



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO (e-SUS - AB) NA PERSPECTIVA DOS GESTORES
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 7ª REGIÃO PARAIBANA**

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO (e-SUS - AB) NA PERSPECTIVA DOS GESTORES
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 7ª REGIÃO PARAIBANA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Tecnologia em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo.

**CAMPINA GRANDE-PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586a Silva, Francisco Anderson Mariano da.
Avaliação do serviço (e-SUS - AB) na perspectiva dos Gestores municipais de saúde da 7ª região paraibana [manuscrito] / Francisco Anderson Mariano da Silva. - 2019.
82 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo, Coordenação do Curso de Computação - CCT."
1. Teoria Fundamentada dos Dados. 2. Gestores de Saúde. 3. Sistemas de informação. 4. Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica. I. Título

21. ed. CDD 600

FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO (e-SUS - AB) NA PERSPECTIVA DOS GESTORES
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA 7ª REGIÃO PARAIBANA.

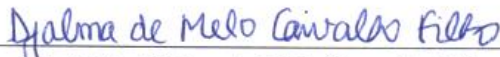
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Ciência e Tecnologia em Saúde da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 20/12/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Djalma de Melo Carvalho Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Rodrigo Alves Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Elicarlos Marques Nunes
Externo (UFT)

DEDICATÓRIA

A Dona Maria Marcionilia dona Dôra mestre (in memoriam). Ela que foi minha mãe e meu pai, me ensinou o que é certo, apesar dela ter falecido, quando eu ainda tinha 15 anos de idade, me deixou o que é mais importante para um homem, o caráter, pois nunca precisei de nenhum episódio maldoso, ou mesmo prejudicar alguém, para lograr êxito ao longo da minha caminhada.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu orientador, essa pessoa maravilhosa, que além de me orientar, me acolheu em sua casa todas as vezes que precisei. Que Deus esteja sempre com você, muito obrigado pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua proteção diária, principalmente nas viagens para as entrevistas, pois só ele sabe, o que passei. A ele minha gratidão.

Aos meus familiares minhas tias: Lucia e Damiana, por todo apoio e orações ao longo da minha vida.

Aos meus verdadeiros amigos: Wellington Candeia, Fábio Júnior, Vinicius Reuteman, Benício Júnior, Siberio Albuquerque, Fred Bublitz, Rosângela Medeiros, William Lídio, Lucian Mandú, Alexandre Braga, Luís Paulino, Fátima Limeira, Zé Edmilson, Zé Carlos, Antônio Dantas e Uelison Francelino, obrigado por todo o apoio, amizade e incentivo.

As minhas colegas de trabalho: Célia Gomes, Jordânia Morais e Morgana Wanderley, pelo apoio e incentivo eu costumo dizer, que vocês são demais.

A Naldiane Alves, pelo carinho e apoio incondicional.

Ao diretor da escola Maxwell Vieira, pois me cedeu a liberação para participar das aulas, bem como das reuniões com o meu orientador quando necessário.

Aos meus amigos Berg Soares, Maria Zilda e Luís Paulino, por terem ajudado na logística da coleta das entrevistas.

Aos meus colegas de turma do mestrado em especial: Antônio Fernandes, Wesley Cavalcante, Marlem Moreira, Felipe Madia, Eduardo, Caroline Ramalho e Ana Cláudia.

Aos professores membros da banca: Rodrigo Costa, Djalma Carvalho e Elicarlos Nunes, pela disposição e contribuições dadas para o estudo.

Aos servidores do Programa, por estarem sempre prontos a ajudar, especialmente. Dona Cleuda e André Sergio.

Ao meu amigo Fábio Junior, pessoa que conheci melhor ao longo das viagens para as aulas do mestrado, você é um ser iluminado por Deus, muito obrigado por todo apoio.

Aos meus ex-colegas de trabalho da UEPB: Odilon Avelino, Adriano Homero, Rodrigo Costa, Elias Dias, Laudson Sousa, Janaina Filgueiras, Rosângela Lopes, Mary Dayane, Ingrid Morgane Cinthia Moura e Alexandre Faustino.

Aos meus verdadeiros amigos de infância: Ana Karolina, Raubergue, Raulino e seus familiares.

Não poderia deixar de fazer um agradecimento especial, ao meu orientador, ele que além de me orientar, me acolheu em sua casa, todas as vezes que precisei. Que Deus em sua infinita bondade lhe proteja.

A todos os gestores de saúde do vale do Piancó, que mesmo diante de suas ocupações se colocaram à disposição para participar da pesquisa.

“As pessoas costumam dizer que: a nova fonte de poder não é o dinheiro nas mãos de poucos, mas informação nas mãos de muitos.”

John Naisbitt

LISTA DE SIGLAS

DRGs	Grupos Relacionados de Diagnóstico;
IS	Interacionismo Simbólico;
SER	Sistemas de Registros Automáticos;
SI	Sistemas de Informação;
SIS	Sistemas de Informação em Saúde;
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica;
SIG	Sistemas de informação Gerencial;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TFD	Teoria Fundamental dos Dados;
TI	Tecnologia da Informação;
TIC	Tecnologias da Informação e da Comunicação;
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão;
CDS	Coleta de Dados Simplificada.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características do Software SIAB e da Estratégia E-SUS – AB;	28
Quadro 2 - Codificação Inicial – Vale do Piancó Paraibano;	41
Quadro 3 - Codificação Axial – Vale do Piancó Paraibano;	44
Quadro 4 - Codificação Seletiva – Vale do Piancó Paraibano;	44
Quadro 5 - Características dos relatórios do SIAB e SISAB.	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estratégia e-SUS – AB;	30
Figura 2 -	Os três níveis de codificação;	32
Figura 3 -	Mapa da 7ª Região de Saúde do Estado da Paraíba;	35
Figura 4 -	Tela do Sistema e-SUS – AB;	36
Figura 5 -	Diagrama representativo da categoria Central;	58
Figura 6 -	CDS x PEC - Estratégia e-SUS – AB.	62

RESUMO

Visando a eficiência na coleta das informações dos pacientes, o Ministério da Saúde lançou o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que é efetivado por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) a fim de elevar a qualidade da gestão da informação e equipar com sistema eletrônico, promovendo na ponta uma atenção melhor à Saúde dos pacientes, ou seja, entende-se que é importante essa melhoria para ampliar o nível de atendimento prestado à população. Nessa perspectiva, a realização deste estudo foi de fundamental importância para compreendermos sob o olhar dos gestores municipais de saúde a respeito da informação produzida pelo e-SUS – AB, e de que maneira os dados estão norteando as suas tomadas de decisão. O universo do estudo é constituído pelos municípios da Paraíba, especificamente da 7ª Região de Saúde. A metodologia a ser trabalhada foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), tendo em vista que a pesquisa é qualitativa. Espera-se compreender de que maneira os gestores de saúde do vale do Piancó utilizam e compreendem e avaliam o Serviço e-SUS – AB, como tem facilitado o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisão por meio dos relatórios gerados, pois para a gestão, o objetivo de disponibilidade dos dados, podem se tornar de fundamental importância para a tomada de decisão.

Palavras chave: Vale do Piancó. Teoria Fundamentada dos Dados. Gestores de Saúde. e-SUS – AB.

ABSTRACT

Aiming at efficiency in collecting patient information, the Ministry of Health launched the Primary Health Care Information System (SISAB), which is implemented through the e-SUS Primary Care (e-SUS AB) strategy in order to raise the quality of information management and equip with electronic system, promoting at the end a better attention to the health of patients, that is, it is understood that this improvement is important to increase the level of care provided to the population. From this perspective, the accomplishment of this study was of fundamental importance to understand under the eyes of the municipal health managers about the information produced by e-SUS - AB, and how the data are guiding their decision making. The study universe consists of the municipalities of Paraíba, specifically the 7th Health Region. The methodology to be worked on was the Grounded Theory (TFD), considering that the research is qualitative. It is expected to understand how the health managers of the Piancó Valley use and understand and evaluate the e-SUS - AB Service, as it has facilitated the development of activities and taken through the reports generated, because for management, the objective of data availability, where data can become of fundamental importance for decision making.

Keywords: Vale do Piancó, Grounded Theory of Data, Health Managers, e-SUS - AB.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA DO e-SUS – AB ...	16
2.1 Sistemas de informação	16
2.2 Sistemas de informação gerencial (sig)	17
2.3 Benefícios do Sistema de Informação Gerencial	18
2.4 Sistemas de informação em saúde	19
2.5 Sistemas de informação (SISAB) e a estratégia da atenção básica (e-SUS – AB)	22
2.6 Importância das fichas do e-SUS – AB	26
3 METODOLOGIA	29
3.1 Teoria Fundamentada nos Dados	29
3.2 Tipo do estudo	31
3.3 Cenário e Participantes da pesquisa	31
3.4 Estratégia para a coleta dos dados	32
3.5 Questões éticas da pesquisa	33
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
4.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa	34
4.2 Codificação dos elementos da TFD	34
4.2.1 Codificação aberta - Vale do Piancó.....	35
4.2.2 Codificação axial – Vale do Piancó.....	41
4.2.3 Codificação Seletiva – Vale do Piancó	41
4.3 Fenômeno gerado: A estratégia e-SUS – AB: Facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema.	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS	69
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	70
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	73
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	76
ANEXO D – OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	77
ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	78
ANEXO F – PARECER DE ENCERRAMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	82

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e a rápida implantação dos registros eletrônicos tendem a padronizar procedimentos e consultas a fim de assegurar a melhor qualidade do serviço oferecido. A partir dos anos 1980, essa realidade começou a mudar, com o surgimento de novas tecnologias gerenciais em saúde como os grupos relacionados de diagnóstico (DRGs), a digitalização de fichas clínicas e o cruzamento destas informações com dados cadastrais de usuários dos sistemas de saúde (MÉDICI, 2010).

A necessidade de informações com qualidade traduziu-se em iniciativas diversas tais como: padronização de terminologias, maior facilidade de acesso, compartilhamento de experiências, disseminação dos processos para elaboração dos indicadores, capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados (LIMA, 2010).

Os dados estão, principalmente, nos formatos numérico, textuais e imagens registradas (às vezes sem padronização) por meio de narrativa do paciente ou outro meio em papel, ou eletronicamente. O uso desses dados possibilita criar o perfil e possíveis diagnósticos do paciente, bem como também dá suporte ao profissional de saúde na tomada de decisão. (SHORTLIFFE; BARNETT, 2013). Com isso, destaca-se que a qualidade das informações tem sido objeto de interesse mundial, com importantes investimentos aplicados na elaboração de metodologias para gestão da qualidade dos dados e das informações (LIMA, 2010).

É perceptível que com o avanço da tecnologia na área da saúde, a informação se torna indispensável para o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, logo, a qualidade das informações tornou-se foco de debates a nível mundial em diversos fóruns de referência. O que só foi possível devido a importantes investimentos na construção de metodologias que ofereçam suporte à gestão da qualidade das informações em saúde (LIMA, 2010).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são ferramentas utilizados pelos gestores de saúde para o planejamento e avaliação das políticas de promoção à saúde e os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (TANAKA; TAMAKI, 2012; FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Visando eficiência na coleta das informações dos pacientes, o Ministério da Saúde lançou/implementou, por meio da portaria 1412 de 13 de julho de 2013, o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que é efetivado por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS – AB) a fim de elevar a promoção da gestão da informação e equipar com sistema eletrônico (BRASIL, 2014a; UNA-SUS/UFMA, 2016a).

O sistema e-SUS – AB é uma estratégia de registro individualizado dos dados, com foco na geração de informações referentes a situações e de saúde e/ou doença do paciente. A efetiva implementação e utilização desse tipo de tecnologia na área de saúde requer cooperação entre as pessoas, ou seja, o envolvimento dos profissionais da saúde. O software possibilita a comunicação com a equipe de saúde do município, estado e o ministério da saúde, o uso desses dados é utilizado para possíveis diagnósticos do usuário, bem como para dar suporte ao profissional de saúde na sua tomada de decisão.

Com base nessas informações, surgiu à problemática: Como o sistema e-SUS – AB tem facilitado o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões por meio dos relatórios gerados? O presente estudo ainda buscou respostas para outros questionamentos: de que maneira os gestores compreendem a qualidade da informação e dos relatórios produzidos pelo e-SUS – AB? E, de que forma essas informações e relatórios influenciam na tomada de decisão?

Na busca por responder esses questionamentos, estipulamos o seguinte **objetivo geral**: Avaliar o sistema e-SUS - AB na perspectiva dos gestores municipais de saúde da 7ª região do estado da Paraíba que é constituída pelos municípios da região do Vale do Piancó. Foram traçados também os seguintes **objetivos específicos**:

- Compreender de que maneira o gestor percebe e utiliza as informações e relatórios produzidos pelo e-SUS – AB para a tomada de decisão, bem como seus obstáculos e desafios;
- Identificar como dados gerados pelo e-SUS – AB tem auxiliado os gestores para realizar a tomada de decisão na solicitação de material e demais demandas para o município;
- Conhecer os pontos positivos e negativos no processo de coleta dos dados do e-SUS – AB.

Sabe-se que a geração e armazenamento de dados clínicos são fundamentais para o processo de cuidados de saúde. A literatura mostra que muitos dados são gerados na prática da medicina e as ciências de saúde. Dados médicos são registrados para vários propósitos contendo informações clínicas que são necessárias para atendimento seguimento em longo prazo dos pacientes, também podendo contribuir para o bem-estar da sociedade por meio de agregação e análise dos dados que apoiam a investigação e a pesquisa clínica já que traz uma base de registro histórico (SHORTLIFFE, BARNETT, 2013).

A qualidade das informações contidas nos sistemas é de extrema relevância, para se buscar metodologias adequadas de avaliação de subsistemas, serviços e equipes envolvidos em todos os processos de produção da saúde (ALBUQUERQUE, 2017). Nessa perspectiva, a realização deste estudo é de fundamental importância, pois permite um olhar sobre o tipo da

informação produzida pelo e-SUS – AB na perspectiva dos gestores municipais de saúde, e de que maneira os relatórios gerados pelo sistema vem norteando as suas ações e os serviços prestados no âmbito do município.

Assim, a motivação para realização deste trabalho e a escolha dessas cidades foi em devido a importância dessa região para o estado da Paraíba, ou seja, uma das regiões mais populosas, que agrega 18 municípios. Dentre os quais estão: Aguiar, Boa Ventura, Conceição, Coremas, Curral Velho, Diamante, Ibiara, Igaracy, Itaporanga, Nova Olinda, Olho D'Água, Pedra Branca, Piancó, Santa Inês, Santana de Mangueira, Santana dos Garrotes, São José do Caiana e Serra Grande.

De acordo com o IBGE tem estimativa de 148.796 habitantes. A cidade mais populosa é Itaporanga com 24.842 habitantes, seguida de Conceição com 18.944. Piancó e Coremas aparecem depois com número de 16.091 e 15.426 habitantes respectivamente. A cidade com a menor estimativa populacional é Curral Velho, que possui cerca de 2120 habitantes.

Por fim, quando avaliamos a utilização do e-SUS – AB nesses municípios, pudemos perceber que a estratégia e-SUS – AB têm facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores municipais de saúde, por meio dos relatórios gerados pelo sistema. Os elementos foram construídos ao longo da codificação dos elementos da TFD.

2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA DO e-SUS – AB

Na sequência serão apresentados alguns conceitos relevantes para a consecução do objetivo proposto neste trabalho, destacando-se os conceitos sobre Sistemas de informação (SI), Sistemas de Informação Gerencial (SIG), Sistemas de informação em Saúde (SIS) e da Estratégia (E-SUS/AB).

