/SS/PJF

Thiago Augusto C. Horta
Subsecretário de Atenção
Primária à Saúde

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde

Recebido em: ____ / ____ / ____	
Nome:	CPF:
Instituição:	
E-mail:	Telefone:
Assinatura:	

Secretaria de Saúde
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
Rua Halfeld, 1400 – 3º andar – Centro – Juiz de Fora – MG – Tel.: (32) 3690-7711 – FAX: (32) 3690-7711

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93212718.3.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.876.225

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

ANEXO C



Continuação do Parecer: 2.876.225

compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/06/2019

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1167747.pdf	03/07/2018 16:53:32		Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	03/07/2018 16:52:53	PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Priscila_Aquino.docx	26/06/2018	PRISCILA SANCHES	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C



Continuação do Parecer: 2.876.225

/ Brochura Investigador	Projeto_Priscila_Aquino.docx	20:18:19	AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICE_2.docx	26/06/2018 20:15:45	PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	26/06/2018 20:15:07	PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	APENDICE_1.docx	26/06/2018 20:12:20	PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Temos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/06/2018 20:07:51	PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	26/06/2018 20:05:37	PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Setembro de 2018

Assinado por:
Helena de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

APÊNDICE A



APÊNDICE 1

Roteiro Estruturado Pesquisa documental

- De acordo com as possibilidades de implantação da Estratégia e-SUS AB ofertadas pelo Ministério da Saúde, qual o cenário de implantação escolhido pelo município?
- A implantação da Estratégia e-SUS AB foi concluída no município? Se não, como se encontra o planejamento das ações para conclusão?
- O município utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC e-SUS AB?
- Quantas e quais UBS possuem infraestrutura para utilizar o PEC e-SUS AB?
- Quantas e quais UBS utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão?
- Quantos e quais enfermeiros atuam nas UBS que utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão? Destes, quantos estão há mais de 1 ano nestas UBS?
- Os profissionais que utilizam o sistema receberam treinamento para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão?
- Os profissionais possuem dificuldades na utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão? Se sim, estão relacionadas ao sistema ou à infraestrutura? Como estas demandas são recepcionadas pela Secretaria de Saúde?

APÊNDICE B



APÊNDICE 2

Roteiro Semiestruturado para entrevista individual

Caracterização dos participantes	
Dados sociais e profissionais	
1. Sexo:	1() Masculino 2() Feminino
2. Idade:	_____
3. Formação Profissional:	1() Graduação 2() Especialização/Residência 3() Mestrado 4() Doutorado
4. Tempo de atuação profissional (em anos):	_____
5. Tempo de atuação profissional na AB (em meses):	_____
6. Possui outro emprego?	1() Sim 2() Não
7. Qual o seu vínculo com a instituição?	1() Efetivo 2() Contratado
8. Recebeu treinamento para utilização do PEC?	1() Sim 2() Não

Roteiro de Entrevista

1. Como ocorre a gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica a partir do PEC e-SUS AB?
2. Qual a sua percepção sobre o PEC e-SUS AB na sua prática profissional? Quais os desafios? Sua satisfação? Reflexos no atendimento aos usuários?
3. Quais as implicações do PEC e-SUS AB na gerência do cuidado de enfermagem? Você utiliza os relatórios fornecidos pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão para a gerência do cuidado de enfermagem? Se sim, como?
4. Quais as potencialidades e dificuldades percebidas por você na utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão? Quais as estratégias que você utiliza frente às dificuldades apresentadas na utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão?
5. Que sugestões você daria para melhorar o seu processo de trabalho com o PEC?

APÊNDICE C



APÊNDICE 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "A ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a implantação da Estratégia e-SUS AB e a percepção dos enfermeiros sobre suas implicações para a gerência do cuidado de enfermagem. Nesta pesquisa pretendemos conhecer as implicações da implantação da Estratégia e-SUS AB para a gerência do cuidado de enfermagem em um município da Zona da Mata Mineira.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realização de entrevista, previamente agendada, gravada com auxílio de gravador, somente de voz, e guiada por roteiro semiestruturado. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: risco e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica de coleta das informações não empregarão nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão do estudo. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, será mantido o anonimato da instituição e dos participantes. O conteúdo das entrevistas será salvo em disco compacto (CD), que junto com as falas transcritas, serão armazenadas no Departamento de Enfermagem Básica na Faculdade de Enfermagem da UFJF, por um período de cinco anos após o término da pesquisa, sendo ao final, destruídos. A pesquisa pode ajudar no preenchimento da lacuna existente na literatura sobre a implantação da Estratégia e-SUS AB nos municípios e sobre a utilização da Estratégia e-SUS AB na gerência do cuidado de enfermagem; ajudar a contribuir para avanços na implantação da Estratégia e-SUS AB e com a efetiva utilização do sistema pelos profissionais para o planejamento em saúde na Atenção Básica; ajudar a ampliar o entendimento sobre a gerência do cuidado de enfermagem na Atenção Básica para estudantes e profissionais de enfermagem; e, contribuir com as discussões desenvolvidas no grupo de pesquisa Gerência em Saúde e Enfermagem da UFJF.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Priscila Sanches Aquino de Oliveira
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem
CEP: 36036-900
Fone: 32 98855-2259
E-mail: prienf_uffj@hotmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

APÊNDICE D

**Termo de Confidencialidade e Sigilo**

Eu PRISCILA SANCHES AQUINO DE OLIVEIRA, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado A ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em documentos setoriais da Secretaria Municipal de Saúde ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assinando este termo para salvaguardar seus direitos.


 Priscila Sanches Aquino de Oliveira

Fone: (32) 98855-2259

E-mail: prief_ufjf@hotmail.com

Juiz de Fora 26 de junho de 2018.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br