



UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Mestrado em Saúde da Família

DANIELLE VICTOR DA SILVA

**Utilização de Prontuário Eletrônico na Atenção Primária à Saúde:
Implantação do PEC e-SUS em Área no Município do Rio de Janeiro.**

Rio de Janeiro
2019

DANIELLE VICTOR DA SILVA

**Utilização de Prontuário Eletrônico na Atenção Primária à Saúde:
Implantação do PEC e-SUS em Área no Município do Rio de Janeiro.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título Mestre do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* - Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Tereza Fonseca da Costa

Rio de Janeiro

2019

V642

Victor da Silva, Danielle.

Utilização de prontuário eletrônico na atenção primária à saúde: implantação do PEC e-SUS em área no município do Rio de Janeiro. / Danielle Victor da Silva. - Rio de Janeiro. – 2019.
65 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa.

1. Prontuário eletrônico. 2. Sistema de informação em Saúde.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Rio de Janeiro. I. Costa, Maria
Tereza, orient. II. Universidade Estácio de Sá. III. Título.

CDD: 352.8363918153



Estácio

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

A dissertação

UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IMPLANTAÇÃO DO PEC E-SUS EM ÁREA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

elaborada por

DANIELLE VICTOR DA SILVA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 21 de novembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa – Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dra. Michele Souza e Souza
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Catalina Kiss
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo seu amor, cuidado e proteção. A ele toda honra toda glória;

Ao meu amor que esteve ao meu lado no momento mais difícil da minha vida, o segundo semestre do mestrado;

Aos meus colegas de Mestrado, eles nunca me deixaram desistir;

À coordenação que me permitiu e me incentivou a realizar esse curso

Agradeço também aos professores do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá por contribuir para meu crescimento profissional;

Aos professores Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e Michele Souza e Souza pelo apoio e colaboração na banca de qualificação do Mestrado.

À minha orientadora Prof^a Maria Tereza Fonseca da Costa, agradeço por carinho, paciência e dedicação, sem você esse trabalho sequer teria existido.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O prontuário é reconhecido como uma ferramenta de registros em saúde, que facilita a assistência ao paciente, sendo o elo de comunicação entre membros da equipe de saúde. No município do Rio de Janeiro foram utilizados, a partir de 2009, diferentes modelos de prontuários eletrônicos do paciente. Somente em 2017 houve decisão de Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a implantação do Sistema e-SUS AB do Ministério da Saúde, nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). **OBJETIVOS:** O objetivo geral foi analisar fragilidades e potencialidades do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) e-SUS da atenção básica (AB), em unidades do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos foram: analisar informações sobre fatores que interferem nos processos de registro da equipe técnica no PEC e-SUS AB e discutir estratégias necessárias para a melhoria da qualidade dos registros das equipes no PEC e-SUS AB. **MÉTODO:** Foi realizada uma pesquisa-ação com abordagem descritiva e qualitativa, a partir de uma oportunidade de consolidar informações da gestão na área 1.0, no processo de implementação do PEC e-SUS AB. A partir de um levantamento focal da situação específica da área, a primeira a implantar este prontuário eletrônico na SMS do Rio de Janeiro, foi apresentada análise sobre fragilidades e potencialidades do prontuário eletrônico. A amostra dos entrevistados para coleta de informações foi intencional, com as respostas de 06 (seis) profissionais da AB, que utilizavam o prontuário eletrônico em suas atividades. **RESULTADOS:** Foram identificadas as seguintes categorias temáticas, discutidas na análise de conteúdo: Experiência com utilização do prontuário eletrônico na APS; Dificuldades e fragilidades do PEC e-SUS AB; Potencialidades do PEC e-SUS AB; Papel do gestor no processo de implantação do PEC e-SUS AB; Consequência da implantação do PEC e-SUS. Ao final da pesquisa, foi desenvolvido um instrumento de apuração e avaliação dos registros, voltado para o PEC e-SUS.

Palavras-chave: Registros Eletrônicos de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The medical record is recognized as a health records tool, which facilitates patient care, and is the communication link between health team members. In Rio de Janeiro, from 2009, different models of electronic patient records were used. Only in 2017 was the decision of the Municipal Health Department (SMS) to implement the e-SUS AB, a federal government system (MS), in the Primary Health Care (PHC) units. **OBJECTIVES:** The main objective was to analyze the weaknesses and potentialities of the citizen's electronic medical record (PEC e-SUS AB) in PHC units of Rio de Janeiro. The specific objectives were: to analyze information about factors that interfere in the processes of registration of the technical team in the PEC e-SUS AB and to discuss strategies needed to improve the quality of the team's records, in the PEC e-SUS AB. **METHOD:** An action research with a descriptive and qualitative approach was conducted, based on an opportunity to consolidate management information in area 1.0, in the process of implementation of the PEC e-SUS AB. From a focal survey of the specific situation of the area, the first to deploy this electronic medical record in the PHC of the Rio de Janeiro, an analysis of weaknesses and potentialities of the electronic medical record model being implemented in the PHC was presented. The sample of respondents for information collection was intentional, with the answers of 06 (six) PHC professionals, who used the electronic medical record in their activities. **RESULTS:** The following thematic categories were identified and discussed in the content analysis: Experience with the use of electronic medical records in PHC; Difficulties and weaknesses of PEC e-SUS AB; Potentialities of PEC e-SUS AB; Role of the manager in the PEC e-SUS AB implementation process; Consequence of the implementation of the e-SUS PEC. At the end of the research, it was developed an instrument of verification and evaluation of records, aimed at the PEC e-SUS.

Keywords: Electronic Health Records; Health Information Systems; Family Health Strategy; Primary Health Care

LISTA DE FIGURAS e QUADROS

Figura 1 - Distribuição da ficha CDS	29
Figura 2 - Ficha de cadastro individual	30
Figura 3 - Áreas Programáticas SMS	33
Quadro 1 - Perfil e Caracterização dos Participantes	37

LISTA DE ABREVIATURAS

AB Atenção Básica

ACS Agentes Comunitários de Saúde

AP Áreas de Planejamento

APS Atenção Primária à Saúde

CF Clínica de Família

CAP Coordenadoria Geral de Atenção Primária

ESB Equipe de Saúde Bucal

ESF Estratégia Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB Norma Operacional Básica

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organizações das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

OSS Organizações Sociais de Saúde

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PEC Prontuário Eletrônico do Cidadão

PEP Prontuário Eletrônico do Paciente

PSF Programa Saúde da Família

SF Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3.1 Atenção Primária à Saúde	16
3.2 Registros e Prontuários em Saúde.....	20
3.3 Prontuário Eletrônico e o SUS	25
4. MATERIAL E MÉTODO	30
4.1 Tipo de Estudo.....	30
4.2 Cenário e Fonte de Dados	32
4.3. Estratégias de Análise	34
4.4 Aspectos Éticos	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE	59

1. INTRODUÇÃO

O prontuário é reconhecido como uma ferramenta de registros em saúde, que facilita a assistência ao paciente, sendo o elo de comunicação entre membros da equipe multiprofissional de trabalho em saúde. É indispensável na garantia do componente de longitudinalidade do cuidado de forma organizada, assegurando a continuidade do atendimento, na atenção primária e nos diversos níveis de atenção à saúde, por exemplo, nas internações ou consultas ambulatoriais. É importante ter uma visão mais ampla do prontuário, uma vez que nos serve de conhecimento, é uma fonte de dados sem limites para os profissionais de saúde; de conhecimento para projetos acadêmicos; como ferramenta para a gestão administrativo financeira e nos aspectos ético e legal, que envolve as pessoas atendidas e todo o serviço de saúde. Por esse motivo se faz necessário garantir a qualidade, integralidade e a confiabilidade dos registros em diferentes formatos, incluindo aqueles nos prontuários eletrônicos, em crescente utilização no SUS.

O presente estudo decorre de uma motivação inicial em conhecer melhor fatores relacionados à utilização dos prontuários eletrônicos do paciente (PEP), implantados na Atenção Primária à Saúde (APS), no município do Rio de Janeiro, onde a autora da dissertação atua como gestora de unidade. Durante a fase inicial de desenvolvimento da pesquisa, ocorreu uma oportunidade de vivenciar a substituição de modelos diferenciados de PEP, no município do Rio de Janeiro, a partir da implantação do prontuário eletrônico definido pelo Ministério da Saúde (MS) para a Atenção Básica (AB), no Sistema Único de Saúde (SUS) do país.

Para Barros et al (2004), devemos valorizar todas as informações armazenadas em papel ou em meio digital, magnético ou qualquer outra forma de registro de dados, na assistência à saúde.

O prontuário deixou de ser somente um conjunto de formulários a serem preenchidos e pode ser encarado como uma entrada para um grande banco de dados, que reunirá informações valiosas e precisas do cuidado prestado ao paciente. Isso nos leva a refletir que a qualificação dos registros no prontuário

tende a colaborar para um processo de trabalho de qualidade aplicado à Estratégia Saúde da Família (ESF). No caso da rede pública do município do Rio de Janeiro, com a recente expansão da APS, nas unidades de saúde evoluiu-se do uso de prontuários em modelos de papel para o PEP e tal atualização gerou a necessidade de qualificar melhor os dados para a inserção de cada usuário do território.

O município do Rio de Janeiro viveu uma chamada reforma da APS, a partir do ano de 2009, que assim foi considerada na duração de dois mandatos de governo municipal, até 2016. Apresentou-se como uma reorganização de seu sistema público de saúde embasado na APS, conseguindo expandir o atendimento ao público, neste nível de atenção. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) buscou diferenciar a proposta normativa da ESF ao criar as Clínicas da Família (CF). Estas foram apresentadas como unidades de saúde estruturalmente sofisticadas, equipadas adequadamente, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, nas quais se incluíram os prontuários eletrônicos (ERNO, KARINE & LIMA, 2013).

A ideia de realizar esse estudo surgiu numa experiência da autora na gerência de unidade de APS, no município, com a preocupação de ter um prontuário rico em informações úteis, que facilitassem tanto o processo de trabalho das equipes da ESF, quanto às competências da gestão, além da qualificação da vigilância nos territórios.

O fluxo das informações nos registros da APS, passa obrigatoriamente pelo agente comunitário de saúde (ACS), incumbido da obtenção e inclusão dos dados de identificação do paciente, mas envolvendo toda a equipe da ESF. O ACS é o profissional que se mantém mais próximo da população, também por meio de visita domiciliar, necessitando manter as informações atualizadas e são orientadas quanto à utilização dos serviços disponíveis (CANSAÇÃO & RAMOS, 2008).