2.1 Sistemas de informação

A informação é um fenômeno de extrema relevância na sociedade, pois é o mecanismo de conteúdos que estabelece o convívio social e aflui para a aquisição de conhecimentos (MORIN, 2002). A informação é peça chave para o planejamento em qualquer área, sendo considerada fundamental ferramenta para o processo de trabalho da gestão. Estudos demonstraram que ainda não se chegou a uma definição completa para o termo “qualidade da informação”, no entanto, o conceito multidimensional mais aceito aponta para a adequação da informação para seu uso (ROSÉN; ELVERS, 1999).

Informações de qualidade podem se tornar iniciativas diversas, tais como: padronização de terminologias, maior facilidade de acesso, compartilhamento de experiências, disseminação dos processos para elaboração dos indicadores, capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados (LIMA, 2010).

Com a gestão da informação necessária do estabelecimento de processos sistematizados e estruturados, ligados aos envolvidos na condução para o alcance dos resultados esperados, as organizações que administram com eficiência a informação terão recursos fundamentais para a maximização da qualidade do processo decisório (VITAL; GREGÓRIO, 2010).

A proporção sobre Informação e conhecimento tem como objetivo a implementação de processos que contribuem essencialmente para a coleta, armazenamento, utilização, atualização e disponibilização sistemática de informações atualizadas, precisas e seguras para auxiliar a tomada de decisões nas organizações (CHAVES, 2014). Com vistas a consolidar o uso da informação para construção do conhecimento e meio de permear o processo decisório, a fim de que se construa uma gestão comprometida (ALBUQUERQUE, 2017).

O sistema de informação é um conjunto de componentes que se relacionam entre si, coletando, processando, armazenando e distribuindo informações para um melhor controle da empresa e para o auxílio dos gestores na tomada de decisão.

Os sistemas de informação (SI) basicamente transformam a informação em uma forma utilizável para a coordenação de fluxo de trabalho de uma empresa, ajudando os indivíduos na tomada de decisões, analisar e visualizar assuntos complexos e resolver outros tipos de problemas. Os sistemas de informação fazem isso por meio de um ciclo de três atividades básicas: entrada, processamento e saída (LAUDON, K.; LAUDON, J., 2014).

Segundo Audy, Andrade e Cidral (2005), os sistemas de informação atuam enquanto responsáveis pela disponibilização de informações necessárias para a tomada de decisão nos diversos níveis organizacionais, seja operacional, tático ou estratégico.

No entanto, O'Brien (2004, p. 06) considera os sistemas de informação como “um conjunto organizado de pessoas, hardware, software, redes de comunicação e recursos de dados que coleta, transforma e dissemina informações em uma organização.

Diante disso, as organizações precisam estar preparadas para lidar com os problemas internos e externos no contexto das quais estão inseridas. Por isso buscam o desenvolvimento de sistemas de informações para a resolução desses problemas. Kenneth Laudon e Jane Laudon (2014), afirmam que “a razão mais forte pelas quais as empresas constroem os sistemas, então, é para resolver problemas organizacionais e para reagir a uma mudança no ambiente”.

Os Sistemas de Informação de uma organização obtêm sucesso quando a Tecnologia da Informação é utilizada de maneira adequada, onde transforma grande quantidade de dados em informações válidas, reduzindo, dessa forma, as incertezas para uma maior assertividade às decisões (CHAVES, 2014).

Objetiva-se com um sistema de informação o apoio a tomada de decisão nas atividades desenvolvidas pelos usuários nas instituições que estão vinculados. “Assim, proporciona desde o acesso rápido, integridade, veracidade e segurança das informações disponíveis até a garantia de obter informação qualificada para uma boa tomada de decisão.” (OLIVEIRA, 2008).

2.2 Sistemas de Informação Gerencial (SIG)

Um Sistema de Informação Gerencial (SIG) utiliza a computação em sua base, como menciona Kenneth Laudon e Jane Laudon (2014), os sistemas de informações gerenciais são os sistemas de informações computadorizados direcionados aos administradores, pois permitem que os administradores possam tomar decisões de forma que a empresa funcione eficientemente.

Em consonância com Batista (2004, p. 22) que afirma que sistema de informação gerencial pode ser considerado:

o conjunto de tecnologias que disponibilizam os meios necessários à operação do Processamento dos dados disponíveis. É um sistema voltado para a coleta, armazenagem, recuperação e processamento de informações usadas ou desejadas por um ou mais executivos no desempenho de suas atividades. É o processo de transformação de dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da empresa e proporcionam a sustentação administrativa para otimizar os resultados esperados.

Para Oliveira (2008), os sistemas de informações gerenciais se tornam indispensáveis, pois na grande maioria das empresas que utilizam sistemas informatizados, há muitos dados que estão à disposição, mas esses dados por si não podem ser utilizados no processo de tomada de decisões sem antes passar por um processo de conversão, de transformação, fazendo com que se tornem efetivamente informações.

É nesta etapa em que os sistemas de informações gerenciais atuam, compilando os conjuntos de dados em informações processadas e prontas para ser utilizadas.

2.3 Benefícios do Sistema de Informação Gerencial

O SIG é uma ferramenta que auxilia na administração das organizações, depois de implantado com sucesso, proporciona efetiva colaboração aos principais pilares para o sucesso de uma empresa no cenário global. Onde se destacam alguns aspectos como flexibilidade, participação da alta e média cúpula, capacidade para investir, otimização na parte da logística de distribuição, comunicação eficiente, competência da equipe, a qualidade, conhecimento e confiança no sistema, o uso de um planejamento global adequado e recursos humanos (idem).

O referido autor ainda enfatiza que as empresas que adotam um SIG, analisam os benefícios para a tomada de decisão, dentre os quais estão a melhor tomada de decisão por meio de informações rápidas e precisas, maior motivação e participação dos funcionários, melhoria no fluxo de informações entre empresa, fornecedores e funcionários, facilidade de acesso às informações, diminuição dos custos operacionais, informações organizadas e em tempo real, geração de relatórios para análise, aumento da produtividade, melhor relacionamento na cadeia de suprimentos, redução de burocracia, corte de mão-de-obra (retrabalho), redução da centralização de decisões e melhor resposta a imprevistos.

Os sistemas de informações gerenciais são conjuntos de dados que são transformados em informações organizadas e dispostos de forma a ser utilizadas para dar auxílio ao processo de tomada de decisão da organização, possibilitando, ainda, sustentação para melhorar os resultados da empresa (LAUDON, K.; LAUDON; J, 2014).

Quando o sistema é utilizado de forma adequada, pode promover a redução da dependência de papéis, principalmente, quando pode contar com um aparato tecnológico capaz de converter para a forma eletrônica as informações necessárias para o processo de trabalho (GUTIERREZ, 2011).

É possível destacar que os SIG são imprescindíveis para a análise de dados. Atualmente, as grandes empresas utilizam sistemas de informação e há muitos dados que estão à disposição, mas isolados e podem não ser utilizados no processo de tomada de decisões, sem antes passar por um processo de conversão, de transformação, fazendo com que se tornem efetivamente informações relevantes (OLIVEIRA, 2008). É neste contexto, que os sistemas de informações gerenciais atuam, compilando esses dados em informações e gerando conhecimento para a organização.

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para as tomadas de decisões na atenção básica de saúde o que faz com que seja de total importância que existam sistemas de gerenciamento para essas informações.

2.4 Sistemas de informação em saúde

O desenvolvimento, a incorporação e a utilização de tecnologias nos sistemas de saúde, bem como a sua sustentabilidade, estão inseridos em contextos sociais e econômicos, que derivam da contínua produção e consumo de bens e produtos (BRASIL, 2010).

A informação no âmbito da saúde tornou-se primordial para o acompanhamento de eventos e avaliação das ações desenvolvidas, logo, a qualidade das informações tornou-se foco de debates a nível mundial em diversos fóruns de referência no contexto, contando também com importantes investimentos na construção de metodologias que ofereçam suporte à gestão da qualidade das informações em saúde (LIMA, 2010).

Sabe-se que a geração e armazenamento de dados clínicos são fundamentais para o processo de cuidados de saúde. O uso da informação em saúde é fundamental para planejamento das ações e tem como aliado o SIS (BARBOSA; FORSTER, 2010).

Segundo Brasil (2005a, p. 67), a definição para SIS, é a seguinte: “um conjunto de dados de produção, análise e divulgação de informações que atuam integradas e articuladamente com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido”

É importante destacar dois fenômenos históricos no campo dos SIS: o primeiro na década de 1970 pela Lei Federal nº 6.015/73 do IBGE como instituto responsável pela estatística nacional e o segundo marco em 1975, quando ocorreu a primeira Reunião Nacional sobre SIS durante a Conferência Nacional de Saúde. E entre as décadas de 1970 e 1980 foram criados alguns dos principais sistemas de informação do Brasil tais como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o de doença o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2009a; UNA-SUS/UFMA, 2016a).

As organizações governamentais estão buscando cada vez mais por profissionalização, eficiência e efetividade visando à qualidade das informações, por meio da implantação de instrumentos de mensuração que permitam um monitoramento sistemático do desempenho econômico e financeiro (MARTINEZ; FILHO, 2012).

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Então, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais no processo de tomada de decisão (BRANCO, 1996).

Alguns países investem recursos consideráveis em atividades que visem a garantir a qualidade dos dados, incluindo capacitação periódica dos profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados, além de um monitoramento regular dos dados disponibilizados pelos sistemas (LIMA, 2009).

Desde a década de 80, a gestão da qualidade das informações em saúde tem sido contemplada com a elaboração de diversos modelos, focados na avaliação de programas, de serviços ou de tecnologia em saúde (NOVAES, 2000).

Diante disso, Lima (2010), destaca que no Brasil,

o Sistema Único de Saúde pressupõe a descentralização da gestão da saúde pelas três esferas de governo. Como consequência, os sistemas de informação em saúde são processados de forma descentralizada em sua grande maioria, ficando, portanto, sujeitos a distintas condições de tecnologia de informação e de comunicação, de infraestrutura, de comprometimento dos profissionais e dos gestores com a qualidade, que são fatores determinantes para que se obtenha informações de qualidade.

Assim, a utilização de Tecnologia da Informação (TI) tem um potencial de reduzir o número de falhas nos processos envolvidos no apoio ao paciente, ocasionando a melhoria da qualidade dos serviços e a redução dos custos na assistência à Saúde (HILLESTAD, 2005). Pois, no âmbito da saúde, lidar com problemas de alta complexidade são funções atribuídas a gestão, requerendo a adoção de medidas relevantes socialmente. A informação deve permear esse processo levando a redução de incertezas e oferecendo subsídios para um planejamento mais fiel às necessidades de saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Lima (2010) afirma que há iniciativas diversas na busca de aprimoramento da qualidade dos dados que vêm sendo produzidos pela ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil. O autor destaca alguns pontos promovidos pelos gestores, tais como:

implementação de críticas na entrada de dados, cada vez mais específicas; atuação do gestor federal na capacitação e incentivo ao uso da informação junto aos gestores locais; atuação destes junto aos profissionais de saúde; descentralização do processamento dos sistemas; elaboração de cadastros e tabelas unificadas para serem utilizados por diferentes sistemas. (p. 78)

Por meio da implantação de um sistema de informação em saúde, possibilita-se a comunicação entre profissionais e gestores, permitindo discussões, relacionamentos múltiplos, além de minimizar o impacto das barreiras culturais, da infraestrutura física e da distância, maximizando a troca de informações e a aquisição de conhecimentos que possam elevar a qualidade do cuidado prestado à população (SILVA, 2012).

Todavia, em pleno século XXI é possível destacar que a implementação do prontuário eletrônico em organizações de saúde ainda parece ser uma tarefa difícil, pois continuamente envolve variáveis nas organizações que influenciam o desenvolvimento e implementação dos sistemas nos hospitais (BERG, 2001).

Berg (idem) mostra que fatores frequentemente impedem a implantação do prontuário eletrônico nas entidades de saúde, tais como: o processo de transformação mútua, pois os dois lados (instituição e tecnologia) são influenciados e transformados durante o processo de implementação; a falta de apoio dado pela administração e pelos usuários da instituição ao processo de implantação; e, por último, o sistema de informação o qual deve ser compreendido como um agente de mudança e não simplesmente como uma mudança forçada.

Diante de todas as dificuldades tem-se que os sistemas de informação em Saúde devem servir de apoio a organização dos serviços de saúde, a fim de que beneficie o processo de coleta de dados, armazenamento e processamento das informações, auxiliando nos meios

diagnósticos e de cuidados, de acordo com as características do paciente (GUTIERREZ, 2011).

Segundo Lima et al (2009), o Brasil dispõe de uma ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de âmbito nacional, com grande parte de suas informações disponível na Internet no seu site <<http://www.datasus.gov.br>>.

O referido autor ainda destaca em seu estudo, que a qualidade das informações tem alcançado debates a nível mundial em diversos espaços, visando à implementação de metodologias para gestão da qualidade das informações em saúde.

E a apropriação dessas informações pelos gestores e pela sociedade organizada para subsidiar suas atividades deve considerar seus pontos fortes e suas limitações, resultado de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados (LIMA et al., 2009).

Os SIS são ferramentas indispensáveis para os gestores de saúde no que diz respeito a tomada de decisão e avaliação das políticas de saúde e os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em âmbito nacional foram criados vários SIS, anteriormente a implantação do SUS, com vistas a atender objetivos dos governos federal e estadual (TANAKA; TAMAKI, 2012; FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Lima et al. (2009) afirma que há iniciativas diversas na busca de aprimoramento da qualidade dos dados que vem sendo produzidos pela ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil, havendo um esforço da gestão federal no incentivo do uso da informação no processo de trabalho dos gestores locais, bem como a criação de estratégias para o aperfeiçoamento da qualidade dos dados em áreas específicas.

O uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC) no setor de saúde tem crescido satisfatoriamente para a gestão dos serviços e controle dos custos associados ao SUS e para o atendimento à expectativa do cidadão de qualidade de serviço (VIEIRA, 2015).

O registro legal (prontuário eletrônico) é uma base para fornecer proteção ao médico e também ao paciente, pois a coleta dos dados/registo. O registro realizado anteriormente de forma manual, o que acarretava em um registro médico mais complicado de ser efetivado com precisão nas informações.

2.5 Sistemas de informação (SISAB) e a estratégia da atenção básica (e-SUS – AB)

De modo geral, um sistema de informação é um parâmetro para o processo de tomada de decisão na gestão em saúde nas três instâncias (municipal, estadual e federal),

oferecendo dados, que mais tarde são transformados em informação e conhecimento, sendo possível a articulação de saberes baseado em conhecimento, ao invés de dados subjetivos ou suposições (BRASIL, 2005a; SANTOS; ARAÚJO; HOLMES, 2015).

Possibilitando dessa forma, maior interligação das redes de assistência e, conseqüentemente, o aumento da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2005a; SANTOS; ARAÚJO; HOLMES, 2015). A implantação de um Prontuário Eletrônico é um processo lento e gradual, com sucessivas etapas que devem ser bem planejadas.

De acordo com Albuquerque (2017), no Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os sistemas de informação em saúde obtiveram rápido crescimento, no entanto há muito a ser feito no sentido da integração entres os sistemas de informação brasileiros e o uso da computação bem como dos sistemas de informação no campo de atuação profissional, da gestão e do controle social, visando, dessa forma, a melhorar a qualidade dos processos de decisão no trabalho desenvolvidos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009a).

É fundamental que o Sistema Único de Saúde (SUS) possua sistemas de informação em saúde que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção, permitindo interoperabilidade entre os diferentes sistemas (DATASUS, 2017).

O termo e-SUS faz menção a um SUS eletrônico, cuja a sua finalidade é auxiliar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população (idem)

O processo de implantação do e-SUS depende da estrutura nas unidades de Atenção Básica do município. A identificação dessa estrutura irá subsidiar o que se convencionou chamar de “cenário de implantação”, condição que impacta diretamente na escolha da forma de transmissão dos dados (BRASIL, 2014b).

Segundo Albuquerque (2017), o Sistema e-SUS AB é um sistema recente em uso, com publicações recentes que abordem as experiências dos gestores e profissionais durante a transição dos sistemas de informação da atenção básica.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (CONASS, 2013).

De acordo com Albuquerque (2017), com vistas a atender a grande demanda de dados produzidos no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), foi criado em 1998, o

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com o objetivo de reunir e processar as informações relacionadas ao atendimento das famílias adscritos a ESF.

A implantação do e-SUS AB é um importante avanço na qualificação e no uso da informação registrada durante as ações de saúde desenvolvidas na AB. Desde a instituição do SISAB, em julho de 2013, sob a Portaria nº 1.412, muitos municípios já avançaram nessa implantação (BRASIL, 2013).

O e-SUS AB é composto por dois sistemas de coleta dos dados: o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2014b).

Com o sistema evita-se uma carga mais elevada nos processos de coleta, inserção, gestão e uso da informação na APS, permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade em separado, tais como: o retrabalho de coleta dados, individualização do registro, produção de informação integrada, cuidado centrado no indivíduo, na família e na comunidade e no território (BRASIL, 2013).

Por meio do uso de fichas de cadastramento, os profissionais coletam os dados e emitem relatórios por meio da consolidação dos mesmos, dessa forma, possibilitou o aparelhamento para os gestores e profissionais, para que utilizassem as informações como norte em seu planejamento e ações em saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009b).

Segundo Albuquerque (2017),

As fichas utilizadas no sistema eram: ficha para cadastramento das famílias (Ficha A); ficha para acompanhamento (Fichas B), ficha de gestantes (Ficha B-GES), ficha de hipertensos (Ficha B-HA), ficha de diabéticos (Ficha B-DIA), ficha de pessoas com tuberculose (Ficha B-TB), ficha de pessoas com hanseníase (Ficha B-HAN); ficha para acompanhamento da criança, ficha C (Cartão da Criança); ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D). E os consolidados são reunidos em três blocos: Cadastramento das famílias (Fichas A); Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA); Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009b).

Onde, essas fichas são utilizadas pelos profissionais de saúde, integralizando dessa forma, os registros dos sistemas de informação oficiais na Atenção Básica, permitindo o acompanhamento individual de cada usuário que recebe o atendimento, bem como das ações realizadas por cada membro da equipe (BRASIL, 2014a).

Para concretização e solidificação do sistema é necessário o envolvimento dos atores que compõem o SUS: gestores, profissionais da saúde e trabalhadores do SUS, unindo dessa forma, esforços na busca de qualificação da informação na Atenção Básica (BRASIL, 2015b).

A tecnologia atualmente permite uma série de facilidades tanto para o atendimento clínico, como para a administração, faturamento e pesquisa científica. No entanto, se não

houver um planejamento prévio e consenso entre as equipes de profissionais a construção do registro eletrônico enfrentará grandes dificuldades (BRAGA; LUCENA; RIBEIRO-ROTTA, 2016).

O e-SUS – AB foi desenvolvido para adequar o sistema de informação às necessidades da Atenção Básica e melhorar o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2013).

Observa-se que a partir da implementação desta estratégia, o objetivo foi a reestruturação do SISAB, substituído gradativamente por um novo sistema de informação, é possível destacar que no antigo Sistema de Informação da Atenção Básica, era limitado, assim como mostra o Quadro 1 (BRASIL, 2013):

Quadro 1 – Características do Software SIAB e da Estratégia E-SUS – AB

	SIAB	E-SUS – AB
Tecnologia da informação	Não permite a comunicação com outros sistemas	Permite a interoperabilidade com outros sistemas de saúde em uso no município
Plataforma de Desenvolvimento	Utiliza linguagem de programação Clipper e plataforma MS-DOS	Utiliza linguagem de programação Java Web e é multi-plataforma
Sistema de Coleta	Por meio de fichas consolidadas	Por meio de fichas com registro individualizado ou com Prontuário Eletrônico

FONTE: MS / SAS / DAB (2013)

É possível constatar que a gestão de serviços de saúde possui a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações levando ao alcance máximo da eficiência e eficácia para atingir os objetivos estabelecidos (TANAKA; TAMAKI, 2012). Bem como, utilizar a efetividade para resolver os problemas identificados, nas ações realizadas, constituindo uma prática administrativa na qual, o gestor faz uso de conhecimentos, técnicas e procedimentos na condução do funcionamento do serviço, a partir de objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Oliveira e Bertucci (2003) consideram que o gerenciamento da informação se tornou um instrumento estratégico necessário para controlar e auxiliar decisões, por meio de melhorias no fluxo da informação, do controle, análise e consolidação da informação para os usuários.

É preciso reconhecer que as organizações que administrarem eficientemente a informação terão um recurso estratégico fundamental para a maximização da qualidade do processo decisório (VITAL; GREGÓRIO, 2010).

2.6 Importância das fichas do e-SUS – AB

A base de dados é composta pelos dados da primeira consulta ao cidadão, o que de modo geral inclui: identificação, dados pessoais, dados familiares, registros clínicos e os fatores de risco. Ao longo do tempo os dados devem ser atualizados a fim de ter a situação geral do paciente (BRASIL, 2018).

A entrada de dados individualizados por cidadão abre caminho para a gestão do cuidado e aproximação desses dados ao processo de planejamento da equipe de saúde do município.

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. Estratégia e-SUS AB preconiza (idem):

- **Individualizar o registro:** acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;
- **Integrar a informação:** integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, a partir do modelo de informação;
- **Reduzir o retrabalho na coleta de dados:** reduzir a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo;
- **Informatizar as unidades:** desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde;
- **Gestão do cuidado:** introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais na perspectiva de fazer gestão do cuidado
- **Coordenação do cuidado:** a qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

O objetivo é ser uma estratégia de preenchimento de fichas que coletam dados de cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelas equipes de AB. Esses dados devem ser digitados no CDS ou PEC (ibidem). Composto por fichas para o registro de informações, conforme mostra a Figura 1:

Figura 1 – Estratégia e-SUS - AB



Fonte: Brasil (2013).

Cadastro Individual: É utilizada para registrar as características sociodemográficas, e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB.

Cadastro Domiciliar: O objetivo dessa ficha é registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por meio dela, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio.

Atendimento Individual: É um instrumento de coleta de dados dos atendimentos realizados, por determinado profissional. Essa ficha não objetiva esgotar todo o processo de atendimento de um indivíduo.

Atendimento Odontológico Individual: Visa o registro das informações do atendimento realizado pela equipe de Saúde Bucal na atenção básica.

Atividade Coletiva: registro das ações realizadas pelas equipes conforme as necessidades do território e capacidade da equipe de estruturar as ações. Nessa ficha, devem ser registradas ações estruturantes para a organização dos processos de trabalho da equipe.

Vacinação: É utilizada para registro de informações das vacinas aplicadas na rotina, campanhas ou demais estratégias realizadas na Atenção Básica. Ela identifica as vacinas que foram aplicadas no cidadão.

Marcadores de Consumo Alimentar: Permite a identificação de marcadores positivos ou negativos da alimentação e, de maneira mais dinâmica, a composição de

indicadores. Por meio do relatório o profissional da equipe de saúde pode orientar quanto às práticas alimentares adequadas e saudáveis.

Visita Domiciliar e Territorial É de **uso exclusivo** do ACS e do ACE. Para os demais profissionais, a visita domiciliar é definida como atendimento realizado no domicílio, e deve ser registrada na Ficha de Atendimento (Individual/Odontológico Individual).

Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia: O preenchimento desta ficha é complementar a de Atendimento Individual para os casos de atendimento do profissional de nível superior a crianças que apresentam microcefalia.

3 METODOLOGIA

A seguir, serão descritos os métodos utilizados para elaboração deste trabalho.

3.1 Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)

A *Grounded Theory* (GT) é um método qualitativo de elaborar uma teoria a partir dos dados empíricos provenientes de uma realidade social. A TFD foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser (da Universidade de Columbia) e Anselm Strauss (da Universidade de Chicago) na década de 1967. Sobral (2013) define a teoria de a maneira bastante simplificada, como um conjunto integrado de proposições que explicam a ocorrência de um dado fenômeno.

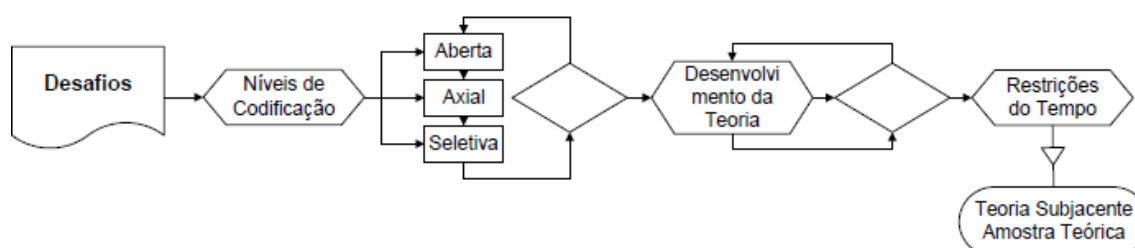
A TFD é um método de pesquisa qualitativa, que faz uso das aplicações indutivas e dedutivas na busca do desenvolvimento de uma nova teoria, com base nos dados adquiridos de forma sistemática e são construídas categorias conceituais para explicar o fenômeno abordado, a partir de compreensões.

Para Dantas et al (2009), A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* colabora com a compreensão dos significados das experiências do ser humano, nas diversas áreas do conhecimento, consolidando-se como um método para a realização de pesquisas, especialmente na área da Enfermagem, cujo objeto de estudo envolve interações humanas.

A TFD é a maneira de analisar o material empírico. Considerando as orientações dessa perspectiva teórica, o processo de coleta será análise dos dados de forma simultânea, com a coleta inicial, e das gravações para logo após ser transcritas.

Para Wu e Beaunae (2012), as etapas de codificação dos dados, desenvolvimento da teoria e a limitação de tempo, representam os três desafios universais de qualquer estudante de (pesquisador) no mundo. Estes desafios podem ser percebidos na Figura 2.

Figura 2 – Os três níveis de codificação



Fonte: Wu e Beaunae (2012).

É preciso que o pesquisador compreenda e determine cada passo para não haver surpresas. A codificação deve ser realizada sobre comparações constantes dos dados. O processo deverá seguir em três níveis de codificações, sendo-os aberta, axial e seletiva (GLASER; STRAUSS, 1967; STRAUSS; CORBIN, 1998).

Complementando a ideias dos autores Charmaz (2009, p. 10) afirma que:

A abordagem mais recente da TFD, que recomenda três tipos de codificação: '**Codificação aberta/inicial**', a qual fragmenta os dados em palavras, linhas ou segmentos de dados e implica em transcrever todo o material coletado e as frases analisadas e selecionar as palavras-chave. Ao longo de todas essas fases são construídos os memorandos. '**Codificação axial**' especifica as propriedades e as dimensões de uma categoria, ao relacionar as categorias às subcategorias e reagrupar dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente. '**Codificação Seletiva**' utiliza os códigos ou categorias iniciais mais significativas ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar quantidades enormes de dados.

Podemos dizer que a codificação aberta envolve a análise, a quebra, a comparação, a conceituação e a categorização dos dados. Nas fases iniciais da etapa de codificação aberta o pesquisador explora os dados examinando minuciosamente aquilo que lhe parece relevante a partir da leitura intensiva dos textos em questão. Nesta fase os dados são agrupados em códigos e as categorias, que têm a função de agregar estes códigos, são criadas (SOBRAL, 2013).

Após a codificação aberta partimos para a codificação axial. Nesta fase são examinadas as relações entre as categorias que formam as proposições da teoria. Nesta fase também são estabelecidas, por meio de conectores, as relações dos códigos entre si e as relações entre códigos e categorias (idem).

Passando pelas duas etapas anteriores com isso aplicamos a última etapa, a de codificação seletiva. Nesta fase, todo o processo é refinado, identificando a categoria central da teoria, com a qual todas as outras estão relacionadas (ibidem).

Segundo Dantas et al. (2009) a busca de dados na TFD pode ser realizada por meio de entrevistas e observações. A entrevista permite flexibilidade para questionar o respondente no esclarecimento de pontos essenciais para a compreensão da realidade investigada e avaliar a veracidade das respostas, mediante observação do comportamento não verbal do sujeito, ou seja, a partir das perguntas, novos fatos podem surgir.

A TFD é uma metodologia relevante para a análise qualitativa, por seu rigor analítico e metodológico, em áreas como educação, saúde, computação e sociologia, tendo contribuído significativamente para expansão do conhecimento a qual permite tratar a abordagem de forma interpretativa e sistemática (idem).

3.2 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa com auxílio da TFD, que fora descrito anteriormente que busca analisar como os gestores/secretários de saúde dos municípios do vale do Piancó percebem a qualidade das informações produzidas pelo e-SUS e como tais dados auxiliam para o processo de trabalho na gestão e discutir as dificuldades enfrentadas na utilização do novo sistema de informação.

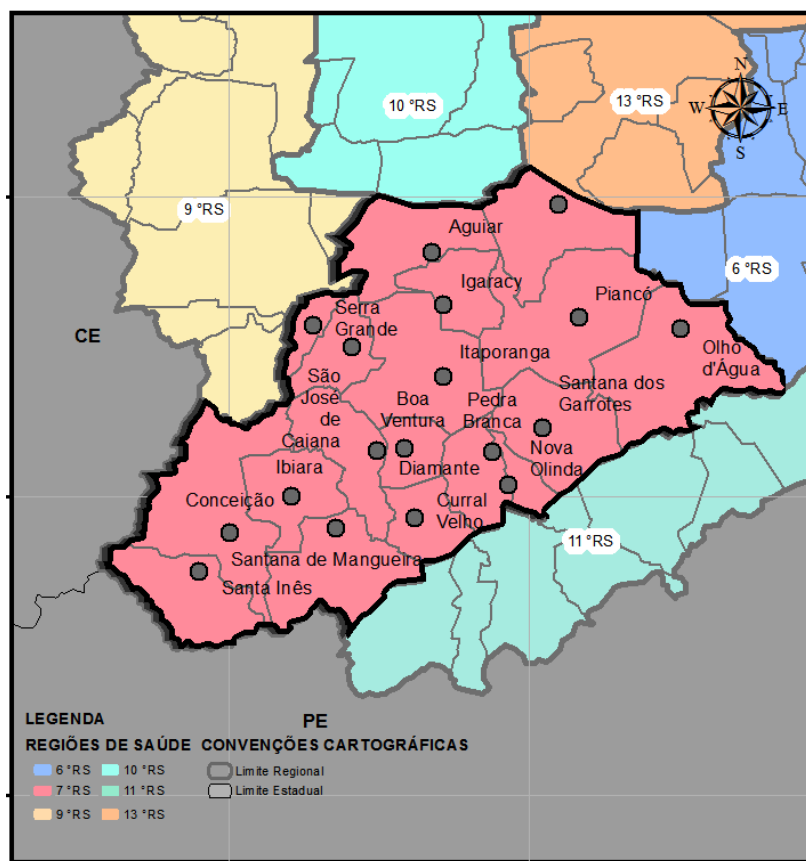
Essa pesquisa é exploratória e qualitativa, uma vez que objetiva esclarecer um problema pouco explorado, permitindo um conhecimento aprofundado sobre o fenômeno de estudo. Também é descritiva, pois tem a finalidade de observar, registrar e analisar as características de determinado fenômeno, podendo ainda determinar a natureza da relação entre variáveis (GIL, 2010).