Ser responsável pela micro área adscrita faz do ACS o primeiro a ter contato com o prontuário do paciente, isto é, na ESF é o profissional responsável prioritariamente a realizar cadastramento do usuário e seus familiares, abrindo assim em sua clínica de atendimento o prontuário da família. O cadastramento da família pode se dar através da visita domiciliar ou captando o usuário na unidade de saúde, oportunizando assim a ida dele na mesma e iniciando-se o

vínculo ACS – Usuário - Unidade de Saúde. Pode - se também dizer que neste momento é iniciado o acesso dos usuários ao serviço de saúde e os registros voltados para o sistema de informação da AB. O sistema de informação da atenção básica foi implantado com o objetivo de acompanhar as ações e resultados das atividades executadas pelo programa saúde da família (PSF) e , posteriormente, no modelo da ESF, disponibilizando diversas informações para o SUS. Estas informações eram recolhidas inicialmente nas fichas de cadastramento (Ficha – A) , nos múltiplos modelos de acompanhamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo analisadas em relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2003).

A Ficha – A favorecia o entendimento das particularidades dos moradores adscritos, quanto o total de moradores e sua situação de moradia, condições de vida disponíveis (CANSAÇÃO & RAMOS, 2008).

Com objetivo de integrar um Sistema de Informação em Saúde no SUS, integrando diferentes níveis de atenção, o MS reorganizou o modelo nacional de gestão da informação na AB, instituindo-se 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 tornando a Estratégia e-SUS AB a base para sua operacionalização (BRASIL, 2013).

As ferramentas de registro anteriores, em virtude da implantação do e-SUS, foram customizadas para acompanhar as demandas de um prontuário eletrônico nacional e a Ficha – A, por exemplo, recebeu o nome de Ficha de Cadastro Domiciliar. Dessa forma, esta implantação determinou diferentes alterações no processo de trabalho das equipes da ESF.

No município do Rio de Janeiro, que utilizava nas dez áreas de gestão da SMS-RJ, desde 2009, diferentes modelos de PEP desenvolvidos para a APS por empresas privadas estrangeiras, somente em 2017 houve decisão para a implantação do Sistema e-SUS AB nas unidades.

A Área Programática (AP) 1.0 do município do Rio de Janeiro, que abrange os bairros da região central da cidade, foi a área escolhida pela SMS, em 2017, para iniciar esta implantação do e-SUS AB.

O contexto até então estabelecido, em todas as AP da SMS, era o de prestação de serviços para desenvolvimento e suporte a diferentes tipos de prontuário eletrônico do paciente (PEP), que foram contratados não pelo gestor

público, mas através das Organizações Sociais (OS). As OS são organizações que estabeleceram convênios formais com o poder público, visando a cogestão da APS nas áreas programáticas.

Na AP 1.0, existia um contrato da OS que atuava na gestão da área com a empresa portuguesa do PEP – *Medicine One*. Em 2017, ocorreu a decisão da SMS, em conjunto com a instância de gestão regional – a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área 1.0 (CAP 1.0), de orientar à OS sobre o necessário encerramento do contrato com o *Medicine One* e iniciar a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Atenção Básica (PEC e-SUS AB).

A partir dessa experiência de implantação e no desenvolvimento de diferentes estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho, neste novo contexto de registros eletrônicos, com a autora da presente dissertação atuando como gerente de unidade de APS na CAP 1.0, decidiu-se pela orientação de uma pesquisa-ação, a partir do aproveitamento de oportunidades práticas que esta realidade possibilitou.

O presente estudo foi orientado para responder à pergunta sobre que fragilidades e potencialidades foram identificadas por gestores de unidades e membros da equipe, em relação ao PEC e-SUS, nesta fase de implantação, assim como para sugerir um modelo preliminar de instrumento para monitoramento dos registros de algumas linhas de cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar fragilidades e potencialidades identificadas na implantação do PEC e-SUS AB, em unidades de uma área programática da SMS do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar informações sobre fatores que interferem nos processos de registro da equipe técnica no PEC e-SUS AB, realizado na CAP 1.0 da SMS do Rio de Janeiro.
- Discutir estratégias necessárias para a melhoria da qualidade dos registros da equipe da ESF, no PEC e-SUS AB.
- Elaborar instrumento de acompanhamento dos registros no PEC e-SUS AB nas unidades da CAP 1.0.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Atenção Primária em Saúde

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir dos fundamentos da APS e suas competências, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (ROSA & LABATE 2005).

Essa transformação no modelo assistencial, ocorreu através da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes ficam responsáveis pelo cuidado e acompanhamento de um número definido de famílias de áreas geográficas delimitadas, atuando com ações de promoção, prevenção e proteção à saúde desta comunidade. Representou uma importante ruptura com um padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país (ESCOREL et al, 2007).

A partir das Políticas Nacionais de AB, de 2006 e 2011, desenvolve-se um modelo referido como Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o processo de trabalho das equipes consolidado no registro de dados sendo trabalhado por todos os membros da equipe envolvidos com as famílias e usuários.

Segundo o Manual do Prontuário de Saúde da Família, organizado por Magalhães et al (2007) na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com a implementação desse modelo, o cadastro das famílias passa a ser realizado com a Ficha A, do Sistema de Informação da Atenção Básica – o SIAB. A ficha “A” é de responsabilidade do ACS e seu preenchimento se dá na visita domiciliar e/ou quando o usuário se dirige à unidade de saúde. A partir do preenchimento da ficha, a equipe procedia a abertura do prontuário, com identificação familiar e composição da mesma, sendo que a atualização deveria ser anual ou sempre que se fizesse necessário, de acordo com a mudança da composição familiar.

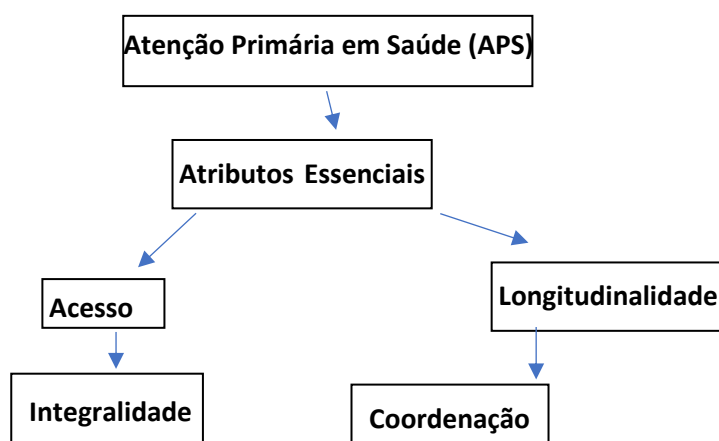
O ACS desempenha a junção no âmbito da unidade e da comunidade adscrita, quanto à referência dos serviços disponíveis. O ACS desempenha uma

série de funções, tais como mapeamento território, visita domiciliar, ação educativa participa no planejamento da equipe e deve manter o cadastro atualizado dos residentes da sua área de abrangência (MAGALHÃES et al, 2007).

Considerando os objetivos do presente estudo, foram escolhidos dois aspectos apresentação em destaque, a partir de revisão bibliográfica, os atributos da APS e as características da ESF no SUS.

No modelo de ESF proposto para o SUS, a porta de entrada do sistema de saúde se inicia pela atenção primária, e se norteia, segundo Starfield (2002), pelos atributos essenciais:

Acesso, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado.



A organização dos serviços de saúde da APS por meio da ESF deve priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada, tendo como base a referência de atributos acima citados:

“ A APS apresenta dois aspectos distintos na reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico – assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: Atenção ao primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural” (OLIVEIRA, 2013, p 159).

Dessa forma, os atributos da APS se resumem como:

Acesso: Porta de entrada do sistema de saúde. É o primeiro contato do indivíduo e, na unidade, está representado na figura da equipe de saúde.

Integralidade: É um sustentáculo na estruturação do sistema de saúde. Está relacionada aos cuidados focados na pessoa e maior abrangência das necessidades em saúde.

Coordenação do cuidado: É o elo entre inúmeros serviços e práticas de saúde, estabelecendo-se objetivos comuns. Estabelecida também na oferta ao indivíduo de uma coleção de serviços e referências, que atendam às exigências de saúde e de aspectos integral.

Longitudinalidade: Visa o acompanhamento dos usuários e famílias pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo. O vínculo com a unidade/profissional fica muito evidente, observando-se esse atributo, mas pare que seja pleno esse vínculo, o profissional precisa reconhecê-lo para o estabelecer de forma clara, transparente,

A Longitudinalidade está associada à boa interlocução que se destina a aprimorar a assistência ao usuário, a sequência e a permanência dos cuidados (STARFIELD,2002).

Embora a regularidade no acompanhamento de pacientes ou usuários não seja um recurso privativo da APS, neste nível impõe-se uma conexão particular com o usuário e o profissional de saúde. Os adequados registros em documentos ou prontuários poderão preencher a escassez de conhecimento para a assistência adequada, ao longo do tempo, garantindo apoio ao seguimento longitudinal integrado.

“Entre os atributos essenciais para a APS e, conseqüentemente, para a ESF destaca-se a longitudinalidade que visa o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).”

A presença da longitudinalidade se firma também na natureza da competência do usuário em conseguir discernir o profissional responsável pela sua coordenação do seu cuidado, servindo como fonte de atenção integral para as suas questões (STARFIELD, 2002).

Entende-se ainda que a longitudinalidade relaciona-se à assistência em saúde desenvolvida por uma determinada equipe, tratando de forma holística todo ciclo de vida da pessoa assistida (FRANK et al 2015).

Essa confiança não garante as respostas para todos os problemas, contudo valoriza a escuta das queixas e respeita as necessidades com o objetivo de acolher, conduzir ou encaminhar o atendimento de maior complexidade.

“Acolher, orientar ou direcionar o atendimento para serviços que exijam maior complexidade são aspectos imprescindíveis para o atendimento humanizado e que contribuem para a resolutividade dos problemas de saúde da população”.
(FRANK, 2015).