3.3 Cenário e participantes da pesquisa

A população do estudo é constituída pelos municípios do vale do Piancó (Figura 3), o período da coleta de dados ocorreu de outubro e novembro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas. Esse tipo de entrevista é um procedimento para a coleta de dados que possibilita obter informações do entrevistado acerca de um problema.

Segundo Albuquerque (2017), no que diz respeito à amostra, a TFD utiliza o critério de saturação teórica, não delimitando o número de participantes, pois ocorre de acordo com o alcance satisfatório de consistência dos dados e repetição das informações durante as entrevistas.

Figura 3 - Mapa da 7ª Região de Saúde do Estado da Paraíba



Fonte: (PARAÍBA, 2019)

O mapa da Figura 3 identifica a região da pesquisa, ou seja, o percurso que foi realizado durante o período de coleta dos dados.

3.4 Estratégias para a coleta dos dados

As ferramentas utilizadas para a coleta de dados foram desenvolvidas pelo pesquisador, foram estabelecidos dois questionários (APÊNDICE A), com o objetivo de conhecer os dados profissionais dos participantes e o questionário da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), com questões acerca da percepção dos gestores sobre o serviço e-SUS- AB, ou seja, sobre as informações e relatórios gerados pelo sistema, seus obstáculos e suas dificuldades para a implantação.

Para Manzini (1991, p. 154) a entrevista semiestruturada:

Está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Com relação ao desenvolvimento do questionário para a entrevista semiestruturada, as perguntas foram criadas com base na tela do e-SUS – AB, exibida na Figura 4.

Figura 4 – Tela do Sistema e-SUS - AB



Fonte: (BRASIL, 2014)

As entrevistas foram marcadas com os gestores participantes da pesquisa, individualmente, com o local e hora marcada, de acordo com a disponibilidade do gestor. E com consentimento do mesmo, captamos o áudio por meio do gravador de som do telefone celular, para facilitar no processo de coleta das informações, preservando o anonimato dos participantes. As entrevistas foram identificadas por siglas, exemplo: EVP1, EVP2 EVP3 e, sucessivamente.

Formam duzentos e vinte e nove minutos e dois segundos de áudio das entrevistas. O material foi transcrito, codificado e analisado, logo após as suas coletas/entrevistas, sendo isso manualmente, ou seja, ouvindo a entrevista e transcrevendo para o editor de texto.

3.5 Questões éticas da pesquisa

O projeto cumpre as exigências da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, até por que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, Nome: 5187 – Universidade Estadual da Paraíba - Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB – PRPGP, Telefone: (83)3315-3373, Fax: (83) 3315-3373, E-mail: cep@uepb.edu.br, Região: NORDESTE, UF: PB, Município: CAMPINA GRANDE, Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário, Bairro: Bodocongó, CEP: 58.109-753, Destaca-se, que fora apresentado aos participantes toda a documentação (TCLE, Termo de autorização para a gravação de voz, Termo de anuência e o termo para captura de imagem); o (a) participante foi informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Sendo esclarecido (a) também que os usos das informações pelo autor dessa dissertação oferecidas, estão dentro das normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados alcançados de acordo com o objetivo geral estabelecido no corpo da pesquisa. Abordando também observações relevantes para atingir a finalidade da pesquisa.

4.1 Perfis dos Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com dezoito gestores municipais de saúde do vale do Piancó Paraibano. Dentre esses, 12 eram mulheres e 6 homens. As idades variaram entre 30 a 55 anos e o tempo de formação acadêmica entre 7 a 25 anos. O tempo de participação com a gestão em saúde varia de 1 a 7 anos.

No tocante á formação acadêmica, houve uma diversidade: sete são enfermeiros, um fisioterapeuta, dois assistentes sociais, uma farmacêutica, uma cirurgiã dentista, uma bióloga, um jornalista, um médico veterinário, uma técnica em enfermagem e dois sem formação acadêmica. Em relação à pós-graduação, três deles não têm nenhuma especialidade, treze possuem especialização e dois possuem mestrado.

Com relação às atividades que os gestores desenvolvem é possível observar que além da parte de gestão, eles também trabalham com marcação de exames, projetos, planejamentos e gerenciamentos das atividades da atenção básica em saúde; existe secretário que coordena todos os sistemas de saúde.

4.2 Codificação dos elementos da TFD

Amostragem teórica ou amostra proposital: constitui-se no processo de coleta de dados para gerar a teoria onde o analista da coleta, codifica e analisa seus dados e decide quais dados coletar e onde encontrá-los, a fim de desenvolver a teoria que está emergindo (GLASER; STRAUSS, 1967).

A análise não é uma descrição da “voz” dos participantes, mas uma explicação teórica abstrata do que eles estão fazendo.

No que diz respeito ao desenvolvimento da teoria seguimos o que determina os autores (idem), ou seja, as três etapas de codificação que compõem a TFD: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. É importante destacar que mantivemos focados nos dados para alcançarmos o objetivo do trabalho.

4.2.1 Codificação aberta - Vale do Piancó.

Na etapa inicial foi realizada uma análise minuciosa, ou seja, linha a linha do material transcrito, abrangendo um processo rigoroso de investigação e interpretação das entrevistas coletadas; atribuímos palavras e sentidos aos relatos pelos gestores, gerando um total de cento e sessenta e três códigos preliminares. Em seguida, analisou-se mais a fundo. Por meio da análise identificamos cinquenta e três códigos. Esses códigos formam o conjunto de elementos da teoria. A seguir tem-se a primeira lista dos códigos reordenados:

1. Acesso à informação é mais preciso, e mais rápido para fazer o cumprimento de metas;
2. Informação é muito importante para a gente desenvolver nossa atividade no dia a dia da saúde;
3. Qualidade da informação é quando se têm informações fidedignas no processo de trabalho;
4. Preparar o planejamento: os objetivos que você precisa alcançar diante das informações;
5. A qualidade da informação é primordial, acima de tudo as de qualidade que possam ser usadas no preparo da metodologia utilizada nos serviços como também no alcance de metas;
6. Por meio do Sistema de Informação e-SUS as informações chegam mais rápido e em tempo hábil no Ministério da Saúde;
7. CDS;
8. PEC;
9. Diagnóstico de toda realidade do município para depois fazer a implantação;
10. Dificuldades, principalmente com a parte dos agentes de saúde;
11. Tomada de decisões até pela questão endêmica do município;
12. O perfil do gestor tem acesso a todos os relatórios;
13. Através desses relatórios a gente vê a questão dos indicadores do Município;
14. Acesso semanal;
15. Acesso ao perfil de gestor, diariamente;
16. Relatórios importantes é o atendimento individual;
17. No relatório individual, então é a partir desse relatório que a gente se baseia no quantitativo de pessoas que realizam atendimento com esse profissional;

18. Utilização das informações para avaliar a rotatividade das atividades dos agentes de saúde, porque eles não mais participam do ponto eletrônico;
19. Pegar esses dados no e-SUS para saber quantas famílias estão cadastradas;
20. Novo financiamento da atenção básica;
21. Fase de implantação do PEC eletrônico;
22. Fichas manuais;
23. Notificação ao ACS em relação a atualização da ficha cadastral individual;
24. Monitoramento dos agentes de saúde;
25. Cadastro com os agentes e das famílias;
26. Acesso à internet;
27. Conectividade com a internet;
28. Alteração das residências através do cadastro domiciliar
29. Utilização do cadastramento territorial e domiciliar para remapeamento das equipes profissionais.
30. Os relatórios domiciliar e territorial, eles são justamente para planejar esse trabalho dos agentes comunitários de saúde em relação a visita domiciliar;
31. Atendimento agendado;
32. Antigamente o marcador de consumo era feito pelo agente de saúde;
33. Importância do monitoramento através dos relatórios de cadastro individual e saúde bucal;
34. Relatório de atendimento individual odontológico, nesse relatório a gente consegue ver todos os procedimentos que o dentista realiza;
35. Através do relatório individual do enfermeiro que a gente vê quantas crianças realizam pericultura;
36. A atividade coletiva é realizada por parte da equipe profissional;
37. Todas as atividades coletivas são registradas em prontuário eletrônico;
38. Os relatórios identificam a necessidade maior de cada escola;
39. Digitação da sua própria produção;
40. Melhoria na eficiência do envio das informações;
41. Melhoria da produtividade dos profissionais;
42. Implantação de treinamentos;
43. Visualização dos profissionais em relação as suas metas;
44. Precisa melhorar essa questão de salvar;
45. e-SUS - AB vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho;

46. A gente tinha medo de trabalhar com o e-SUS;
47. Capacitação com recursos próprios;
48. Dificuldade do preenchimento das fichas por partes dos profissionais
49. A gente deixou de preencher tantas fichas;
50. Melhoria na eficiência do envio das informações;
51. Um ponto primordial seria o Ministério promover uma capacitação propriamente dita sobre e-SUS e prontuário eletrônico;
52. Sistema do e-SUS;
53. Novo financiamento do SUS.

Segundo Albuquerque (2017), o processo de categorização possibilita a análise a ser trabalhada, reduzindo ainda mais a codificação. Dessa maneira, após um longo processo de exploração, interpretação e comparação dos dados, foram categorizados, e passaram por reformulações nominais à medida que emergiam novos conceitos das entrevistas, resultando assim em dezoito novos códigos:

1. A qualidade da informação é primordial, acima de tudo informação de qualidade que possa ser usada no preparo da metodologia utilizadas nos serviços como também no alcance de metas. Ela é muito importante para a gente desenvolver nossas atividades no dia a dia da saúde, preparar o planejamento, e os objetivos que você precisa alcançar no âmbito da saúde municipal;
2. Dificuldades, principalmente com a parte dos agentes de saúde no preenchimento das fichas, tendo em vista que são pessoas mais velhas, sendo assim dificulta o processo de implantação;
3. O perfil do gestor ele tem acesso a todos os relatórios e o acesso do gestor é semanal.
4. Por meio do Sistema de Informação e-SUS as informações chegam mais rápido e em tempo hábil no Ministério da Saúde;
5. Relatório individual: é a partir desse relatório que a gente se baseia no quantitativo de pessoas que realizam atendimento com esse profissional, por meio, desses relatórios é possível ver os indicadores;
6. É possível fazer o monitoramento do agente de saúde e fazer notificação ao ACS em relação a atualização da ficha cadastral individual;
7. Utilização das informações para avaliar a rotatividade das atividades dos agentes de saúde, porque eles não mais participam do ponto eletrônico;

8. Os relatórios domiciliar e territorial, são justamente para planejar esse trabalho dos agentes comunitários de saúde; em relação a visita domiciliar é possível também fazer a alteração das residências através do cadastro domiciliar;
9. Utilização do cadastramento territorial e domiciliar para remapeamento das equipes profissionais, ou seja, evitando sobrecarga por áreas;
10. Importância do monitoramento através dos relatórios de cadastro individual e saúde bucal; nesse relatório a gente consegue ver todos os procedimentos que o dentista realiza;
11. Todas as atividades coletivas são registradas em prontuário eletrônico, os relatórios identificam a necessidade maior de cada escola;
12. Antes o marcador de consumo era feito pelo agente de saúde; hoje é realizado pelo nutricionista, por meio do relatório de marcadores de consumo alimentar;
13. Melhoria na eficiência do envio das informações evitando que profissionais digitem sua própria produtividade;
14. Visualização dos profissionais em relação as suas metas;
15. Um ponto primordial seria o Ministério promover uma capacitação propriamente dita sobre e-SUS e prontuário eletrônico;
16. Novo financiamento do SUS, por meio do e-SUS – AB;
17. Conexão com a internet é uma das maiores dificuldades encontradas para a instalação do PEC;
18. A gente tinha medo de trabalhar com o e-SUS, mas o e-SUS - AB vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho.

Após a análise, observa-se um panorama geral conforme nos mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Codificação Inicial – Vale do Piancó Paraibano

UNIDADE DE ANÁLISE	CODIFICAÇÃO INICIAL	CATEGORIZAÇÃO
A qualidade da informação é primordial, acima de tudo informação de qualidade que possa ser usado no preparo da metodologia usada nos serviços como também no alcance de metas.	A informação é primordial, onde podemos preparar a nossa metodologia usada nos serviços como também no alcance de metas. Ela é muito importante para desenvolvermos nossas atividades no dia a dia da saúde, nos auxiliando no planejamento, e nos objetivos que precisamos alcançar no âmbito da saúde municipal.	Importância das informações no desenvolvimento das atividades dos gestores municipais de saúde, auxiliando principalmente no planejamento, e nos objetivos que eles precisam alcançar no âmbito da saúde municipal.
Ela é muito importante para a gente desenvolver nossas atividades no dia a dia da saúde, preparar o planejamento, e o objetivos que você precisa alcançar no âmbito da saúde municipal.	Dificuldades, principalmente com a parte dos agentes de saúde no preenchimento das fichas, tendo em vista que são pessoas mais velhas, sendo assim dificulta no processo de implantação.	Importância do preenchimento das fichas, por meio do Sistema de Informação e-SUS para que as informações cheguem mais rápido e em tempo hábil ao Ministério da Saúde.
Por meio do Sistema de Informação e-SUS as informações chegam mais rápido e em tempo hábil no Ministério da Saúde, houve melhoria na eficiência do envio das informações evitando que profissionais digite sua própria produtividade.	Dificuldades, principalmente com a parte dos agentes de saúde no preenchimento das fichas, tendo em vista que são pessoas mais velhas, onde dificultou no processo de implantação, mas é por meio do Sistema de Informação e-SUS que as informações chegam mais rápido e em tempo hábil no ministério da saúde, houve melhoria na eficiência do envio das informações evitando que profissionais digite sua própria produtividade.	Importância dos Relatórios: individual, relatório domiciliar, saúde bucal, marcadores de consumo alimentar e territorial para auxiliar os gestores
Relatório individual, é a partir desse relatório que a gente se baseia no quantitativo de pessoas que realizam atendimento com esse profissional, por meio, desses relatórios é possível ver os indicadores.	Relatório individual, é a partir desse relatório que a gente se baseia no quantitativo de pessoas que realizam, utilização das informações para avaliar a rotatividade das atividades	

<p>É possível fazer o monitoramento do agente de saúde e fazer notificação ao ACS em relação à atualização da ficha cadastral individual além de avaliar a rotatividade das atividades dos agentes de saúde.</p>	<p>dos agentes de saúde. O relatório domiciliar, auxilia o gestor de saúde para planejar o trabalho dos agentes comunitários de saúde em relação a visita domiciliar, é possível também fazer a alteração das residências através do cadastro domiciliar. O cadastramento territorial auxiliar os gestores remapeamento das equipes profissionais, ou seja, evitando da sobrecarga por áreas. Relatórios de Saúde bucal, nesse relatório a gente consegue ver todos os procedimentos que o dentista realiza. Por meio do relatório de marcadores de consumo alimentar, é possível acompanhar o trabalho do nutricionista.</p>	<p>de saúde no que diz respeito ao quantitativo dos usuários das unidades de saúde, no monitoramento das ações do agente de saúde, no acompanhamento das atividades do dentista. Por meio do relatório de marcadores de consumo alimentar, é possível acompanhar o trabalho do nutricionista. No remapeamento das equipes profissionais, ou seja, evitando da sobrecarga por áreas.</p>
<p>Os relatórios domiciliar, eles são justamente para planejar esse trabalho dos agentes comunitários de saúde em relação a visita domiciliar é possível também fazer a alteração das residências através do cadastro domiciliar</p>	<p>Promoção de capacitação por parte do ministério da saúde para a implantação do PEC, pois o e-SUS - AB vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho, onde os gestores podem visualizar a acompanhar as atividades dos profissionais.</p>	<p>O e-SUS, vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho, vale ressaltar que a partir de 2020 o novo financiamento do SUS será por meio do e-SUS.</p>
<p>Utilização do cadastramento territorial para remapeamento das equipes profissionais, ou seja, evitando da sobrecarga por áreas.</p>		
<p>Importância do monitoramento através dos relatórios de Saúde bucal, nesse relatório a gente consegue ver todos os procedimentos que o dentista realiza.</p>		
<p>Antigamente o marcador de consumo era feito pelo agente de saúde, hoje é realizado pelo nutricionista, por meio do relatório de marcadores de consumo alimentar.</p>		
<p>Visualização dos profissionais em relação as suas metas.</p>		
<p>Um ponto primordial seria o ministério promover uma capacitação propriamente dita sobre e-SUS e prontuário eletrônico, outro aspecto a ser debatido é a questão da conexão com a internet é uma das maiores dificuldades encontradas para a instalação do PEC.</p>		
<p>Medo de trabalhar com o e-SUS, mas e-SUS - AB vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho.</p>		

Fonte: do autor (2019)

4.2.2 Codificação axial – Vale do Piancó

Nesta etapa foi possível realizar a junção das categorias às suas subcategorias, onde foram associadas e desenvolvidas em nível mais elevado. Elucidando definições de termos utilizados na TFD, as categorias dizem respeito aos conceitos que simbolizam o fenômeno, as subcategorias representam conceitos referentes à categoria.