A atenção integral ao usuário em seu contexto social e familiar precisa ser traduzida e registrada no prontuário, que é a melhor ferramenta para combinar com esse atributo com outros de competência da APS. A gestão da tecnologia atrelada à comunicação em saúde ganhou força em 2009, no município do Rio de Janeiro, com a primeira Clínica de Família utilizando um modelo contratado de prontuário eletrônico, no bairro de Realengo. Foi a principal ferramenta de gestão e pesquisa, quando, a partir de 2012, iniciaram-se as primeiras análises de indicadores de acesso e desempenho (SORANZ, 2016).

Nesse momento, 2012, a cidade do Rio de Janeiro trabalhava a longitudinalidade do cuidado nos prontuários eletrônicos e, assim, mensurava o desempenho de indicadores organizacionais e clínicos.

O PEP demonstrava sua utilidade para a SF em diversas frentes: na clínica e na gestão.

O prontuário eletrônico foi largamente empregado no dia – a - dia das equipes de saúde da família servindo para diagnóstico e execução das políticas públicas.

“É fundamenta a utilização do sistema de informação que permita associar indicadores de saúde com atributos da atenção primária”. (SORANS, 2016)

3.2 Registros e Prontuários em Saúde

O registro em saúde é construído pelas informações pessoais do indivíduo, seu relato clínico, diagnósticos laboratoriais, avaliações de outros profissionais, de maneira a documentar os serviços prestados (LIPPMAN, 2001).

O cadastro e os registros são significativos para a pessoa doente e para a equipe multiprofissional que atua na unidade de saúde. Assim, o prontuário também é uma ferramenta de defesa legal, indispensável em processos éticos e judiciais, porque permite atestar o acompanhamento ao paciente, tendo também importante papel para pesquisas em saúde, considerada uma ferramenta para a gestão dos serviços.

“O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução n.º 1.638/02, define prontuário como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Para simplificar – é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente” (TONELLO et al, 2013).

A palavra prontuário tem origem no latim - *promptuarium* e significaria “*lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento*”. Alguns consideram que a sistematização dos registros ligados aos cuidados de pessoas, se deu partir da medicina documentada por Hipócrates, no século V

a.C, que procuravam espelhar a trajetória da doença, apontando prováveis geradores de agravos. Com esses apontamentos médicos, Hipócrates teria sido capaz de constatar sinais e sintomas, focando no registro rico em detalhes (TONELLO et al, 2013).

Há relatos também de Florence Nightingale, a percussora da enfermagem moderna, ao cuidar dos feridos moribundos da Guerra da Criméia (1853-1856), ter buscado informações dos pacientes, sem sucesso.

Na Europa, com a mudança da coordenação nosocomial dos religiosos para médicos, por volta do século XVIII, os registros e anotações teriam se tornado mais exatos. Ao longo do tempo, pacientes foram identificados por pulseiras em punhos e surgiu a identificação do leito fixada na parede (PATRÍCIO et al, 2016)

Há evidências de que o registro em papel está sendo utilizado há milhares de anos, mas principalmente nos últimos séculos, quando se torna gradativamente mais sistematizado. Até o sec. XIX, os registros eram feitos de forma empírica, com anotações cronologicamente estabelecidas, surgindo a forma do registro em prontuário conduzido pelo tempo. Entre os objetivos da guarda desses dados médicos, estava o amparo à análise posterior e o aprendizado a respeito da evolução da doença (TONELLO et al, 2013).

A duplicidade era algo que chamava a atenção, uma vez que era comum nos hospitais cada médico desenvolver suas próprias anotações, ocasionando uma pluralidade de prontuários com referências diversas, até numa mesma unidade de saúde. Apesar disso o começo do prontuário medico, centralizado no enfermo, é referido como tendo se estabelecido de modo estruturado desde 1907, no momento que a Clínica Mayo, fundada em 1880 nos EUA, decide-se por um registro por cadastro individual não mais para diferentes serviços médicos (PATRÍCIO et al, 2016).

Sobre a composição do prontuário tendo como base a Resolução do CFM nº 1.638/2002), em seu Art 1º temos que é:

[...] o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e

científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Definem-se como componentes obrigatórios do prontuário os seguintes itens:

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

O prontuário conhecido como atualmente, que antes era denominado “prontuário médico”, modificou-se para a concepção de “prontuário do paciente”, sendo um documento de interlocução entre membros da equipe multidisciplinar de assistência, com registros de todo o atendimento prestado aos indivíduos. A multidisciplinaridade do prontuário se evidencia primeiramente, porque está estabelecido como um documento único e as informações ali registradas

pertencem a somente ao paciente. São muitas as particularidades dos prontuários, entendendo-se a relevância de sua existência, também porque são necessários para salvaguardar as memórias depositadas nos seus registros (SANTOS, 2015).

Para Vasconcellos et al (2008), a qualidade do registro traz consigo uma melhor assistência ao paciente. Apesar dessa importância, no Brasil, tem sido observada a baixa qualidade nos registros em saúde, em diferentes estudos.

Na APS, o registro contido no prontuário do paciente ou da família processa-se também a análise das questões de saúde dos moradores e a vulnerabilidade das famílias, sob responsabilidade sanitária da equipe de uma saúde. Assim, um prontuário com dados completos e atualizados, está relacionado à qualidade prestada e à sequência da programação das ações na UBS (SANTOS, 2015).

Ter acesso a todos os dados do indivíduo, não ficando restritos a dados clínicos, mas também considerando os socioeconômicos, as condições de risco e vulnerabilidades, escolaridade, renda familiar, entre outros, é fundamental na ESF e no acesso do paciente ao SUS.

Nesse sentido, Starfield (2002) chama a atenção a respeito das lacunas que existem na adequação dos registros médicos aos princípios da APS. A autora considera que os registros nos prontuários, costumam ser fragmentados, sem continuidade nas evoluções e pobres de informações fora do âmbito biológico.

Segundo Pinto (2006), o prontuário apoia a função de evidenciar as situações de saúde e morbidade do indivíduo e de familiares. Além disso, também podem ser destacados os seguintes aspectos:

- Permite que o conhecimento seja compartilhado entre profissionais;
- É fonte de investigação;
- Pode ser usado como ferramenta de Educação Permanente;
- Serve de base para a gestão em saúde.

O prontuário é indispensável e de grande relevância para a ESF. É um dispositivo de trabalho que assegura o registro de dados e possibilita formas

dinâmicas de interação na equipe da ESF e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), acompanhando então determinantes para a melhoria da assistência à família, com grande significância no que tange à longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Alguns autores reconhecem que o prontuário da família é um indicador de qualidade da atenção ofertada, uma referência para avaliar a necessidade de educação permanente e elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos (PEREIRA, et al., 2008).

Conseqüentemente o prontuário é uma ferramenta decisiva no desenvolvimento de atenção à saúde e necessita agregar referências consideráveis ao segmento da assistência realizada às famílias ou qualquer um de seus membros.

Algumas forças podem aglutinar-se visando a construção de saber que promova, para gestão, profissionais e pesquisadores, registros de formas conveniente e descomplicada, na APS. Os registros e suas características, também refletem e interferem nos princípios voltados para a qualidade à saúde.

E quais seriam as justificativas para a insistir informatização de registros em saúde, interferindo em processos de trabalho dos profissionais há tanto tempo instituídos?

Uma das principais alegações para que haja informatização seria o crescente volume de informação a ser armazenado.

“ Com a ampliação da atenção à saúde, a grande diversidade dos profissionais envolvidos e as demandas legais de manutenção e preservação desses registros, o volume de papel que precisa ser armazenado atingiu dimensões de difícil manutenção. Em função dos requisitos legais que atribuem a guarda dos prontuários às instituições de saúde e estabelecem os períodos de preservação desses registros, há a necessidade de se manterem estruturas de arquivamento de grande porte” (GALVÃO, 2012, p. 34)

Outro aspecto a ser pensado refere-se à necessária clareza de informação que profissionais de saúde precisam ter, em relação aos dados do paciente, em diferentes oportunidades. Os apontamentos indecifráveis, por exemplo, na prescrição médica e de outros membros da equipe multidisciplinar, nas evoluções clínicas, relatos de enfermagem, solicitação de exames, movimentação remota de dados a tempo e a hora, podem comprometer processos de cuidados.

Apesar das vantagens citadas sobre competências que permitam a integração do acesso às informações do paciente, nos diferentes níveis de atenção, existem questões vistas como ameaças a respeito do PEP, tendo em vista a possibilidade de expor várias incertezas quanto à preservação da informação e ao sigilo, o que ainda carece de melhores esclarecimentos e estudos.

Na APS, os registros eletrônicos poderão se tornar estruturas de apoio insubstituíveis para o alcance de atributos considerados neste nível de atenção, além de ser um elemento de garantia do direito à informação sobre a saúde dos usuários, facilitando o controle social e a integração da rede de serviços.

“O prontuário pode vir a ser uma ferramenta para a integralidade e longitudinalidade, princípios do SUS, podendo ser um indicador na necessidade de mudanças no cuidado da atenção básica à saúde. Fica evidente que o prontuário possui grande relevância na participação social, sendo um objeto que merece ser investigado em todo seu contexto” (SANTOS, 2015).

3.4 Prontuários Eletrônicos e o SUS

O compartilhamento de prontuários eletrônicos no processo de trabalho das equipes multiprofissionais é, sem dúvida, um grande avanço para os serviços de saúde e seus resultados.

Entretanto, sua utilização deve respeitar as bases legais e éticas para os registros em saúde, representando uma evolução nos campos do cuidado, epidemiológico, da gestão e para as pesquisas médicas. Representa a possibilidade de ser um aglutinador de informações e comunicações na equipe responsável pelo cuidado (BEZERRA, 2009).

Após um estudo realizado nos Estados Unidos para definir o que é PEP, o *Institute of Medicine* publicou, em 1991, o livro *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*, onde foram descritos e apontados novos conceitos e padrões que deveriam ser utilizados, visando a reformulação dos registros em saúde para sistemas eletrônicos de prontuários.. (COSTA, 2012).

No Brasil, nos anos 90 começou o desenvolvimento de uma espécie de prontuário eletrônico, no meio acadêmico, resultando na regularização pelo MS, em 1999, dos parâmetros que deviam formar o prontuário eletrônico do paciente, com a perspectiva de integrar diversas plataformas do sistema de informação em saúde (PEREIRA et al 2017).

Um PEP concede de modo articulado, referências relacionadas aos dados pessoais e administrativos dos indivíduos acompanhados pela equipe multiprofissional de saúde. Também é utilizada como ferramenta de gestão para controle de custos, restrições e alinhamento da sistematização do processo de trabalho, assim como apoio para educação e pesquisas. Entretanto, sua implantação requer organização, investimentos e comprometimento dos diferentes níveis de gestão (PEREIRA et al 2017).

Alguns desafios ainda se mantêm, na rotina do SUS, em diferentes pontos do país, sendo um deles a conexão dos registros de procedimentos realizados nos serviços, ao Cartão Nacional de Saúde (CNS). Em 2011 no Brasil se deu a criação do CNS, na regulamentação expressa pela Portaria nº 940/2011, com o propósito de estabelecer o controle das práticas executadas em toda a rede do SUS (BRASIL, 2011).

“Art. 1º Esta Portaria regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), no âmbito das ações e serviços de saúde no território nacional.

Art. 2º O Sistema Cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional.

Art. 3º O Sistema Cartão permite:

I - a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização; e

II - a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão.

Art. 4º São objetivos do Sistema Cartão:

I - identificar o usuário das ações e serviços de saúde;

II - possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular;

III - garantir a segurança tecnológica da base de dados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade;

IV - fundamentar a vinculação do usuário ao registro eletrônico de saúde para o SUS; e

V - possibilitar o acesso do usuário do SUS aos seus dados.

Art. 5º O Sistema Cartão é coordenado pelo Ministério da Saúde.”

A Resolução nº 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina, expressa uma combinação de normas técnicas, as quais foram discutidas no Ministério da Saúde (MS), com a Sociedade Brasileira de Informática na Saúde (SIBS), sendo atualizadas normas, padrões e regulamentos para o PEP e o Registro

Eletrônico de Saúde (RES), na Resolução do CFM nº 1821/2007, a qual indica critérios para os sistemas de registros eletrônicos de saúde.

Com intuito de determinar exigências obrigatórias segundo a legislação federal para documentação eletrônica, foi se fortalecendo a exigência da certificação digital para checar a juridicidade moral e jurídica de um PEP/RES (COSTA, 2012).

Em 1998, o Ministério da Saúde, iniciou o Sistema de Informação da Atenção Básica o SIAB, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários, com o objetivo de conduzir a prática e os resultados das atividades executadas pelo PSF, representando vantagens objetivas no campo da informação em saúde.

Após 15 anos, o Ministério da Saúde institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica, para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Neste contexto também se apresenta o Sistema e-SUS AB, como proposta para o desenvolvimento da gestão da informação, a partir da automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura (BRASIL, 2013).

A nova ferramenta caracteriza-se pelos registros e processamento digitais de dados, viabilizando, no seu fundamento teórico, a potencialização do uso do CNS no SUS, unificando as diversas plataformas e bases de informações da saúde. Na pretensão de sua implantação, o PEC e-SUS AB é apresentado como facilitador da redução do tempo de espera, acelerando o serviço e qualificando a atenção a saúde, com menos custos. .

O *software* é público, vem com a proposta de conectividade entre as unidades de saúde, permitindo grande abrangência de implantação do prontuário eletrônico e mantendo as informações disponíveis em tempo real para os diferentes profissionais da equipe de saúde.

Nessa reorganização, o que recebeu o nome de e-SUS AB, representa basicamente dois sistemas de software para a recepção de dados, relacionando-se a eles:

- CDS- AB, coleta de dados simplificada;
- PEC- AB, que nutre o sistema de informação e informática em saúde(SISAB), sobrepondo ao (SIAB), e responde a diferentes perspectivas de informação e conectividade nas UBS.

Caracteriza-se como um registro de dados, que corrige a duplicidade de informações, otimizando o serviço da ponta da ESF e contribuindo para a gestão do cuidado na APS e na rede de serviços.

Outra vantagem do SISAB seria atender, em futuro próximo, às necessidades de registro de informações produzidas pelas equipes de Atenção Básica, pelos Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), Equipe de Consultório na Rua (CnaR), Programa Saúde na Escola (PSE).

A coleta de dados no Sistema e-SUS AB divide-se nos blocos de Cadastro da AB (Domiciliar e Individual); Visitas Domiciliares e Atividades Coletivas; Atendimento Profissional de Nível Superior e Atendimento de Nível Médio, conforme resumido na Figura 1 e na Figura 2 está copiado um modelo com o conteúdo digital da Ficha 2 de Cadastro Domiciliar.

Figura 1 – Distribuição das Fichas CDS/e-SUS AB



Fonte: Adaptado DAB/MS, 2014

Figura 2 – Cadastro Domiciliar e-SUS AB

e-SUS Atenção Básica		CADASTRO DOMICILIAR		DIBITADO POR: _____ DATA: / /		
				CONFERIDO: _____ FOLHA: _____		
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL ¹		Cod. CNES UNIDADE ²		Cod. EQUIPE (NE) ³		
[]		[]		[]		
MICROÁREA		DATA: / /		[]		
ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO ⁴		Nº ⁵		
TIPO DE LOGRADOURO:		COMPLEMENTO:		BAIRRO ⁶		
MUNICÍPIO ⁷		UF ⁸		CEP ⁹		
TELEFONE PARA CONTATO		TELEFONE RESIDENCIAL: ()		TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()		
CONDIÇÕES DE MORADA		SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA ¹⁰		LOCALIZAÇÃO ¹¹		
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra		<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural				
TIPO DE DOMICÍLIO		EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL, condição de posse e uso da terra				
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a)				
<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica						
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____						
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO		MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO				
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Cimento Betão <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro		Alvenaria/Tipo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento		Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Falsa <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material		
Disponibilidade de Energia Elétrica ¹² <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não						
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO				
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Sistema <input type="radio"/> Cistão <input type="radio"/> Cistão <input type="radio"/> Furo <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fenura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento				
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO		DESTINO DO LIXO				
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Fluvial <input type="radio"/> Fossa Sética <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Cêtu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma		<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Surtado/ Enterrado <input type="radio"/> Cêtu Aberto <input type="radio"/> Outro				
ANIMAIS NO DOMICÍLIO		QUAL(ES)?		Quantos: _____		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros				
FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (R\$) (MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) (ANO)	MUDOU-SE
	[]	[/ /]	00000000	[]	[] []	<input type="checkbox"/>
	[]	[/ /]	00000000	[]	[] []	<input type="checkbox"/>
	[]	[/ /]	00000000	[]	[] []	<input type="checkbox"/>
	[]	[/ /]	00000000	[]	[] []	<input type="checkbox"/>
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA						
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.						
Assinatura _____						

Legenda: Opção de Múltipla Escolha Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)
* Campo Obrigatório

CD-e-SUS AB v.1.2.0

Fonte: Adaptado DAB/MS, 2014

4. MATERIAL e MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem descritiva e qualitativa, a partir de uma oportunidade de consolidar informações da gestão da CAP 1.0, no processo de implementação do PEC e-SUS AB, nas unidades da área.

Caracteriza-se como um levantamento focal da situação específica dessa área, a primeira a implantar este prontuário eletrônico na APS da SMS do Rio de Janeiro, cujo objetivo central foi analisar fragilidades e potencialidades

identificadas na implantação do PEC e-SUS AB em unidades da AP 1.0, colaborando com a gestão da área.

Entende-se que, no município do Rio de Janeiro, algumas situações observadas na implantação da AP 1.0, onde se iniciou o PEC e-SUS AB na SMS, em 2017, podem ter sido situações peculiares, que posteriormente permitiram adequações e foram modificadas, na expansão da implantação para outras áreas.

O presente estudo foi viabilizado como uma ação de pesquisa avaliativa desenvolvida no âmbito da gestão da AP 1.0, por ter sido planejada pela orientadora da dissertação, que também atuava no núcleo central de coordenação dessa instância da SMS, na área referida. Esses elementos, compatíveis com objetivos de um programa de pós graduação como o mestrado profissional em Saúde da Família, acabaram por delinear uma oportunidade para uma pesquisa-ação.

As diferentes modalidades de pesquisa-ação têm sido muito utilizadas no campo das ciências sociais aplicadas em áreas como educação, serviço social e saúde pública e têm ganhado espaço como estratégia metodológica em experiências de gestão.

Alegações contra a interferência do pesquisador e sujeitos da pesquisa na realidade pesquisada, já têm sido relativizadas, principalmente porque há campos em que esta participação dos sujeitos da pesquisa, tanto na sua elaboração quanto na condução, seria uma estratégia recomendável, no âmbito da gestão (NOVAES & GIL, 2009).

A pesquisa-ação é definida por como uma pesquisa com base empírica, na qual há em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, nos quais os participantes da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo (THIOLLENT, 2009).

O método qualitativo também se aplica ao presente estudo, porque possibilita a pesquisa sobre relações, percepções e opiniões, permitindo revelar processos de grupos delimitados (MINAYO, 2014), como se estabeleceu na experiência desse desenvolvimento.

No caso específico do presente estudo, após os primeiros meses de implantação do PEC e-SUS na AP 1.0, cuja coordenação foi feita pela equipe de profissionais da Diretoria de Informação, Controle e Avaliação da CAP 1.0

(DICA/CAP 1.0), instituiu-se uma fase de levantamento de dados através de entrevistas com alguns profissionais das unidades, ativamente envolvidos nesta implantação, visando conhecer as principais impressões sobre as experiências com este prontuário eletrônico nas unidades.

No contexto da implantação do PEC e-SUS AB na AP 1.0, estando a autora atuando no grupo de gerentes das unidades, foi oportunizada a realização de entrevistas com profissionais de unidades da AP onde atua, a fim de que tais informações fossem apresentadas à gestão da CAP, subsidiando o aperfeiçoamento dos diferentes processos e possibilitando seu aproveitamento na dissertação do mestrado profissional em Saúde da Família.