Nesse momento, os dados que foram separados na codificação aberta são reagrupados, a fim de formar explicações sobre os fenômenos em investigação e possibilitar a emergência de categorias, conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Codificação Axial – Vale do Piancó Paraibano

CONJUNTO	CODIFICAÇÃO AXIAL
Visualização dos profissionais em relação as suas metas.	Capacitação por parte do Ministério da Saúde para os profissionais de saúde que utilizam o e-SUS – AB.
Um ponto primordial seria o ministério promover uma capacitação propriamente dita sobre e-SUS e prontuário eletrônico, outro aspecto a ser debatido é a questão da conexão com a internet que é uma das maiores dificuldades encontradas para a instalação do PEC.	
Medo de trabalhar com o e-SUS e inexperiência, mas e-SUS - AB vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho.	

Fonte: do autor (2019).

O Quadro 3 mostra o exemplo da codificação AXIAL para o vale do Piancó, com base nas falas dos gestores.

4.2.3 Codificação Seletiva – Vale do Piancó

Processo de integração e refinamento da teoria, a partir das dezoito categorias descritas, depois de realizada uma profunda análise dos discursos dos secretários, gerando categorias e subcategorias e completando as categorias chegamos ao ponto central da teoria.

Constituindo o eixo central da teoria fundamentada, as categorias foram analisadas e interconectadas em busca de identificação do fenômeno central do estudo. Com base nos relatos das entrevistas chegamos a categoria Central - Importância dos Relatórios gerados

pelo e-SUS – AB; no desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores municipais de saúde. O Quadro 4 apresenta um exemplo do processo de codificação seletiva.

Quadro 4 – Codificação Seletiva – Vale do Piancó Paraibano

CONJUNTO	CODIFICAÇÃO SELETIVA	FENÔMENO
Importância dos Relatórios: individual, relatório domiciliar, saúde bucal, marcadores de consumo alimentar e territorial para auxiliar os gestores de saúde nas tomadas de decisão.	Importância dos Relatórios gerados pelo e-SUS – AB, no desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores municipais de saúde.	A Estratégia e-SUS – AB: Facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema.
Importância do preenchimento das fichas, por meio do Sistema de Informação e-SUS - AB para que as informações cheguem mais rápido e em tempo hábil ao Ministério da Saúde.	Reconhecendo a importância do e-SUS, no processo de trabalho: pontos positivos e negativos.	
O e-SUS, veio realmente para facilitar todo um processo de trabalho.		

Fonte: do autor (2019).

A seguir apresenta-se o fenômeno da categoria central provido do discurso dos gestores acerca **da Estratégia e-SUS – AB: Facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema.**

Pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que auxiliam a gestão em saúde com o uso do e-SUS AB e apontar estratégias que possam fortalecer o sistema de informação, por meio do apoio dos gestores. Seguindo o modelo paradigmático de Strauss (**Evidenciando as condições causais, contexto do fenômeno, destacando as condições intervenientes e elencando as estratégias de ação e interação e apontando as consequências do fenômeno**), ou seja, o modelo convencional da teoria.

4.3 Fenômeno gerado: A estratégia e-SUS – AB facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema.

O fenômeno descreve a compreensão dos gestores acerca da importância dos relatórios produzidos associados ao e-SUS AB, como também, a forma que esses relatórios influenciam no processo de trabalho e na prática gerencial. Os fatos revelaram a percepção que esses artefatos possibilitam a identificação da situação de saúde da população e o reconhecimento que o processo gerencial passa por essas informações, fundamentando as ações do planejamento e da tomada de decisão em saúde do município.

a) Fatores do fenômeno gerado: evidenciando as condições causais

Além de citar a importância da qualidade da informação gerada pela estratégia, os gestores mostram as principais dificuldades encontradas na implantação do e-SUS até o momento, e também ressaltam a importância dos seus relatórios, conforme categoria gerada “**Medo de trabalhar com o e-SUS e inexperiência**” e a “**Importância dos Relatórios gerados pelo e-SUS – AB, no desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores municipais de saúde**”. São expressados os discursos sobre o processo do uso desses relatórios nos processos gerenciais e tomada de decisão em saúde.

Durante as entrevistas perguntamos aos gestores sobre a qualidade da informação até por que, as informações são compiladas a partir dos dados gerados pelos sistemas de informação oferecendo fatores para a tomada de decisão no campo das políticas e programas de saúde (HARAKI, GOTLIEB, LAURENTI, 2010).

Segundo a ISO/IEC 27005 (2005), a informação é bastante importante para as organizações, sendo indispensável no processo de tomadas de decisão. Dessa forma, é necessário se possuir uma proteção adequada para a mesma.

De acordo com a NBR 27001, uma informação para ser de qualidade é preciso atender os seguintes critérios: **disponibilidade** propriedade de estar acessível e utilizável sob demanda por uma organização autorizada; **confidencialidade** propriedade de que a informação não esteja disponível ou revelada a indivíduos de uma organização; **integridade** propriedade de salvaguarda da exatidão e completeza de ativos.

As falas a seguir nos mostram o que os gestores avaliam sobre qualidade da informação (ISSO/IEC 27001, 2006):

É informação verdadeira e fidedigna (EVP13).

É melhor forma de tomada de decisão da gestão pública (EVP1).

Nos tempos atuais a qualidade da informação é primordial, primeiramente porque para se traçar qualquer tipo de metodologia de trabalho, elaborar um plano de trabalho, a gente precisa ter a informação (EVP4).

A qualidade de informação, são essas informações que a gente pode passar para o usuário, para que eles fiquem focados e esclarecidos (EVP5).

Levando para o lado da saúde pública, qualidade da informação são informações fidedignas ao processo de trabalho da equipe, tanto da equipe como da gestão, então informação hoje em dia é um ponto primordial para o processo de trabalho da equipe (EVP7).

A dificuldade foi mesmo no início para implantar no município, para a equipe se adaptar, os profissionais, foi difícil também para os ACS, como eles já são de uma idade mais avançada, não sabiam o que era internet, não tinham acesso, não sabiam o que era computador, mas graças a Deus a gente venceu essa etapa, e cada dia melhoramos mais, tivemos um avanço, que antigamente cada profissional digitava sua produção, hoje não, é cada um no seu *tablet*, individual, no sistema que interliga todo mundo, agora posso dizer que é um sistema de qualidade (EVP3).

A qualidade da informação é um tema que tem como objetivo fundamental a busca de minimização de deficiências e, ao mesmo tempo, a maximização da satisfação dos usuários (ORNELLAS; TAKAOKA, 2012). A qualidade da informação se consolida quando se consegue verificar a veracidade dos dados que são processados e utilizados para gerar informação.

Concluído o processo de questionamento sobre qualidade da informação passamos para a discussão do sistema em si, então ressaltamos a categoria a "**Importância do preenchimento das fichas, por meio do Sistema de Informação e-SUS - AB para que as informações cheguem mais rápido e em tempo hábil ao Ministério da Saúde.**" Foram realizadas perguntas sobre as dificuldades encontradas para a implantação do sistema bem como sua infraestrutura, que segundo os gestores durante o processo de implantação do sistema eles passaram por algumas dificuldades. A seguir falas sobre o processo de implantação.

É possível observar que em algumas cidades os provedores de internet foram fatores determinantes para a instalação do sistema, devido à questões de conectividade.

A gente implantou no início de 2017, a maior dificuldade foi com os sistemas para baixar, porque tinha problemas com a conexão da internet e também para enviar o PEC. A maior dificuldade era que quase mensalmente mudava a versão, e ia ter que estar atualizando (EVP3).

Outro aspecto foi a questão dos profissionais, citando dificuldades para a implantação.

A dificuldade foi mesmo no início para implantar no município, para a equipe se adaptar, os profissionais, foi difícil também para os ACS, como eles já são de uma idade mais avançada, não sabiam o que era internet, não tinha acesso, não sabiam o que era computador, mas graças a Deus a gente venceu essa etapa, e cada dia melhoramos mais, tivemos um avanço, que antigamente cada profissional digitava sua produção, hoje não, é cada um no seu tablet, individual, no sistema que interliga todo mundo, agora posso dizer que é um sistema de qualidade (EVP3).

Tivemos muitas dificuldades, principalmente com a parte dos agentes de saúde, são pessoas que não são nascidas na era digital, para lidar com uma ferramenta nova, uma ferramenta digital é um processo bastante demorado, então tivemos essa dificuldade de início, só que contamos com apoio do pessoal do Ministério da Saúde, veio uma equipe de Brasília para fazer a implantação, treinamento com todos os profissionais e hoje a gente é município piloto no Ministério da Saúde (EVP7).

Outras foram em relação a aquisição dos equipamentos, pois o ministério não disponibiliza recursos para a compra.

O processo de implantação do e-SUS aqui, tivemos dificuldade em relação às máquinas, as máquinas que tinha nos município, os computadores eles não davam para gerar o sistema do e-SUS, eram máquinas que estavam em configuração insuficiente, mas a gente conseguiu comprar novos equipamentos embora o governo não oferecesse um custeio para a gente fazer a implantação do e-SUS AB que é o prontuário eletrônico no município, mas a gente conseguiu implantar com muitas dificuldades, implantamos desde 2017 (EVP6).

A maior dificuldade é a questão da compra do equipamento, da aquisição, porque com a nova portaria que foi publicada a gente não podia mais pagar os equipamentos com custo de custeio *né*, foi dividido em blocos e custeio investimento não pode pagar bens mensuráveis com isso a gestão precisava adquirir todo os equipamentos com recursos próprios (EVP13).

Com base nos discursos é possível identificar que a resistência dos profissionais é uma das principais queixas dos gestores municipais de saúde, pois como aumentou a quantidade de dados a ser registrados, os profissionais acabam apresentando resistência e dificultando o processo de coleta, deixando claro a não possibilidade de atender a quantidade de pessoas, enfim, citando todas as dificuldades possíveis, para fazer com que o sistema não funcionasse, ou seja, coletando as informações em papel e solicitando que o digitador faça o trabalho de digitação das fichas.

Para atender esta situação, os gestores necessitam de sistemas de informações eficientes e eficazes que processem grande volume de dados gerados, transformando-os em informações válidas, fidedignas e relevantes para o processo decisório, ou seja, necessitando

da colaboração de todos os profissionais, tomando as devidas precauções no preenchimento dessas fichas no sistema, facilitando assim o trabalho da gestão.

Tendo em vista que a ISO/IEC 27005 (2005) afirma que os sistemas de informação das organizações estão expostos a diversos tipos de ameaças à segurança, danos causados por código malicioso, hackers e etc.

Esses dados registrados são gerados a partir do trabalho de todos os profissionais da Atenção Básica – equipes da Estratégia Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), e de Atenção Domiciliar (AD), ou seja, o gestor precisa da ajuda de todos os profissionais, pois os dados disponíveis nos relatórios são oriundos dos sistemas da estratégia e-SUS AB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). (BRASIL, 2013d).

b) Contexto do fenômeno

O contexto do fenômeno gerou a categoria “**Importância dos Relatórios: individual, relatório domiciliar, saúde bucal, marcadores de consumo alimentar e territorial para auxiliar os gestores de saúde nas tomadas de decisão.**” Os gestores mencionaram que os relatórios do e-SUS AB os auxiliam bastante no processo de tomada de decisão do dia a dia. É o que se observa nas falas a seguir:

Cadastro Individual: no início em 2017, o acesso tivemos um grande problema, porque tinha que fazer os cadastros familiares e individualizados, no início foi difícil, mas hoje posso dizer que 100% da população estão cadastradas no sistema. Quando muda de área a gente faz a mudança também no sistema (EVP3).

Esse cadastro é importante, é a partir dele que a gente vê a quantidade de indivíduos que está inserido em cada unidade de saúde, então o agente de saúde é quem tem a responsabilidade de ir na residência daquele usuário do SUS, pois como a gente vai ter um novo financiamento que vai ser em cima dos dados por pessoa, é importante a gente está planejando isso agora antecipadamente para quando chegar em janeiro a gente já ter resolvido essa situação do município (EVP6).

Os ACS visitam as residências e realizam o **cadastro domiciliar**, mensalmente eu acompanho o cadastro através do relatório impresso, quando a família muda de domicílio o ACS faz também a alteração da mudança de domicílio ou de município. (EVP3).

Esse cadastro é atrelado ao outro o individual, porque se a gente cadastrar o indivíduo e não cadastrar o domicílio não saberemos as condições daquela família, então, temos que cadastrar o domicílio e o indivíduo, então a gente consegue ver esses dados, tem dados domiciliares dividida por área e número de famílias cadastrados naquela unidade, a gente tem como pegar esses dados e a partir de aí tomar algumas decisões que precisam ser feitas naquela área (EVP6).

Relatório de cadastro territorial: a partir desse relatório a gente consegue ver como está cobertura e a gente chama de remapeamento a gente faz esse remapeamento e convoca os profissionais e sai redistribuído as famílias, eles passam a visitar (EVP6).

Foi através desse relatório que comprovamos questionamentos das unidades, exemplo, tinha unidade que estava alegando sobrecarga de atendimento, então fomos no relatório e identificamos que existia uma unidade que estava sobrecarregada diante de outras duas, com os dos agentes comunitários de saúde, a gente fez esse levantamento e identificou que tinha área de PSF que tinha uma população muito maior que as outras, tendo em vista que temos uma população de 6 mil habitantes no nosso município e 3 unidades, nós fizemos um remapeamento com base em todas essas informações para que cada área ficasse com uma população de aproximadamente de 2 mil habitantes, então a gente teve que utilizar todas essas informações para remapear as micro áreas dos agentes e redistribuir os agentes dentro das unidades e definir a nova população de cada PSF (EVP2).

Atendimento individual do enfermeiro e do médico hoje você sabe que o enfermeiro ele é o coordenador da unidade, ele coordena o trabalho de todos os profissionais da unidade, tendo em vista que eles se reúnem semanalmente, eles avaliam as metas, os invasores do ministério é tudo que é preconizado para ser cumprido na unidade, então através desse relatório de enfermagem a gente consegue avaliar gestante de risco, avaliar os casos novos de tabagismo, de câncer, de todas as enfermidades porque a porta de entrada principal da unidade passa do agente de saúde direto para a enfermagem que é quem tá fazendo esse acompanhamento, e a questão do médico a gente consegue ver os avanços (EVP4).

Mostra a quantidade de pacientes que foram atendidos no mês (EVP13).

A gente consegue ver a maior demanda do mês se os mais atendidos foram hipertensos, diabéticos, pré-natal, crianças, a gente consegue ver a quantidade de usuários que passou pela UBS no mês, qual a necessidade de melhoria em determinado setor, a gente consegue também avaliar o indicador, que é do quantitativo de atendimento mensal, então assim ele nos auxilia bastante, esse relatório tanto do médico quanto do enfermeiro para a gente ter uma mais um mapeamento mensal, do que que foi atendido, das necessidades que surgiram durante o mês na UBS (EVP13).”

O Relatório de Atendimento de saúde bucal ele tem contribuído para melhorias, para a gente saber como anda a saúde bucal do município, a gente trabalha com atendimento agendado, então aí a gente no fim do mês, eu recolho, impresso, analiso quantas restaurações, quantas obturações, raio X, quantos procedimentos foram realizados no município (EVP3).

Monitoramento e avaliação da saúde bucal. Esse monitoramento, ele foi muito importante para que a gente tivesse como justificar a necessidade de implantar uma nova equipe que estava faltando de saúde bucal, nós tínhamos 3 unidades de saúde e só duas com equipe de saúde bucal, esses relatórios de atendimento são importantes, eles foram importantes nesse quesito para comprovar a alta demanda de serviço e a necessidade da população, e assim a gente conseguiu habilitar a outra equipe de saúde bucal da unidade que faltava que faltava (EVP2).

Relatório de saúde bucal: Saúde bucal ela funciona, atenção básica, embora a gente tenha vários profissionais da atenção básica que fazem vários procedimentos que não são da atenção básica, que é de uma complexidade maior, mas como são profissionais preparados eles resolvem na própria atenção básica e a gente acompanha isso através de relatórios, o relatório para a gente é proveitoso, porque existe a referência e a contra referência com questão do CEO, um procedimento que a atenção básica envia para o céu, nesse relatório a gente vai ter que ter o retorno do céu, se ali na referência final houve a conclusão do procedimento, a atenção básica

encaminha e o céu tem que devolver, através do sistema informar que o paciente foi atendido e que foi feito o tratamento final dele, isso daí é muito bom, a questão do relatório, porque você consegue ver os casos finalizados (EVP4).

Relatório de Atividade coletiva: todas as atividades coletivas elas são registradas em prontuário eletrônico, por exemplo, quando eles vão para uma escola fazer saúde da família, o PSE, saúde da escola, ele faz a atividade coletiva com outros profissionais presentes e aí quando volta para unidade ele insere esses dados no sistema (EVP5).

Atendimento domiciliar: Tanto as equipes da Unidade Básica de Saúde vão na casa, eles fazem um cronograma de acordo com a necessidade do agente de saúde chama a equipe como a gente tem o NASF que também faz esse atendimento como a gente também tem o programa melhor em casa, sempre que as meninas ver a necessidade elas acessam o CREAS, CRAS, outro órgão também, então a gente trabalha bem em conjunto (EVP9).

Então, os atendimentos domiciliar eles são realizados por meio do relatórios, onde ele é feito pelos agentes de saúde, e todos os PSFS tem um cronograma de atendimento domiciliar e o município também dispõe do melhor em casa em parceria com outro município aonde esses pacientes são monitorados também pela a equipe e quando existe no município algum paciente do atendimento, então o enfermeiro da unidade entra em contato juntamente com o agente de saúde e o melhor em casa vem fazer essa visita prévia e ver se esse paciente se enquadra dentro do perfil de atendimento domiciliar (EVP11).

Marcadores de Consumo: A gente utiliza, quem faz esse aí é a nossa nutricionista, ela é quem se encarrega por essas informações de marcadores de consumo alimentar, ou seja, ela desenvolve um abjeto bacana na creche com todas as crianças da creche, inclusive até com os próprios funcionários da unidade de saúde também (EVP7).

Com base nas falas dos gestores municipais foi possível observar que cada relatório tem uma finalidade para a gestão. O relatório de cadastro individual é um grupo de dados que estão relacionados a faixa etária, relacionados a questões epidemiológicas, relacionadas aos dados do perfil epidemiológico do município, os dados são produzidos/coletados pelos agentes comunitários de saúde, ou seja, o relatório é utilizado para registrar as condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas, entre outras, dos usuários no território das equipes.

Por outro lado, o cadastro domiciliar e territorial tem como analisar o território em si, as questões de moradia e outras, são possíveis de avaliar com base no cadastro domiciliar e territorial, ou seja, é utilizada para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes, por meio dela, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio.

Já a ficha de atendimento individual odontológico é de coleta dados do atendimento do profissional odontológico ao indivíduo. Ou seja, a Ficha de Atendimento Odontológico Individual visa ao registro das informações do atendimento individual realizado pela equipe de Saúde Bucal.

Com o relatório de visita domiciliar é possível conseguir entregar para o gestor as visitas realizadas, a faixa etária, o problema de saúde avaliado, a data que foi realizado o atendimento. É preciso confiar que o profissional está fazendo o trabalho de fato *in loco* e realizando tudo como se deve porque como *tablet* é utilizado para fazer esse prontuário, pode haver falhas ou subnotificações. Então isso é uma questão que só seria possível descobrir com uma auditoria aprofundada sobre esses dados para ter a garantia dessa veracidade desses dados.

No caso da ficha de atividade coletiva ela é preenchida, é destinada ao registro das ações realizadas em grupo pelas equipes, conforme as necessidades do território e da própria equipe. Essa ficha é utilizada pela equipe quando ela sai do seu local de trabalho, ou seja, em escolas, praças, igrejas, enfim, utiliza-se essa ficha quando é realizada uma atividade de saúde para a população, e é utilizada por todos os profissionais das equipes de Atenção Básica.

Essa ficha serve para registros de reuniões da equipe da equipe com ela mesma, da equipe com a Secretaria de Saúde, da equipe com outro setor entre outros, e essa ficha entrega para o gestor ainda dados consolidados.

Por fim, a ficha de atendimento individual e visita domiciliar, com essa ficha é possível marcar o atendimento realizado no domicílio, ou seja, tem como objetivo principal registrar a atividade de visita ao cidadão ou a outros pontos do território adscrito da equipe da Unidade Básica de Saúde.

A ficha de elegibilidade é mais usada para o monitoramento da microcefalia.

Com base em todas as falas e também no que fora escrito anteriormente, é possível destacar, que os relatórios têm papel fundamental e auxiliar os gestores nas tomadas de decisão diariamente.

Portanto, os sistemas de informação em saúde são ferramentas muito importantes para os gestores e profissionais de saúde. O e-SUS AB é uma estratégia de reestruturação nacional das informações da Atenção Básica. O novo sistema possibilita a organização do processo de trabalho dos profissionais e gestores, proporcionando o levantamento de dados para realização de um planejamento auxiliando principalmente na realização de ações com poder de intervenção eficaz e, conseqüente elevação da qualidade dos cuidados em saúde oferecidos (OLIVEIRA, 2008).

É importante considerar que a estratégia e-SUS AB está em fase avançada de implantação em todo o território nacional necessitando ser avaliada. Desta feita, buscou-se analisar “estratégia e-SUS AB” no vale do Piancó Paraibano. É importante elencar que antes

da implantação da estratégia o sistema era limitado, conforme mostra o Quadro 5, no que diz respeito aos relatórios.

Quadro 5 – Características dos relatórios do SIAB e SISAB:

Tipos de Relatórios	Agregados e consolidados por equipe	Agregados por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, estado e nacional.
Alimentação dos Dados	Profissionais da ESF e EAB(participantes do PMAQ)	Profissionais da ESF, EAB, Consultório na Rua, Atenção Domiciliar, NASF (e Academia da Saúde)
Acompanhamento no Território	Por Famílias	Por Domicílio, Núcleos Familiares e Indivíduos
Atividades Coletivas e Reuniões	Registro restrito aos campos Atendimento em Grupo – Educação em Saúde, Procedimentos Coletivos e Reuniões (Relatório PMA2)	Registro por tipo de atividade, tema para reunião, público alvo e tipos de práticas/temas para saúde. Consolidado ou individualizado.
Relatórios Gerenciais	Limitados aos dados consolidados	Relatórios gerenciais: dinâmicos.
Indicadores	Fornecidos com base na situação de saúde do território	Fornecidos a partir da situação de saúde do território, atendimentos e acompanhamento dos indivíduos do território

Fonte: MS / SAS / DAB, 2013

Todas as informações dos relatórios podem ser encontradas no seu perfil de gestor, conforme mostram as falas a seguir:

O perfil do gestor ele tem acesso a todos os relatórios de todas as equipes dentro do município, seja relatório individual, seja relatório domiciliar, seja relatório de procedimentos, de atendimento médico, de atendimento da enfermeira, então a gente tem o controle não diário mas o controle semanal sobre essa produção dos profissionais, a gente emite um relatório mensal e a gente emite um relatório semanal para que os profissionais saibam o que estão registrando e também para que eles batam a meta do município da gente, porque a meta é você registrar todas as informações dentro do sistema, o que consta é o que tá registrado no sistema e não o que foi feito no papel (EVP7).

É por meio do perfil de gestor que acessamos esses relatórios que a gente faz o nosso planejamento semanal, mensal e até anual, são através desses relatórios que a gente consegue ver os índices, os indicativos e a produção, a tempo de poder corrigir alguma deficiência (EVP4).

O perfil do gestor tem por objetivo centralizar os acessos dos usuários aos sistemas dos programas da Atenção Básica, permitindo organização e agilidade no acesso aos mesmos. E o gestor tem acesso a todos os relatórios ora citado.

Para Turban, MacLean e Wetherbe (2004), sistema de informação é responsável por processar as informações com objetivo de valorar as informações para que os usuários possam utilizá-las para tomada de decisão, tendo em vista que o gestor tem total acesso as informações processadas pelo e-SUS - AB.

c) Destacando as condições intervenientes

A condição interveniente do fenômeno destacou-se como a influência direta das informações do e-SUS no processo de trabalho dos gestores, gerando a categoria **“Reconhecendo a importância do e-SUS, no processo de trabalho: pontos positivos e negativos”**. Esse reconhecimento advém da importância do sistema, tendo em vista que ele tem facilitado a vida do gestor no tocante a tomada de decisão diária, mensal e anual, dando *feedback* entre gestores e profissionais de saúde, os gestores citaram o que eles acham a respeito do sistema, elencando os pontos positivos e negativos. Conforme falas a seguir:

A dificuldade foi mesmo no início para implantar no município, para a equipe se adaptar, os profissionais, foi difícil também para os ACS, como eles já são de uma idade mais avançada, não sabiam o que era internet, não tinha acesso, não sabiam o que era computador, Mas graças a Deus a gente venceu essa etapa, e cada dia melhoramos mais, tivemos um avanço, que antigamente cada profissional digitava sua produção, hoje não, é cada um no seu tablete, individual, no sistema que interliga todo mundo, agora posso dizer que é um sistema de qualidade (EVP3).

A questão do ponto positivo é que a gente tem acesso as todas as informações em tempo real (EVP4).

Negativo é a questão dos agentes de saúde, tivemos dois casos de agente de saúde mudar de área, quando muda de área, as famílias estão todas bonitinhas no tablete, quando muda de área que vai acessar nesse novo psf, todas as famílias desaparecem no sistema, não tem aquela sincronização que é para ser feita, aí precisa recadastrar tudo de novo, é outro trabalho, tira um pouco do tempo do serviço que é para fazer. Não migra, não chega (EVP4).

“Os pontos positivos é que a partir dos dados inseridos no sistema é que a gente pode fazer um bom planejamento das nossas ações e um ponto negativo ainda são as inconsistências que estão gerando, por exemplo no prontuário eletrônico, determinado agente de saúde cadastrou 100 pessoas e quando a gente vai para nosso sistema gerenciar isso só tem 20 cadastradas (EVP5).”

As negativas é como a gente já falou, só a internet da gente que não é de boa qualidade, internet mais fraca, só que a gente tá trabalhando e eles vão ter que colocar internet porque eu acho que todos os municípios eles vão fazer cobranças que a internet não é de boa qualidade e eles devem tomar as providências e o ponto

positivo é porque a gente quando chegou ESUS a gente tinha medo de trabalhar com o ESUS, só que hoje os profissionais acham bem melhor trabalhar da forma que está do que como era, dar para ver os seus hipertensos, diabéticos, só é chegar com seu cartão do sus, é bem mais prático e fácil (EVP5).

Sou um fanático pelo e-SUS, então não vejo nenhum ponto negativo,, apesar que as pessoas criticam a forma do e-SUS atuar, mas para a gente, falando para a gente, a gente só tem a ganhar com a coleta de dados do e-SUS, porque são informações fidedignas que a gente tem na palma da mão da gente, então o processo de trabalho a partir da implantação do e-SUS melhorou 200% para a gente, a gente não tem mais filas para atendimento, porque a gente diversificou o atendimento dentro da Unidade Básica de Saúde, por exemplo o paciente que chega para o dentista, Então a recepcionista encaminha diretamente para o dentista, o paciente que chega para o enfermeira já vai diretamente para a enfermeira, então evita filas diante da Unidade Básica de Saúde (EVP7).

Outro ponto positivo é que você pode inserir no mesmo instante toda sua produtividade, pode deixar arquivado, deixar armazenado, sem correr o risco de perder um papel, de rasgar o papel, de extraviar esse papel, porque antigamente era através de fichas e essas fichas burocratizava demais o trabalho (EVP11).

Um dos pontos negativos que eu acho do e-SUS é com relação a esse acompanhamento do agente comunitário de saúde, porque eu queria que partisse do próprio ministério da saúde, como ele implantou o e-SUS, como ele implantou os tablets para ser utilizado pelos agentes comunitários de saúde, que ele fosse monitorado por eles através de GPS, você ver é uma empresa (EVP10).

Os dados registrados nos sistemas da estratégia e-SUS AB são enviados à base federal do Sisab, onde são submetidos a um processo de validação antes de serem colocados à disposição nos relatórios de envio e de saúde (BRASIL, 2013).

d) Elencando as estratégias de ação e interação e as consequências do fenômeno

Com a substituição do SIAB pelo e-SUS AB foi necessário um processo de modificação das ações e treinamentos das equipes da atenção básica. Dessa forma, as estratégias de ação e interação acerca do fenômeno com a categoria **“O e-SUS, veio realmente para facilitar todo um processo de trabalho dos gestores.”** Assim como mostra as falas a seguir:

A gente deixou de preencher tantas fichas, que tinha muitas fichas para preencher. Quando fez a consolidação perdi um pouquinho de informações. O ministério vem, mas com o pec. já deu uma diferençazinha lá quando você puxa as informações, a gente mesmo digitando a nossa produção, a gente consegue ver, porque muitas vezes , porque eu preenchi toda a minha ficha e mando para você, você não sabe quem é aquela pessoa, então algum dado ali em baixo pode ficar falho, devido a quantidade de pessoas que a gente atende , pode faltar uma data de nascimento, aquela informação ia ficar perdida para o digitador, porque ele não sabe quem foi que atendeu, então quando eu mesmo abro o sistema, estou atendo uma gestante, eu mesmo preenchi tudo dela, é diferente a informação (EVP9).

Os sistemas de saúde eles vieram para melhorar, porque o que antes era aquele monte de papel que você tinha que consolidar tinha, que ver então dava mais trabalho para você fazer uma análise situacional do seu território e o sistema hoje trouxe essa facilidade, ele já entrega os dados consolidados para você e a partir daí você pode ver os pontos que você precisa melhorar no seu município (EVP6).

Anteriormente essa informação era toda feita através de papéis, pelo sistema que vai nas unidades, elas a menina tem as fichinhas, cada profissional tem a sua e passava para a secretaria essa informação para o sistema, a gente já está com a implantação, não sei, mas a maioria das unidades é com o pec né, que a gente já vem, a própria unidade de saúde já manda a informação, já capta todas as informações e já envia (EVP9).