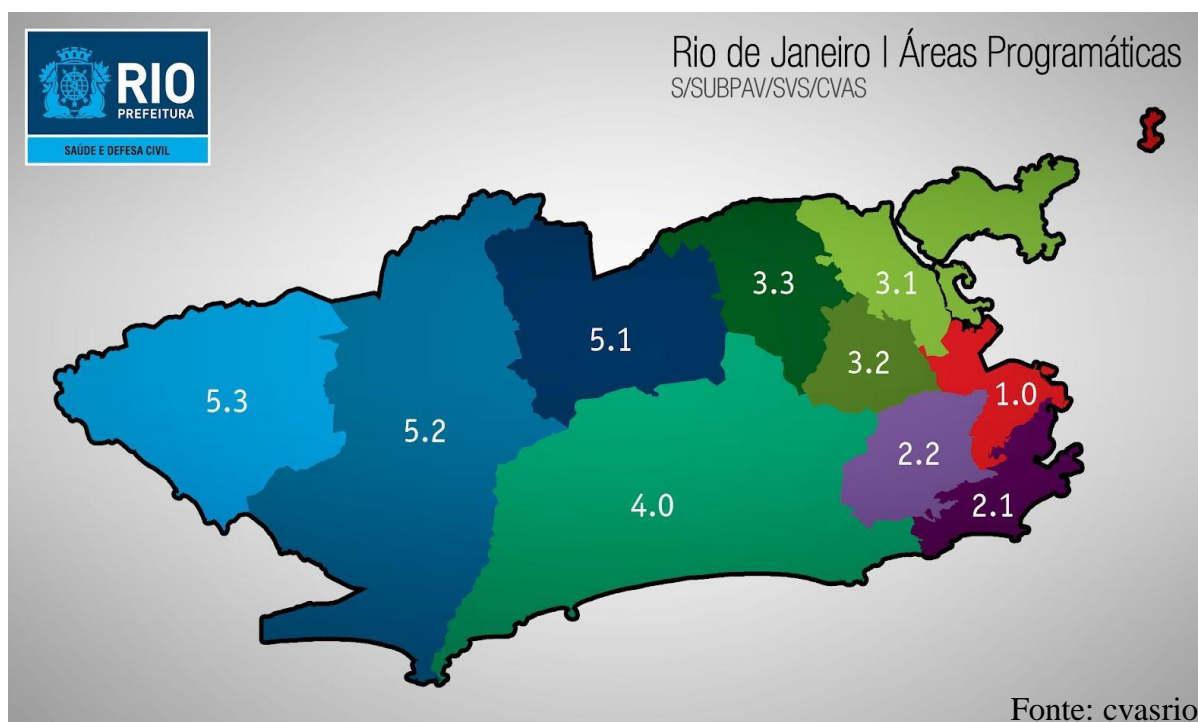
Esse quadro também permitiu uma participação planejada da pesquisadora, numa situação problemática que estava sendo investigada, como pode ocorrer numa pesquisa-ação participante. Diferentemente da pesquisa tradicional, a pesquisa-ação não visa obter enunciados científicos que possam ser generalizáveis. Embora tenha levantado controvérsias, porque há um envolvimento ativo do pesquisador, nas ações e grupos situados no problema, possui objetivos mais práticos e pragmáticos (NOVAES & GIL, 2009).

4.2 Cenário e Fonte de Dados

O cenário utilizado foi Área Programática 1.0 (AP 1.0), formada por 14 Bairros e 06 regiões administrativas, sendo elas: Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Santa Tereza e Paquetá no Município do Rio de Janeiro, tem uma população estimada de 297.976 habitantes, com base no censo do de 2010. É o centro histórico da cidade e uma área que muito sofreu com transformações com o cenário urbano, em diferentes períodos históricos. As Áreas Programáticas (AP) são áreas divididas pela Prefeitura do Rio de Janeiro para a gestão da saúde, como apresentado na Figura 3. A Secretaria Municipal de Saúde trabalha com essas AP desde 1993, quando foram chamadas de áreas de planejamento, a fim de traçar planos estratégicos em relação à saúde.

A AP 1.0 possui 17 unidades de Atenção Primária, 75 equipes de Saúde da Família, 1 PS CASS, 2 equipes NASF, 2 equipes de consultório na rua e 1 Policlínica (SMS, 2018).

Figura 3 — Áreas Programáticas da Atenção Primária



Fonte: SMS, 2018

O levantamento de dados foi realizado com os 6 (seis) profissionais da CAP 1.0, sendo que 5 (cinco) atuam nas unidades de saúde da área e 1 (um) atua na gestão regional, isto é, na equipe técnica para própria CAP 1.0. Esta foi uma escolha da coordenação de área em comum acordo com a pesquisadora, caracterizando uma amostra intencional, porque foi considerado o perfil de efetiva participação no processo de implementação do PEC e-SUS AB, desde o início.

A participação do profissional não foi apresentada como obrigatória, sendo estabelecido contato telefônico para explicar o processo de levantamento de dados e os motivos por que sua participação foi considerada importante. Não houve recusa em participar do levantamento, ao contrário, houve muito interesse em colaborar, com demonstrado anseio em conhecer o resultado do levantamento, entendendo-se que seria um espaço de apresentação de opinião sobre o processo de implementação do prontuário eletrônico.

Além de informações sobre o perfil dos participantes, foi elaborado um roteiro de entrevistas em conjunto com a CAP 1.0, com questões semi

estruturadas e abertas, sendo privilegiada a escuta de respostas sobre a experiência dos participantes:

- Qual é a sua experiência com utilização do prontuário eletrônico na APS?
- Quais são as principais *dificuldades e fragilidades do PEC e-SUS AB, considerando a utilização nas equipes da ESF das unidades?*
- *Quais são as principais potencialidades do PEC e-SUS AB, considerando a utilização nas equipes da ESF das unidades?*
- O que pensa sobre como foi o *papel do gestor no processo de implantação do PEC e-SUS AB na AP 1.0 ?*
- *Quais são as principais consequência da implantação do PEC e-SUS AB nas unidades?*

As entrevistas com o roteiro foram realizadas presencialmente e esta interação pressupunha que o entrevistado poderia opinar sobre a forma da pergunta, apresentando sugestões ou modificações de abordagem, visando melhor alcance dos objetivos e ampliação do diálogo.

As entrevistas foram feitas nas unidades de saúde, onde os participantes desenvolvem suas atividades, no mês de março de 2019, agendadas conforme disponibilidade comum aos participantes, o profissional que seria entrevistado e profissional que realizava o levantamento, isto é, a pesquisadora.

Foram escolhidos intencionalmente profissionais de três Centros Municipais de Saúde, todos com equipes de ESF, uma Clínica de Família e um que atua na própria CAP 1.0. Com a devida autorização do participante, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para análise.

4.3 Estratégias de Análise

Esta investigação estava fundamentada na possibilidade de que as referências das unidades, coletadas a partir de seus representantes, selecionados para este levantamento de opiniões, seriam aproveitadas para análise e busca de acertos, junto à gestão.

Foi realizada transcrição na íntegra das entrevistas por técnico especializado em transcrições de áudios, contratado para este fim. Essa transcrição inicial dos áudios foi validada pela pesquisadora, ouvindo-os e fazendo a leitura com as devidas adequações do texto.

Com a posterior leitura e releitura das transcrições, foram definidas categorias temáticas de análise, com base nas possibilidades da análise de conteúdo, segundo Bardin (2011). A análise do conteúdo é uma mescla de método de análise da interlocução, que emprega metodologia sistemática e propósitos de definição do conteúdo das informações (BARDIN, 2011).

As categorias empíricas produzidas a partir de trabalhos de campo têm como atributo a técnica de análise de categorias temáticas de dados e apoia-se no conhecimento do conteúdo, relacionado a um determinado tema, incluindo diferentes ligações exibidas nas frases ou palavras chave (MINAYO 2014).

4.4 Aspectos Éticos

Caracterizada como uma pesquisa-ação, foi decorrente de um contexto diferenciado, no qual o desenvolvimento de pesquisa, voltada para conhecimentos sobre a utilização de prontuário eletrônico na APS, estabeleceu-se de modo concorrente à implantação do PEC e-SUS AB, nas unidades da área onde a pesquisadora atua como gerente. Todo o grupo de gerentes das unidades necessitou envolver-se diretamente e com muito esforço, neste processo de implantação de grande complexidade, por questões estruturais e pelo cenário histórico político na SMS, tendo ocorrido mudança de governo municipal e substituição da maior parte dos gestores das instâncias centrais.

A pesquisadora, também gerente de uma unidade, colaborou no levantamento de dados sobre a percepção ou opinião de profissionais a respeito de fragilidades e potencialidades do PEC e-SUS AB, na CAP 1.0. ocasionando a disponibilização para utilização dos dados para a elaboração desta dissertação de mestrado profissional.

Os dados já levantados na CAP 1.0, serão utilizados como processo piloto visando outros possíveis levantamentos, estudos subsequentes, além de subsidiarem o aperfeiçoamento das funcionalidades do PEC.

Esta situação se configurou compatível com a isenção de submissão à Comitê de Ética em Pesquisa, tendo como base a Resolução 510/2016, considerando a análise de dados já produzidos com objetivos de gestão, a realização do levantamento de dados em processo avaliativo de serviço e os compromissos de garantia de sigilo e não identificação de unidades ou participantes.

A referida resolução, em seu Artigo 1º, dispõe sobre as normas aplicáveis em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados obtidos com os participantes, onde se enquadra o presente estudo, a ser considerado parágrafo VII do Artigo 1º - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos Participantes

A amostra intencional e de conveniência para o levantamento de dados, contou com a participação de 06 (seis) profissionais da AP 1.0, cujas atribuições estão apresentadas no Quadro 1. Todos desenvolvem funções, nas quais utilizam o prontuário eletrônico em suas atividades, sendo que um dos profissionais pertence ao quadro técnico da CAP 1.0, atuando diretamente junto às unidades no apoio à implementação do PEC e-SUS AB.

Quadro 1- Perfil e Caracterização dos Participantes

Participantes	FUNÇÃO	FORMAÇÃO	FORMAÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO NA AP 1.0
Participante 1	Assessor da direção	da Enfermeiro	Mestrando em Saúde da família	09 anos
Participante 2	Gestor de CMS	Assistente Social	Residência em saúde do trabalhador	33 anos
Participante 3	RT(responsável técnico)	Enfermeiro	Pós-graduada saúde da família	06 anos
Participante 4	RT(responsável técnico)	Médico	Mestre em Saúde da Família	05 anos
Participante 5	Chefe da Odontologia	Cirurgião dentista	Graduação Superior	03 anos
Participante 6	Apoio Técnico CAP 1.0	Nutricionista	Pós graduação Gestão em Saúde	07 anos

Os gestores mostraram um tempo expressivo de trabalho na AP 1.0 e somente 01 gestor relatou estar nessa área há apenas 03 anos, contudo foi tempo suficiente para acompanhar a implantação do PEC.

Podemos ver também que 04 dos sujeitos possuem alguma pós-graduação ligada à Saúde da Família e 02 indivíduos possuem pós-graduação em áreas diferentes.