Eu acredito que tudo que vem para facilitar o serviço ele é bem-vindo. E a gente sabe quer queira quer não queira sempre há o que o melhorar nada é finito, tudo é rotativo, a gente sempre precisa sempre melhorar, mas que hoje a questão do e-SUS vem realmente para facilitar todo um processo de trabalho, isso é fato (EVP2).

Nós temos uma empresa que presta serviço direto ao município dando assistência não só na capacitação como também na própria parte estrutural para implantação do pec. Eletrônico, porque o custo é um pouco alto, você sabe que as disponibilizações de equipamentos são inúmeras, os agentes de saúde, a gente fez aquisição de todos os tablets eles já trabalham com isso, todas as imunidades informatizamos, hoje em tempo real a gente pode acompanhar não somente a gestão, eu como gestora como também a coordenadora de atenção básica, diariamente acessar em tempo real quem está na ativa, quem está trabalhando e produzindo (EVP4).

Assim, as pessoas precisam ser consideradas na difusão de inovações. Sobretudo, há a necessidade de desenvolver significados que representem percepções positivas sobre a inovação entre os indivíduos. Neste sentido, é preciso envolver os profissionais de saúde no processo de implantação da estratégia e-SUS AB (ROGERS, 2003).

Observando o registro dos dados produzidos para dar suporte aos processos essenciais da atenção primária, o e-SUS AB vem sendo desenvolvido de forma a poder ser implantado em diferentes cenários, de acordo com a realidade local. Dessa forma, determina o Ministério da saúde, poderá ser utilizado a versão com coleta de dados simplificada, a versão com prontuário eletrônico ou ambas as versões, nas diferentes etapas do processo de trabalho (BRASIL, 2013)

Existem alguns cenários possíveis para a instalação do e-SUS – AB nos Municípios, veja a baixo a lista de possíveis cenários.

1. Cenário 1 - somente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem computadores e a velocidade de conexão à internet é bem limitada;
2. 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;
3. Cenário 3 – A SMS e as UBS têm poucos computadores e internet com conexão limitada;

4. Cenário 4 - A SMS, as UBS e a maioria dos consultórios têm computador, no entanto a internet é lenta e/ou instável;
5. Cenário 5 - A SMS, as UBS e a maioria dos consultórios têm computador, no entanto a internet é lenta e/ou instável.
6. Cenário 6 - A SMS, as UBS e a maioria dos consultórios têm computador e internet com conexão de boa qualidade.

Os gestores acreditam que o sistema vai melhorar ainda mais a partir de 2020, tendo em vista o novo financiamento do ministério da saúde, mais especificamente do SUS. Conforme menciona o gestor.

A partir de 2020 vai melhorar qualidade da produtividade e do atendimento, que a gente tem ainda também ponto negativo, é a cultura do município, se o pec preconiza o que, são 14 atendimentos, tem unidade ainda atende 20, ainda não é aquele atendimento adequado para o ministério para que seja um atendimento de qualidade como eles querem, mas aos pouco a gente vai conseguindo, a cultura de cada município gente da região nordeste ainda vai melhorar também (EVP12).

Ao serem questionados sobre os pontos positivos no processo de coleta dos dados do e-SUS AB, os gestores relataram que houve redução do trabalho na coleta de informações entre os sistemas de informação na atenção básica, facilitando o processo de registro dos dados do paciente diminuindo assim a burocracia, como mostram as falas a seguir:

A gente deixou de preencher tantas fichas (EVP9)

Um dos pontos positivos é que a gente tem acesso as todas as informações em tempo real (EVP4).

Outro ponto positivo é que a partir dos dados inseridos no sistema a gente pode fazer um bom planejamento das nossas ações (EVP6).

É a agilidade, pois o dado de um paciente pode ser acessado pelo PEC e você sabe tudo dele, a vacina, se ele fez exame, se foi internado, tudo é para esta ali (EVP8).

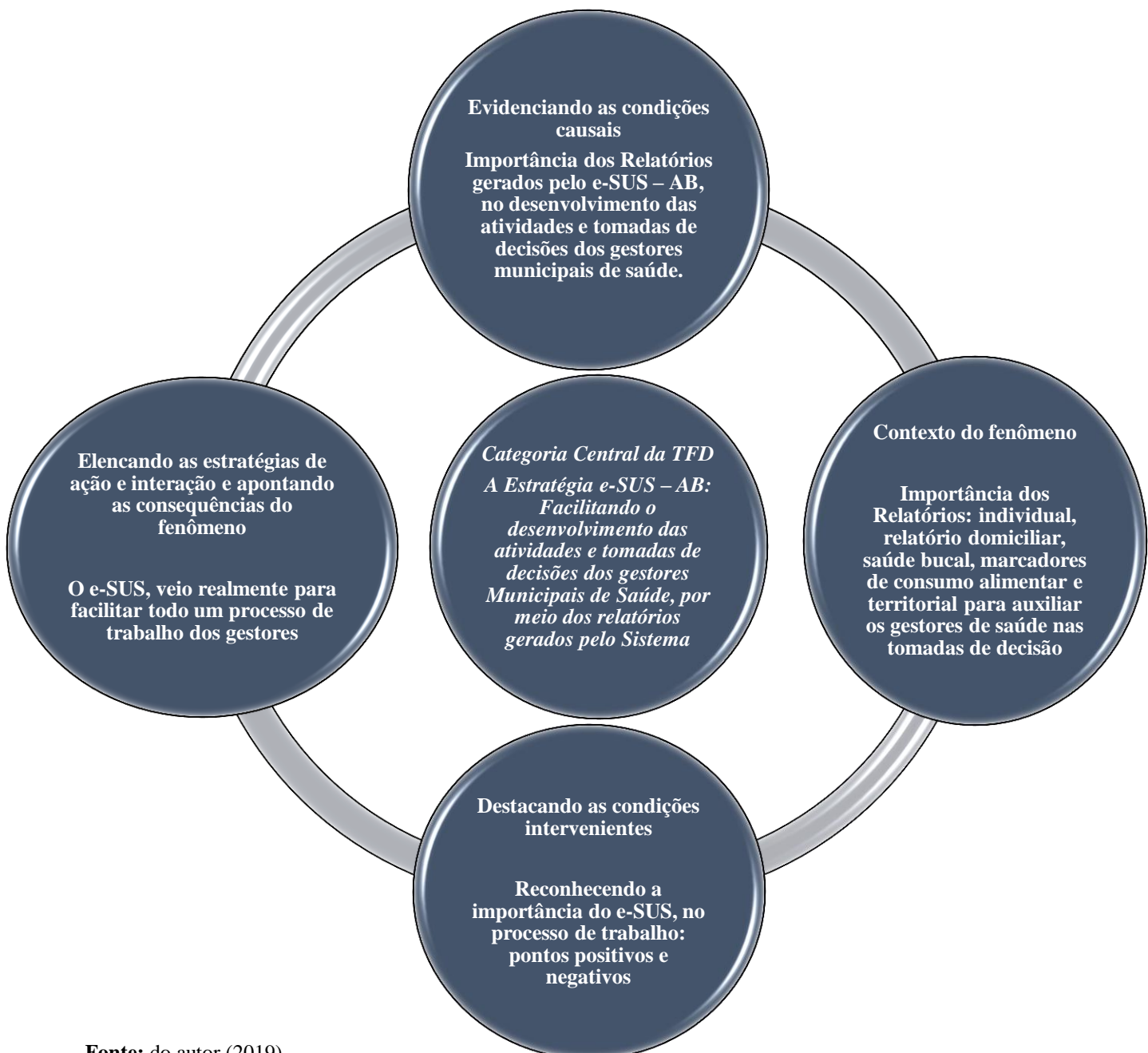
Corroborando com as falas citadas, o e-SUS AB tem por objetivo reduzir o trabalho dos profissionais na coleta de dados, facilitando a individualização do registro, produzindo uma informação integrada, com foco no paciente e comunidade, elevando a produção da informação e a qualificação do cuidado em saúde, fortalecendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado no território (CONASS, 2013; BRASIL, 2013).

- e) Identificação da Categoria Central da TFD.

Com base na interligação de todos os elementos da codificação seletiva chegou-se ao refinamento da teoria dando origem a categoria central do estudo: “*A Estratégia e-SUS – AB: Facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema*”, representada no Quadro 5.

A Figura 5 mostra a relação com uma ideia central, ou seja, a interligação dos componentes do modelo paradigmático do fenômeno que originou a Figura 5, em que as ideias contribuem para a ideia central.

Figura 5 – Diagrama representativo da categoria Central



Fonte: do autor (2019)

A Figura produzida nos mostra a interligação do percurso da TFD, ou seja, a ligação dos elementos e utilizando as ferramentas de codificação seletiva realizou-se o refinamento da teoria dando origem a categoria central do estudo: “*A Estratégia e-SUS – AB: Facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema*”, que se encontra representada na Figura 5, por meio de um diagrama que sintetiza os principais conceitos e conexões da teoria.

Os SIS, aliados às novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) por meio dos registros eletrônicos em saúde, produzem de forma organizada informações sobre a eficiência das ações e situações de saúde da população (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar, que em relação a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão, na percepção dos gestores potencializa o uso do e-SUS AB, promovendo um retorno mais eficaz no processo de coleta e entrada dos dados, contemplando de forma integral o processo de desenvolvimento de uma informação de qualidade (ALBUQUERQUE, 2017).

É possível destacar, que para a avaliação das atividades de um sistema, tem-se que levar em conta o que nos mostra a NBR 25010-1, onde ela nos traz que um sistema para atender as necessidades de um local, ele tem que seguir critérios tais como (NBR 25010-1, 2008):

Eficiência (Capacidade do produto de software de permitir que usuários atinjam metas especificadas com acurácia e completude, em um contexto de uso especificado);

Satisfação (Capacidade do produto de software de satisfazer usuários, em um contexto de uso especificado);

Produtividade (Capacidade do produto de software de permitir que seus usuários empreguem quantidade apropriada de recursos em relação à eficácia obtida, em um contexto de uso especificado);

Segurança (Capacidade do produto de software de apresentar níveis aceitáveis de riscos de danos a pessoas, negócios, software, propriedades ou ao ambiente, em um contexto de uso especificado).

Que foram interpelados ao longo das entrevistas com os gestores, com base na NBR em questão, seguem as falas a seguir, sobre os pontos abordados:

Eficiência: O sistema é bem eficiente, é só essa questão de migrar quando há uma mudança de um agente de uma área para outra ou um agente tira férias, essa forma de não ter como salvar, porque muda o agente, mas as famílias não mudam são as mesmas, não migram juntas (EVP4).

Eficiência: A gente não trabalha mais com ficha, a gente não tem ficha, nenhum profissional usa mais a ficha aqui, até os profissionais de nível superior para você ter

uma ideia e acredito que só Serra Grande implantado isso, a gente já usa o *tablet* para o médico, enfermeiro, dentista para coleta de atividade coletiva, então de todos os municípios acredito eu que ainda é na ficha, manual, na forma de ficha, então a gente não usa ficha de forma alguma dentro do município (EVP7).

Eu acredito que o sistema é eficiente, até porque assim quando você faz essa coleta de dados e transmite essa coleta de dados, você fica com cópia arquivada, você fica com todos os dados armazenados, você tem como provar realmente que foi informado, então se houver algum problema de transmissão de rede, isso pode ser sanado, porque você tem todos os arquivos que foi enviado como forma de provar tudo aquilo que você fez (EVP11).

Produtividade: Dar, hoje em dia não dar para você simular visita, esse daí é um ponto positivo tinha agente de saúde que visitava a mesma casa é achava que ali ia tá a mesma situação sempre, eu acredito que tinha produção simulada de alguns agentes de saúde, mas hoje isso não pode acontecer porque ele tem que ativar o tablete e o sistema em tempo real (EVP4).

Produtividade: A produtividade ela duplicou, porque a gente não pede informação, ou seja cada profissional hoje ele é responsável pelo que produz e cabe a gestão monitorar e ver se realmente está tendo produção da equipe, porque antigamente a gente tinha a ficha, quando a gente utilizava a ficha tinha os famosos digitadora, aqui a gente não tem mais os digitadores, não tem mais profissional que faça trabalho de ninguém, então antes como era o processo de trabalho antes, os profissionais eles iam para campo coletam a ficha, quando chegava na unidade ele entregava a uma segunda pessoa para digitar, as vezes as informações eles divergiam, as vezes tinha uma pessoa que tinha uma caligrafia feia, a gente não consegue identificar, tem o número do cartão SUS que a gente não consegue identificar, então isso tinha muita perda de produção (EVP7).

Satisfação: É satisfatório está dando bom resultado, estamos trabalhando bem melhor com essas informações (EVP5).

É satisfatório demais, não só para a gestão mais também para a comunidade, nossa comunidade ela é extremamente educada, então as pessoas, a gente não tem xingamentos algum hoje dentro da unidade de saúde, a gente não, os profissionais da equipe, a gente educou a nossa população para que eles busquem o atendimento de forma agendada, então que é um agendamento, você na unidade, você agendou, então na qual dia você tem o direito de ser atendido, então hoje a nossa demanda é de 80% consulta agendada, ou seja as pessoas se cuidam continuamente, então agente garante isso, essa satisfação tanto para a gente como para a comunidade em geral (EVP7).

Segurança: Seguro, totalmente seguro, porque todos os dados ficam registrados lá é a gente tem a máquina que faz o *backup*, a hora quem acessou tudo isso a gente consegue ver (EVP6).

A segurança das informações, a gente possui o centralizador que é o PEC, que é o prontuário eletrônico, onde ele armazena todas as informações do município, então só quem tem acesso as essas informações, a esse equipamento sou eu que respondo como administrador do sistema, então nem uma outra pessoa tem acesso a essa ferramenta e é a ferramenta que contém todos os dados do município, são informações de extrema importância para a gente, então a gente não pode pensar jamais em perder uma base de dados desse equipamento, entendeu então a gente tem aquela rotina de fazer dois, três *backups* diários que é para guardar justamente as informações para que quando a máquina vier a sofrer algum dano, alguma danificação a gente ter uma cópia de segurança, então hoje a nossa máquina ela tá com 4 anos ligada, a gente não desliga o nosso servidor, o tempo inteiro é ligado direto na nuvem, então a gente tem essa preocupação de guardar cópias de segurança (EVP7).

Bem, até agora nós não encontramos falhas, em termo de *hackers* ou de burlar, violar, graças a Deus não tivemos problemas com relação a isso. Em relação ao sigilo e a confiabilidade é ótimo, é bastante segura (EVP11).

Com base nas falas, é possível observar que os gestores estão satisfeitos com o sistema, principalmente no que diz respeito a produtividade dos profissionais de saúde, pois era uma “dor de cabeça” para os gestores, quando as atividades eram manuais.

A estratégia e-SUS AB trata-se de uma ferramenta tecnológica executada usando-se 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 (MOARA; BALDISSEROTTO; CELESTE, 2019).

Além de funcionar como prontuário médico para registro do atendimento individual de cada paciente, o PEC também organiza as demandas das unidades e gerencia a agenda dos profissionais, assim notificando os procedimentos realizados. Evitando um alto custo obtendo resultados satisfatórios na promoção dos registros, diminuindo o tempo nos atendimentos e burocracia (idem). O PEC vem aperfeiçoando o registro em saúde, e tem facilitado a comunicação entre médicos e pacientes, no compartilhamento de informações. Devido à necessidade de estabelecer a programação mensal para envio da produção da Atenção Básica pelos Gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para alimentação do Banco de Dados Nacional do SISAB.

Todavia, há necessidade de medidas claras para análise da qualidade desse registro e do estabelecimento de padrões de registro das informações, possibilitando posteriormente a comparabilidade dos resultados e avaliação da qualidade, bem como incentivo para a instalação do sistema, pois os gestores se queixaram dos equipamentos (THIRU; HASSEY; SULLIVAN, 2003).