Categorias de Análise:

Foram identificadas as seguintes categorias e subcategorias temáticas, a partir da análise de conteúdo:

- ***Experiência com utilização do prontuário eletrônico na APS;***

- ***Dificuldades e fragilidades do PEC e-SUS AB;***
 - a. *Resistência à troca do prontuário eletrônico;*
 - b. *Limites para a entrada de registro,*
 - c. *Restrições de ferramentas e relatórios no PEC e-SUS AB,*
 - d. *Integração com outros sistemas;*
 - e. *Interferências de fatores externos ou estruturais;*

- ***Potencialidades do PEC e-SUS AB;***
 - a. *Vantagens na utilização do PEC e-SUS*
 - b. *Estratégias para a melhoria do registro no PEC e-SUS*

- ***Papel do gestor no processo de implantação do PEC e-SUS AB;***

- ***Consequência da implantação do PEC e-SUS.***

CATEGORIA - Experiência com utilização do prontuário eletrônico na APS.

Esta questão inicialmente apresentada no roteiro de entrevista para o levantamento de dados estava relacionada às experiências com PEP em APS, na AP 1.0 ou trabalhando em outra área. Em relação ao PEC e-SUS AB tinham

de 6 (seis) a 9 (nove) meses de utilização, no momento do deste levantamento, em março de 2019.

O prontuário do paciente é um documento principal na atenção primária e perpassa a atuação assistencial, burocrática, a pesquisa e processos de educação. Todos os participantes possuíam experiência com utilização de PEP, antes da implantação do e-SUS, até mesmo mais de um tipo de prontuário digital (*Vitacare e Medicine One*).

“Então, eu comecei em Santa Cruz era o prontuário de papel e aí eles implantaram o Vitacare. “E quando eu vim pra cá, era o Medicine One.” (4).

“Eu acompanhei toda transição, né, do papel para o prontuário eletrônico, e agora para o e-SUS” (1).

Seguindo a tendência mundial e informatizando a área de saúde, as unidades, sejam de atenção básica ou hospitalar, têm sido ajustadas à modernização e investindo na mudança do prontuário de papel para o eletrônico conhecido como PEP.

CATEGORIA - Dificuldades e Fragilidades do PEC e-SUS AB

Numa categoria temática definida como “Dificuldades e Fragilidades do PEC e-SUS AB” foram identificadas as subcategorias: resistência à troca do prontuário eletrônico; limites para a entrada de registros; restrições de ferramentas e relatórios no PEC e-SUS AB; integração com outros sistemas e interferências de fatores externos ou estruturais, que estão apresentadas a seguir.

a) Resistência à troca do prontuário eletrônico

A existência é cíclica, porque tudo exerce progressiva transformação, mas ironicamente a maior parte dos indivíduos apresenta um amplo entrave ao defrontar-se com a obrigação de uma mudança em sua vida. A zona de conforto

é uma esfera habitual e segura, o domínio aparente dessa “zona de conforto” é mais atrativo. Na CAP 1.0, há anos as equipes atuavam utilizando outro modelo de PEP, que também recebia críticas, mas a mudança para o PEC e-SUS AB, por si só, implicou alguma resistência.

“Poucos utilizavam por... eh... receio mesmo, né? Por desconhecimento do e-SUS. Embora, tenha tido, né, os... os treinamentos da CAP, isso tudo. Então, havia uma resistência ainda assim pela utilização do sistema. Por isso que tinha muito sobre registro, né?” **(1)** .

“Instrução com relação ao prontuário, a gente foi descobrindo tudo mesmo no be-a-bá, até porque a gente sente falta de um instrutivo né, maior, do prontuário.”**(5)**.

“Então, uma das coisas que os meus profissionais médicos aqui resistem muito, profissionais técnicos e médicos principalmente, é a parte de lançamento e solicitação de exames. Eles lançam. Mas eles lançam no lançam no histórico. Eles têm muita resistência. Isso é uma coisa que a gente ainda não conseguiu superar.” **(2)**.

“...Então as maiores dificuldades das pessoas foram essas, era troca, um sistema novo. O repensar de práticas e certos conceitos. Porque as coisas vão mudando, né”? **(6)**.

“..É, de começo assim foi um pouco confuso até a gente conseguir entender como que funcionava de fato o prontuário, depois que a gente conseguiu

entender isso a gente foi levando tranquilamente. As dúvidas né, no começo” **(3)**.

O PEP pode reproduzir um moderno entendimento no trato de dados em saúde e auxiliam nos dispositivos para diagnósticos e no tratamento da saúde do indivíduo em qualquer lugar que o paciente esteja. Contudo a aceitação do prontuário eletrônico de modo geral não se dá de forma ágil e simples como desejado. Inúmeros são os motivos que complicam a implantação de um prontuário em saúde, sendo que os pontos mais abordados na literatura são: a resistência em operar o computador, mudança no processo de trabalho, e relação profissional X paciente (MOURÃO, 2007).

b) Limites para a entrada de registros

Durante o processo de implantação surgiram muitas dúvidas, pois foi um momento de transição entre os prontuários eletrônicos que eram utilizados na época aqui na AP 1.0, especificamente o *Medicine One*. Apesar de todo esforço que foi concentrado para a implantação do PEC e-SUS AB, como garantir a qualidade da assistência com dificuldades nos registros? Como não perder dados antigos, e esse era um risco real, afinal, a estratégia já vinha acontecendo há aproximadamente 10 anos na Cidade do Rio de Janeiro.

“...Então as maiores dificuldades das pessoas foram essas, era troca, um sistema novo. O repensar de práticas e certos conceitos. Porque as coisas vão mudando, né”? **(6)**.

O PEC determina a existência de banco de dados com aspectos demográficos, epidemiológicos e clínicos. Seu propósito se relaciona ao armazenamento das ocorrências clínicas e epidemiológicas dos sujeitos, de modo que a equipe multidisciplinar tenha acesso, viabilizando assim uma melhor vigilância em saúde e assistência ao paciente.

Problemas aconteceram, causaram, e ainda causam transtornos ligados a dificuldades de registro, das equipes e para a gestão.

“... é porta de entrada, às vezes pro usuário numa unidade, é assim, ele precisava relatar às vezes alguma coisa que ele não consegue, não tem um espaço ” (5).

O fato de impedir o registro ACS foi quase que uma unanimidade na percepção dos entrevistados, cerceando o direito desse profissional da equipe, à participação plena no processo de trabalho da ESF. Algumas falas demonstram todo esse desapontamento com o PEC e-SUS AB.

“(sobre limites)...acho que pro ACS, registro do ACS, das visitas domiciliares, pra gente até poder cobrar deles e eles terem mais respaldo do trabalho que eles fazem.” (4).

“ Eu vejo mudança sim, o ACS eu vejo que pra eles fica um pouco complicado, porque assim, com relação até a escuta do paciente numa... Num primeiro contato dentro da unidade, eles não têm muito como relatar isso, e se vão relatar isso numa ficha de CDS não fica nada muito especificado, então assim, se consegue ter uma leitura muito real do problema que o usuário às vezes traz, eles não têm um campo específico para o ACS. (5).

“...A parte de evolução, né, de qualificação da visita do ACS no e-SUS é muito frágil ainda”(1).

c) Restrições de ferramentas e relatórios no PEC e-SUS AB

Alguns fatores contribuíram de forma negativa diretamente no registro do PEC, seja insegurança, ou porque o prontuário ainda não atende às necessidades das equipes, a perspectiva de um novo começo assusta aos profissionais que utilizam o prontuário.

“Mas também sub registravam por conta da demanda que era muito grande de atendimento com o prontuário novo, porque tudo que ele desconhecia toma mais tempo naquele momento” (1).

A comparação se mostra inevitável nesse processo de implantação e na fase de registro, uma delas seria a ausência de alertas, porque o prontuário anterior mostrava alguns, o que foi descrito nas falas de 6 e 4.

“...Então, certos lembretes que o prontuário privado dava para o profissional, o E-SUS já não dá. Por isso já foi uma encrenca”. (6).

“...Acho que perdeu bastante coisa. Porque num outro que tinha mais campo pra preencher ele não te deixava esquecer, né, de fazer algumas coisas” (4).

Há também aqueles que sentem falta dos relatórios gerenciais, pois eram de grande valia para o processo de trabalhos das equipes e da gestão.

“...Os relatórios gerenciais precisam... os indicadores precisam ter qualidade. Fazer o SIPNI efetivamente conversar. Fazer que o famoso SI Pré-natal do passado efetivamente consiga gerar relatórios mais consistentes de informação”. (2).

Outro problema diz respeito à interação dos recursos humanos disponíveis com a nova ferramenta. Em unidades tipo B, alguns Centros Municipais de Saúde (CMS), classificados como unidades mistas, ou seja, que têm população coberta pela ESF e uma parte não coberta, com modelo antigo. Nessas unidades existem funcionários públicos estatutários, que têm certo tempo de serviço e de idade, que não estava usando o PEP anterior.

“Então se você olhar para a minha realidade junto a essa unidade, para a nossa realidade aqui, eu tenho funcionários de setenta e poucos anos. Eu tenho funcionários que nunca havia mexido numa ferramenta nem de caixa eletrônico. E esse foi o nosso desafio e a gente implantou o E-SUS” (2).

Do ponto de vista social e não apenas técnico, acredita-se que as qualidades das ferramentas de um sistema de informação em saúde devem ser compatíveis e integradas com as exigências sociais, onde está localizado o serviço de saúde. Desta forma, as condições sociais da população, o arranjo dos recursos locais e a pluralidade local, necessitam ser analisadas na concepção da repercussão da implantação do e-SUS sobre aquela área específica.

Na implantação do e-SUS AB, agruparam-se inúmeros obstáculos, incluindo questões estruturais das unidades de saúde. A obstinação da implantação dos sistemas pode determinar uma das maiores razões para o insucesso da informatização dos sistemas.(MOURAO, 2016)

d) Integração com outros sistemas

A necessidade de integração com outros sistemas se faz necessária e a ideia de unir as informações clínicas com a administrativas, tem sido vista como fundamental para otimizar o processo de trabalho. Fazer com que os sistemas se integrem ainda é um desafio. A ausência desta integração gera prejuízos e pode também aumentar o volume de trabalho para as equipes, com relevância a situação de não integração com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SISPNI), o Sistema de Regulação (SISREG), entre outros.

“...Eu ainda não consegui avançar para... preencher o e-SUS, na sala de vacina. Porque aqui é uma unidade referência para o bairro todo e fora do bairro até, tem gente do Caju, por exemplo, que vem aqui vacinar. Então, eu ainda não tenho um RH suficiente dentro da minha sala de vacina para conseguir fazer toda a papelada, os mapas, tudo que tem que ter, as orientações e ainda assim preencher o SIPNI e o... o e-SUS” (1).

“...Eu faria a integração. Primeira coisa que eu faria: faria a integração de sistema de SISREG, da própria vigilância. (6).

Pereira et al (2017) sustentam que o PEP é uma ferramenta de grande valor dentre os sistemas de informação. A potencialidade da integração é enorme, pois se destinaria a auxiliar em diferentes questões dos serviços de saúde, inclusive apoiando a distribuição das referências na rede de saúde.

e) Interferências de fatores externos ou estruturais

Algumas falas reproduziram queixas sobre infraestrutura e outros fatores externos, não diretamente componentes do PEC e-SUS AB, mas que devem ser

considerados pela gestão na implementação. Problemas com rede da internet, com o cadastro dos estabelecimentos no MS, entre outros estruturais, foram citados.

Houve referência sobre a rede do IPLAN, que é a empresa municipal responsável pela administração dos recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Parte das unidades estava ligada por uma rede própria para a ESF, através do contrato com as OS e outra parte utilizava a rede do IPLAN, caracterizando duas redes de internet num mesmo serviço.

“...Duas redes aqui porque a estratégia tinha uma rede própria e a rede do Iplan”. (5).

“...É ver como que estava a situação atual do e-SUS em julho. Inconsistência no cadastro. E eu ainda tinha inconsistência de CNES. Então, primeiro, eu tive que adequar todo... todo o CNES para, depois, conseguir ajustar o e-SUS, para, depois, aparecer a produção da equipe”. (1).

“A gente ainda teve um problema da base que baixaram aqui, que duplicou, triplicou, enfim. E a gente está até hoje tentando encontrar uma saída para essa base. O que deu para eles um trabalho.” (2)

“...com a mudança do sistema do CadWeb, isso atrapalhou muito a gente, né? Porque tá muito difícil o acesso”. (1)

“...Realmente a rede foi um baque muito grande em relação ao sistema operacional, né? ... O que mais dificultava a gente era um problema de rede”. (5)

Segundo Salvador citando Costa 2003, existem várias desvantagens, contudo, as falhas na rede, confiabilidade e segurança são as que mais representam as fragilidades no implantação de um prontuário eletrônico.

CATEGORIA - Potencialidades do PEC e-SUS AB

Numa categoria temática definida como “Potencialidades do PEC e-SUS AB” foram identificadas as subcategorias: vantagens na utilização do PEC e-SUS e estratégias para a melhoria no registro no PEC e-SUS; que estão apresentadas a seguir.

a) Vantagens na utilização do PEC e-SUS

Quando apresentada uma pergunta sobre de vantagens, houve várias respostas sobre aspectos positivos. Embora as unidades da área tivessem vivenciado diferentes dificuldades, tais como problemas estruturais, de recursos humanos e tecnológicos, após o período inicial de implantação do e-SUS, essa realidade mudou gradativamente, principalmente para a utilização em situação que ainda não usava um PEP, antes do e-SUS.

“...Ele tá disponível também para as equipes de atenção básica, né? Pra atenção tradicional, isso também é um avanço. Porque a gente se comunica, antes, não tinha comunicação, né? Um prontuário era só para a Saúde da Família, agora não. Então, eu tô aqui, eu consigo olhar se o Ricardo, que é o clínico lá em cima, né? Da equipe de atenção básica, se ele atendeu. E o quê... o que ele evoluiu. Eh... sei lá, eu acho que ele agilizou o processo e fez mais os sistemas se comunicarem”. (1).

“...Os profissionais teriam – inclusive os profissionais da documentação médica – que andar com esse prontuário de setor em setor, ou para aquele profissional ou para diversos profissionais. É um trabalho braçal, com sequências numéricas. Tirar, arquivar, tirar, arquivar. Essa era uma rotina do setor de documentação médica. E se o paciente por um acaso fosse usar mais de um serviço, você tinha que fazer o prontuário de papel andar por uma unidade como essa, quatro andares. **(2)**.”

Outro ponto positivo seria o fato de ser público e sem custos adicionais para o município. Os profissionais defendiam o SUS e torciam por um prontuário genuinamente brasileiro, embora seja reconhecida a necessidade de desenvolvimento.

“... Eu sou uma defensora de um prontuário público na verdade. Por que o que acontece? o Medicine foi embora. Cadê a nossa base? Ela não nos pertence. Isso não foi garantido”. **(2)**”

“Vantagens? Ué, ele é de graça, né? Não é de graça pra mim, né? É de graça pro... Pra CAPs.... não tem que pagar, como era o português (prontuário). Eh... E eu acho que ele é de fácil entendimento. Acho que ainda falta bastante coisa, tem muita coisa pra melhorar, mas assim o que tem ali você consegue... **(4)**.”

“A primeira coisa é ser uma questão de um sistema público nosso” **(6)**.”

O prontuário eletrônico do cidadão (PEC) é disponibilizado por um sistema do M.S, consolidando o histórico clínico, os relatos e os exames do SUS, atendidos na atenção básica. Sem contar a transmissão digital da base municipal para nacional em tempo real e *online*, fazendo assim com que seja visto onde está sendo investido o dinheiro público.

b) Estratégias para a melhoria no registro no PEC e-SUS

Observou-se que na implantação do sistema, a respeito do seu desenvolvimento, houve avanços, mesmo que ainda sejam necessárias diferentes estratégias para melhoria de sua utilização.

“...A gente ia buscar informação, mandava... A gente tem um grupo no WhatsApp, quando a gente tem alguma dúvida à gente pergunta pro pessoal do grupo, e vai se ajudando”. **(3)**.

“...Realmente à gente tinha um técnico de informática que nos assessorava muito, criava caminhos Que trazia muitas soluções pra nossa vida, sabe? E aí facilitou um bocado” **(5)**.

“...Foi até uma questão de conceitos que deveriam ter um treinamento, precisavam ser repensados conceitos, repensados processos de trabalho, repensado mudanças” **(6)** .

CATEGORIA - Papel do gestor no processo de implantação do PEC e-SUS AB.

Um sistema de informação apoia os gestores nas decisões e o e-SUS AB auxiliaria o processo de trabalho das equipes de SF. A implantação do e-SUS, apresenta-se como uma ascensão na qualidade e no emprego dos dados anotados no decorrer das ações de saúde elaboradas na atenção básica. Estratégias foram criadas para a implantação na Área Programática 1.0.

“E ao mesmo tempo fomos fazendo reuniões com os gerentes, com os gestores. Reuniões aqui, reuniões ali, pulverizando as reuniões, no WhatsApp também”. **(6)**.

“Eu mesmo treinei. Primeiro, eu conversei para saber se houve um treinamento prévio Eh... me sentei com cada profissional e fui vendo qual era a dificuldade”. **(1)**.

“É, aqui a gente conseguiu criar uma planilha, né? Uma planilha de acolhimento pra você tentar organizar a chegada dos pacientes na unidade, não sei se toda unidade conseguiu fazer isso. Isso facilitou um pouco a nossa vida, porque a partir dessa planilha o agente comunitário consegue colocar o paciente no e-Sus, e quando não consegue encontrar ele na base de dados do e-Sus, o nome dele tá lá registrado na planilha. Então a gente não deixa de fazer o atendimento. O acesso tá garantido dessa forma.” **(4)**.

Houve várias estratégias para que a implantação se desse da forma mais tranquila possível para os profissionais e que não causasse maiores transtornos para os usuários do sistema. Mas o momento de transição foi confuso, com

decisões sobre retroceder e rever as estratégias para as unidades maiores, pois cada território e unidade de saúde possui uma especificidade local.

“...Então a gente buscou dessa estratégia nas unidades seguintes para estar fazendo isso nas unidades grandes, nonão foi necessário. O pessoal já, pela própria gestão já vinha já envolvendo internamente, né? Fazendo suas experiências internas. No CMS nós fomos fazendo assim, aparte. Não por questão nossa, decisão nossa, mas pela demanda do próprio diretor. Por quê? Pela ausência de prontuário. Tipo assim: eu não tenho nada. Eu quero o e-SUS aqui a qualquer jeito. A gente fazia com ele, ele replicava internamente”. **(6)**.

CATEGORIA - Consequências da implantação do PEC e-SUS.

Da mesma forma que se tem fatores positivos, temos negativos também, e eles são na mesma intensidade. O fato de se ter convivido com outros prontuários faz com que o profissional de saúde faça as comparações entre eles. Ficando claro nas falas do indivíduo 1, 4, 3.

“A equipe de saúde bucal ainda é muito frágil o prontuário, porque a ASB e TSB ainda é muito limitado, elas não conseguem botar a produção delas ainda direito. Eh... e de ACS ainda é muito limitado também.” **(1)**.

“Sim, eu esqueci de falar a questão dos relatórios também. Você conseguia tirar vários relatórios pelo Medicine One pra ajudar a acompanhar todas as

linhas de cuidado e no e-Sus a gente não consegue fazer isso.” (4).

“Desvantagens são essas questões de principalmente o ACS, ele não tem um campo pra descrever a visita que ele fez, só sim ou não, o que pra mim como enfermeira, tendo que ver isso, não me diz nada né, porque eu preciso do relato do que aconteceu naquela família pra ter ou acompanhamento mais de perto ou não.” (3).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da necessidade de qualificar os registros e avaliar os dados dos prontuários, processo obrigatoriamente estabelecido no contrato de gestão da SMS com a OS através do funcionamento das Comissões de Prontuários, surgiu uma demanda de adaptação do formulário antes utilizado nos PEP *MedicineOne* e *VitaCare*, em diferentes áreas do município. O formato e conteúdo dos formulários antes utilizados não se aplicavam aos registros do PEC e-SUS AB, no entanto, a revisão sistemática dos prontuários precisava ser feita.

Durante o desenvolvimento do levantamento desta pesquisa, foi elaborado pela autora, junto com médica responsável técnica da unidade onde atuava, um produto técnico definido como *Instrumento de Avaliação dos Registros no PEC e-SUS AB*.

As Comissões de Prontuários estavam enfraquecidas, ficando desestimuladas pois o instrumento (anterior) foi desenvolvido para um momento diferente do que estavam vivendo.

Com a implantação do PEC e-SUS AB, os indicadores foram ampliados e alguns modificados. O envolvimento das equipes com a nova ferramenta, levou ao desenvolvimento e utilização de um outro instrumento de apuração de dados registrados, com mais viabilidade para a avaliação desses registros,

otimizando o tempo dos membros da comissão e, o mais importante para o processo de trabalho, permitindo a verificação indireta da qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Tendo como base o contrato de gestão pactuado entre a SMS e a OS, associando também com os protocolos clínicos desenvolvidos pelo MS para linhas de cuidado, foi desenvolvido um instrumento de apuração voltado para o e-SUS, com passo a passo em formato de lista de verificação (*check-list*) e com identificação dos locais onde encontrar as informações no PEC e-SUS AB.

Os instrumentos desenvolvidos para avaliação de PEC e-SUS AB, considerando duas linhas de cuidado : Saúde da Criança até 2 anos e Assistência Pré- Natal estão apresentadas no APÊNDICE desta dissertação e estão em uso atualmente em unidades da CAP 1.0.

Com a expansão da APS no município do Rio de Janeiro, processo ocorrido de 2009 a 2015, ocorreu a implantação do prontuário eletrônico, em modelos de empresas contratadas. Nesse contexto, comecei a ter uma motivação relacionada à utilização desses dados pela gestão e percebi a necessidade de estudar melhor o conteúdo sobre prontuários.

A implantação do PEC e-SUS AB no Rio de Janeiro se deu na área programática 1.0, a partir de dezembro 2017, com participação efetiva dos gestores em reuniões de planejamento das ações voltadas à implantação. Nessas reuniões era discutida a melhor forma de implantação para assim não prejudicar o processo de trabalhos das equipes uma vez que já era utilizado outro tipo de Prontuário Eletrônico, cuja disponibilidade da base de dados estava em risco, por ocasião da troca de ferramenta, considerando características do contrato.

No momento desta implantação, eu estava chegando na CAP 1.0, para atuar como gerente em outra unidade. Já com a presente dissertação em andamento, ocorreu a oportunidade de integrar os objetivos da pesquisa aos da gestão do processo de implantação do PEC e-SUS AB, no município

Diante da mudança de prontuário, existiram vários entraves, que desestimularam os profissionais, tais como a inconsistência e duplicidade de cadastros, além da resistência em utilizar o e-SUS, apesar dos esforços de todos

dos gestores e das equipes. A vivência dessas situações e aspectos importantes, acabaram por ser traduzidos nesta pesquisa-ação.

O monitoramento do cuidado prestado à população na APS é algo que devemos fazer continuamente. Um instrumento como um prontuário eletrônico, pode facilitar o trabalho desse acompanhamento da gestão, não somente o trabalho de uma Comissão de Prontuário.

As diferentes experiências de utilização do Sistema e-SUS já começa a aparecer em recentes publicações. Um estudo recente que buscou avaliar algum impacto do sistema e-SUS AB com abrangência nacional, não demonstrou, nas suas conclusões, um aumento do registro de procedimentos ou consultas, sugerindo a necessidade de outras análises quanto ao uso do sistema e suas implicações nos processos de trabalho das equipes, para que diferentes aspectos de conhecimento sobre esta ferramenta na APS sejam aprofundadas, apoiando gestores no uso do sistema e-SUS (THUM et al, 2019).

A contribuição do presente estudo caracteriza-se pela chance do aproveitamento de uma oportunidade em atividade profissional, na qual foi importante a experiência de implantação do PEC e-SUS na Cidade do Rio de Janeiro, assim como a necessidade da utilização de estratégias para superar dificuldades.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, LAURENCE. Análise de conteúdo; tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro – São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS E, ALBUQUERQUE G, PINHEIRO C, CZEPIELEWSKI MA. Exame clínico. Consulta rápida - 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- BEZERRA, S,M. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. Meta: Avaliação v. 1, n. 1, p. 73-82, Rio de Janeiro. UFF, jan./abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2000 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 5. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 940/2011- Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. DATASUS, 2011 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>. Acesso em: 25.05.2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Gabinete Ministerial. Portaria GM/MS 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* 10 jul. 2013.

CANSAÇÃO, G. A. G.; RAMOS Y.S. Fatores que influenciam no preenchimento das fichas do sistema de informação da atenção básica pelo agente comunitário de saúde de Campina-PE. Recife-2008.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), Resolução n.º 1.638/02, publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, seção I, p. 184-5.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), Resolução n.º 1.821/2007, publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252

COSTA, C. G. A. Cartilha sobre prontuário eletrônico: a certificação de registros eletrônicos de saúde. CFM/SBIS. 2012.

ERNO, H.; KARINE, M.; LIMA, L. H.; Reforma Da Atenção Primária À Saúde Na Cidade Do Rio De Janeiro – Avaliação Dos Primeiros Três Anos De Clínicas Da Família. Porto Alegre, RS. 2013.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M; SENNA, M.C.M.; O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. 2007.

HARZHEIM. E; MARGARITES, K; HAUSER, L.L.; Reforma da atenção primaria a saúde na cidade no Rio de Janeiro- avaliação dos três anos de clínica da família. Pesquisa avaliativa sobre aspecto de implantação, estrutura, processo e resultado das clínicas das famílias na cidade do Rio de Janeiro.

LIPPMANN, E.: Manual dos direitos Médicos. São Paulo: Seguimento Farma; 2008, 2ª ed – 2001.

MAGALHÃES, A. F.; BANDEIRA, E.M.; OLIVEIRA, M.R; MATOS, M.A; SHIMAZAK, M.E.; RIBEIRO, P.C; AGUIAR, .A.; BRAGA, W.T. Manual do Prontuário de Saúde da Família. 1ª ed.- Secretaria do Estado de Saúde Minas Gerais, Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

MINAYO, Maria; SOUZA, Cecília. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOVAES, M.B.C; GIL, A.C. A PESQUISA-AÇÃO PARTICIPANTE COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA O ESTUDO DO EMPREENDEDORISMO SOCIAL EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS. RAM – Revista de Administração Mackenzie • Volume 10, n. 1, 2009.

OLIVEIRA, M. A. DE C., PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. São Paulo 2013

PATRICIO, C.M,; MAIA, M,M,; MACHIAVELLI, J. L.; NOVAES, N. DE A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? Pernambuco – 2016.

PEREIRA, F. N; SOARES, C; ALMARIO, A; SOUZA, A. R. L.; UZAM, C.DE P. P. Prontuário eletrônico do paciente(PEP)sua aplicabilidade e contribuição como instrumento de integração segura da informação nas redes de atendimento à saúde. São Paulo 2017.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. Enc. Bibli: R.Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis: v.11, n.21, p. 34-48, 2006.

ROSA, W. DE A.G.; LABATE,R. C. Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. Ver Latino- am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 2005

SANTOS, D.C.: O prontuário e seu conjunto informacional: representações sociais de equipes de saúde da família. Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos - SP 2015.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Portal da SUBPAV, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde . Disponível em <https://subpav.org>, Acesso em 18.05.2018.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio ente necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Unesco, Ministério da saúde, Brasília 2002.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Ed Cortez, 14ª edição, 2009.

THUM, M.A.;BALDISSEROTTO, J.;CELESTE, R.K. Utilização do e-SUS AB no Registro de Atendimentos na Atenção Básica. Cad. Saúde Pública 2019; 35(2):e00029418

TONELLO, I.M.S; NUNES, R. M. S; PANARO, A.P. *Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei do acesso à informação*. Revista de informação Londrina, v. 18, n. 2, p. 193-210. Maio/ago. 2003.

VASCONCELOS, M.M.; GABRIEL, E. B.; MORAES, I.H.S. Registro em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Brasil, Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 24 sup 1; s 173-s 182, 2008.

APÊNDICE

Instrumento de Avaliação dos Registros no PEC e-SUS AB na CAP 1.0

Comissão de Prontuário - UNIDADE APS INSTRUMENTO GUIA PARA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO PEC e-SUS LINHA DE CUIDADO: CRIANÇA até 2 anos	
Registro Avaliado / Local no PEC	Presente / Adequado ou Situação Observada
➤ ABA DADOS CADASTRAIS (todas as informações do CADASTRO INDIVIDUAL)	
➤ ABA ANTECEDENTES Pré-natal, parto e nascimento	
➤ ABA HISTÓRICO Pelo menos 1 VD por mês < 1 ano e 3 VDs ACS (TRIMESTRAL) > 1 até 2 anos	
➤ ABA atendimento odontológico (pelo menos um)	
➤ ABA ANTECEDENTES Pré-natal, parto e nascimento	
➤ ABA ACOMPANHAMENTO puericultura e vacinas Pelo menos sete consultas < 1 ano e > 1 em 12, 18 e 24 meses) Registro Vacinas Registro de Peso, altura e PC em TODAS as consultas Registro estado nutricional TODAS as consultas	

Comissão de Prontuário - UNIDADE APS	
INSTRUMENTO GUIA PARA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO PEC e-SUS	
LINHA DE CUIDADO: PRÉ- NATAL	
Registro Avaliado / Local no PEC	Presente / Adequado ou Situação Observada
➤ ABA DADOS CADASTRAIS CADASTRO INDIVIDUAL	
➤ ABA HISTÓRICO PRESENÇA DE 6 CONSULTAS OU MAIS	
➤ CONSULTA ATÉ 12 SEMANAS	
➤ REGISTRO DE PESO E PA EM TODAS AS CONSULTAS	
➤ BCF A PARTIR DE 12s AU A PARTIR de 16-20sem	
➤ MOVIMENTOS FETAIS A PARTIR DE 18- 20s	
➤ Pelo menos SEIS VISITAS DOMICILARES PELO ACS, sendo uma no pós parto	
➤ ABA ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
➤ ABA ACOMPANHAMENTO VACINAS em dia	
➤ ABA PROBLEMAS E CONDIÇÕES Verificar CID OU CIAP2	
➤ ABA SOAP EXAMES solicitados e avaliados TESTES RÁPIDOS 1T e 3T ROTINA 1T ABO, Fator Rh (coombs indireto se Rh neg), Hemograma, EAS e Urocultura TOTG 24-28 sem ROTINA 3T	
➤ ABA Evolução Odontológica SAÚDE BUCAL	