É necessário ficar atento em relação á estratégia de transmissão de dados pela estratégia e-SUS AB ela deve contemplar o envio dos dados para a base de dados federal e para a base de dados estadual (BRASIL, 2017), O envio desses dados deverá ser realizado mensalmente, observando as datas tendo como prazo máximo para o envio da base de dados o dia 20 do mês subseqüente à competência de produção limites para cada competência apresentada. Os Gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal devem monitorar o envio dos dados de produção ao SISAB (idem).

Além de uma qualificação da informação, o sistema deveria facilitar o registro e, no caso do PEC, quem executa o registro faz a notificação pessoal, sendo talvez capaz de reduzir

subnotificação. Há que se considerar também que a enfermagem apresenta um novo papel na organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde, ficando cada vez mais distante das práticas assistenciais, que poderá resultar em mais atendimentos (BRASIL, 2013).

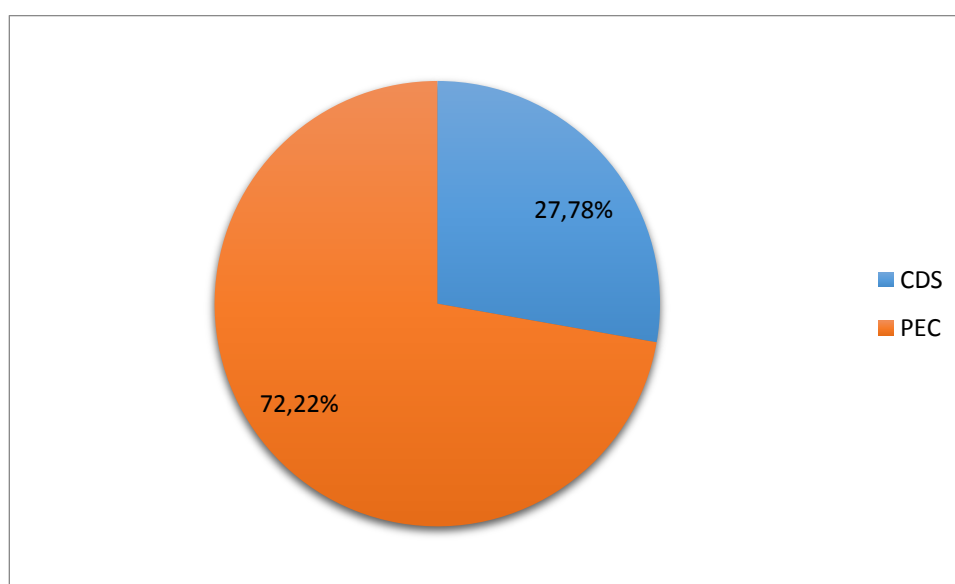
O processo de tomada de decisão busca reduzir erros nas escolhas que os gestores e profissionais de saúde fazem e assim podem melhorar os resultados. Para que isso ocorra, é necessário identificar as alternativas, selecionando a mais benéfica, implantar esta alternativa e verificar se ela realmente está atendendo as expectativas (CHIAVENATO, 2010).

A estratégia e-SUS AB acarreta alterações estruturais no conjunto de ideias e na prática dos profissionais e usuários dos serviços de saúde, caracterizando-se como uma inovação (ROGERS, 2003).

O e-SUS AB, apresenta-se como instrumento de gestão, fornecendo as informações necessárias e auxiliando nos processos de tomadas de decisão.

Foi possível elencar que 72,22 % (13) dos municípios do vale do Piancó (Figura 6) já utilizam o PEC, onde facilita a coleta dessas informações, pode-se esperar que esse processo de reorganização da coleta de informações do SISAB qualifique os dados registrados pelas equipes. Essa configuração torna o SISAB o sistema centralizador dos dados transmitidos pelos municípios, mesmo os que utilizam outros sistemas eletrônicos, privados ou não (BRASIL, 2013c)

Figura 6 – CDS x PEC - Estratégia e-SUS - AB



Fonte: do autor (2019).

O e-SUS AB tem como fator determinante a questão da economia da saúde; ainda o meio da saúde é uma área que se tem de fazer mais com o que se tem em termos de recursos.

O e-SUS AB, consegue garantir que os atendimentos sejam realizados de acordo com o que cada profissional de saúde está sendo pago para realiza-los, ou seja, evitando um desperdício de recursos, por exemplo: uma unidade de saúde com duas mil e quinhentas pessoas em que se tem um médico que recebe o seu salário por mês, ele vai precisar entregar desempenho, ou seja, ele tem que realizar os atendimentos necessários naquela unidade para poder receber o recurso.

Quando questionado sobre CDS x PEC, podemos destacar que: o Ministério da Saúde tem um sistema chamado SIS, esse sistema recebe os dados do prontuário eletrônico do cidadão que é o e-SUS AB PEC, fica instalado no município ou então em nuvem e ele envia dados para o SIS AB.

O CDS é um sistema simplificado de coleta de dados que pode funcionar na Unidade Básica de Saúde ou pode funcionar dentro da própria Secretaria de Saúde, receber os dados a partir das fichas dentro do e-SUS. O sistema de prontuário eletrônico tem o CDS online. Portanto tem-se que chamar de *offline*, funcionando assim, se utilizarem os CDS, os dados vêm da ficha, e vão para o CDS. Esses dados são enviados para o Ministério da Saúde.

Então esses sistemas eles fazem parte do que se chama de estratégia e-SUS AB que é um conceito e um programa, não um programa de computador, mas no sentido de um projeto que entrou em vigor para fazer uma integração de um conjunto de sistemas que foram criados pelo Ministério da Saúde para atender algumas necessidades que antes eram desmembradas, fragmentadas, digamos assim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As constantes mudanças vêm desafiando as organizações a adequar suas práticas de gestão à nova realidade tais mudanças estão ocorrendo no campo tecnológico, político, social e econômico, entre tantos outros, o que exige das organizações, inclusive na área de saúde, meios confiáveis de obter informações indispensáveis ao seu sucesso.

Informações adequadas e em tempo hábil para subsidiá-las no processo de tomada de decisão, pois os sistemas de informação em saúde são de fundamental importância, pois auxiliar no planejamento, na tomada de decisão dos gestores.

O presente estudo objetivou-se em avaliar o serviço e-SUS – AB na Perspectiva dos Gestores Municipais de Saúde, como ele tem facilitado o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema.

Diante da análise constante dos dados seguindo as etapas de codificação com base na TFD, foi possível entender como os gestores de saúde do vale do Piancó utilizam os relatórios do e-SUS – AB e de que maneira as informações produzidas influencia no processo decisório. Foi possível observar a importância do uso do sistema de informação para a efetivação das ações de vigilância em saúde, observar também os fatores que dificultam a realização do trabalho gerencial com o uso do e-SUS - AB.

O resultado desta pesquisa revelou uma formação profissional bastante diversificada no que diz respeito aos gestores da 7ª Região de Saúde e foi possível observar que existe gestor sem formação superior.

Diversos códigos foram empregados e categorias foram construídas ao longo da codificação dos elementos da TFD.

O fenômeno ou categoria central do estudo expôs a percepção da gestão acerca da estratégia e-SUS – AB: Facilitando o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões dos gestores Municipais de Saúde, por meio dos relatórios gerados pelo Sistema.

O fenômeno descreve a compreensão dos gestores acerca da importância dos relatórios produzidos associados ao e-SUS AB, como também, a forma que esses relatórios influenciam no processo de trabalho e na prática gerencial, para chegar ao fenômeno ou categoria central, foi necessário fazer a junção das categorias.

Com base nas entrevistas é importante ressaltar que o ponto de partida da análise dos indicadores dos municípios parte dos cadastros individuais e domiciliares dos municípios, onde se tem certa preocupação com a produção do agente comunitário de saúde, ou seja, é

avaliado o quantitativo de visitas, até por que, a partir de 2020 o novo financiamento do SUS, será por meio do e-SUS – AB, ou seja, o Ministério da Saúde estará monitorando as ações dos municípios, observando se estão atingindo as suas metas.

É importante destacar que para a discussão dos resultados utilizaram-se 53 artigos, teses, manuais do sistema, portarias e notas técnicas; espera-se que este trabalho contribua para crescimento da literatura sobre a temática, proporcionando novos debates e pesquisas no campo da atenção básica.

Esta pesquisa apresentou limitações em relação à dificuldade na coleta de dados em alguns momentos, uma vez que os participantes possuíam uma agenda de trabalho cheia, houve contratempos para a marcação das entrevistas, ou seja, foi preciso visitar o município, além das limitações no que diz respeito ao número de publicações sobre o e-SUS AB, por ser um sistema de informação em saúde recentemente implantado.

Sobre trabalhos futuros, foi possível identificar que o e-SUS tem muito campo a ser debatido, com isso, é perceptível que uma pesquisa no Sertão Paraibano, ou mesmo no estado, faz-se necessária, com novas propostas de TCC, dissertações e até mesmo um consultoria sobre o e-SUS.

Por fim, é fundamental a participação tanto da gestão, quanto dos profissionais de saúde no processo de efetivação do e-SUS AB, ou seja, sempre buscando espaços para discussão das estratégias buscando o aperfeiçoamento. Até por existem diversos sistemas de informação interligados ao e-SUS - AB, diminuindo assim a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), ou seja, evitando a duplicidade de dados, otimizando o trabalho dos profissionais e o uso das informações com qualidade por parte dos gestores Municipal, Estadual e Federal.

REFERÊNCIAS

ABNT NBR ISO/IEC 27005:2008 – Tecnologia da Informação – Técnicas de Segurança – Gestão de Riscos de Segurança da Informação. Rio de Janeiro: ABNT, 2008.

ABNT. NBR 27001: **Tecnologia da informação — Técnicas de segurança — Sistemas de gestão de segurança da informação — Requisitos**. Rio de Janeiro, p. 10. 2006 (atualizada em 2015).

ABNT. NBR 25010-1: **Engenharia de software - Qualidade de software**. Rio de Janeiro, 2008.

ALBUQUERQUE, S. G. E. **Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2017.

AUDY, J, L,N; ANDRADE, G, K; CIDRAL, A. **Fundamentos de sistemas de informação**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

BATISTA, Emerson de Oliveira. **Sistema de Informação: o uso consciente da tecnologia para o gerenciamento**. São Paulo: Saraiva, 2004.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. **Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo**. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, pg. 424-33, 2010.

BERG, M. *Patient care information systems and healthcare work: a sociotechnical approach*. *International Journal of Medical Informatics*, St. Louis - U.S.A, n.55, p. 87–101, 2001.

BRAGA, R. D.; LUCENA, F. N.; RIBEIRO-ROTTA, R. F. *A multiprofessional information model for Brazilian primary care: Defining a consensus model towards an interoperable electronic health record*. *International Journal of Medical Informatics*, 2016.

BRANCO, M. A. F. **Sistemas de informação em saúde no nível local**. Sistemas de Informação em Saúde, Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS: **NOTA TÉCNICA 07: ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA – SISAB**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação em saúde e a Vigilância epidemiológica. In: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: FUNASA, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da assistência básica (SIAB): indicadores 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS AB Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS: **Nota técnica – Relatório de Processamento/Validação– fichas válidas no SISAB**, Brasília 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica: manual de implantação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL, **Ministério da Saúde. E-SUS atenção básica: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_2_0.pdf>. Acesso em: 22 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL, Secretaria da Atenção Básica, **Envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)** Brasília, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Prontuário eletrônico do Cidadão: PEC – Versão 3.1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CHAVES, W. C. T. B. **Sistemas de Informação de Almoxarifado: Uma Análise de Duas Instituições Federais de Ensino**. 2014. 145 p. Monografia (Graduação em Administração), Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Administrativas, 2014.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONASS. **Estratégia e-SUS na Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013. (Nota Técnica 07/2013).

DANTAS C. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S.; STIPP, M. A. C. Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, n. 4, v. 17, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **E-SUS. Portal da saúde: DATASUS**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>>. Acesso em: 25 out. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Projetos. **Portal da saúde: DATASUS**. Brasília. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 out. 2019.

FERLA, A. A.; CECIM, R. B.; ALBA, R. D. Information, education and health care work: Beyond evidence, collective intelligence. **RECIIS - Rev Eletr Com Inf Inov Saude**, v. 6, n.2, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.

GUTIERREZ, M. A. Sistemas de Informação Hospitalares: progressos e avanços. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 3, n. 2, abr./jun, 2011.

HARAKI, C. A.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** v. 8, n. 1, p. 19-24, 2005.

LAUDON, K. C.; LAUNDON, J. P. **Sistemas de Informações Gerenciais**. 11 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2014.

LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

LIMA, C. R. A. **Gestão da qualidade dos dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil**. 2010. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

MAPA DAS REGIÕES DE SAÚDE DA PARAIBA. disponível em: <<http://portal.saude.pb.gov.br/infosaude/iframeR.php>> acesso em 21 de set. de 2019.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARTINEZ, A. L.; FILHO, E. M. Sistema de Gestão de Custos para uma Secretaria Municipal de Saúde. **R. Cont. UFBA**, Salvador-Ba, v. 6, n. 3, p. 52-65, setembro-dezembro 2012.

MÉDICI, A. Registros Eletrônicos de Saúde: Uma Ferramenta a Favor da Universalização e da Transparência. **Monitor de Saúde**, n. 13, maio 2010. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2010/05/registros-eletronicos-de-saude-uma.html>. Acesso em: 23 dez. 2019.

Ministério da Saúde. Portaria n o 1.976, de 12 de setembro de 2014. **Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n o 1.412/GM/MS**, de 10 de julho de 2013. Diário Oficial da União 2014; 15 set.

MOARA, A. T.; 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**, 2019.

MORIN, E. **Educação e Complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2002.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

O'BRIEN, J, A. **Sistemas de informação e as decisões gerenciais na era da Internet**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas de Informações Gerenciais: Estratégicas Táticas Operacionais**. 12ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

OLIVEIRA, M.; BERTUCCI, M. G. E. S. A pequena e média empresa e a gestão da informação. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v. 13, n. 2, 2003. Disponível em: < <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000001403/d86fe38e3fbaf45c905e7a314f2ef6e0/> >. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORNELLAS S. R.; TAKAOKA, H. Qualidade da Informação: Divergências no entendimento e propostas de novas construções conceituais. **Prisma**, n. 19, São Paulo, Brasil, 2012.

ROGERS, E. M. *Diffusion of innovation*. 3 ed. *New York: The Free Press*, 2003.

ROSÉN, B.; ELVERS, E. *Quality concept for official statistics*. In: KOTZ, S.; READ, C. B.; BANKS, D. L. (Eds.) *Encyclopedia of Statistical Science Update*, v. 3, Wiley p. 621-629, 1999.

SANTOS, S. R.; ARAÚJO, Y. B.; HOLMES, E.S. Sistema de Informação da Atenção Básica: ferramenta gerencial de apoio à decisão. In: VALE, E.G.; PERUZZO, A.S.; FELLI, V.E.

Proenf Gestão: Programa de Atualização em Enfermagem. Sistema de Educação Continuada à Distância. Porto Alegre: Artmed Panamericana Editora, 2015.

SHORTLIFFE, E.; BARNETT, G. O. *BIOMEDICAL Data: Their Acquisition, Storage, and Use. Health and Biomedicine, 4th ed., Springer, 2013.*

SILVA, L. M. **Sistema de Informação:** instrumento para qualificação da gestão do relatório de auditoria médica. 2012. 31 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2012.

SOBRAL, L. A. **GT4CCI:** Uma Abordagem Baseada em *Grounded Theory* para a Identificação de Interesses Transversais em Documentos de Requisitos. Dissertação (Mestrado), NATAL – RN, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa:** Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Colet*, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

THIRU, K.; HASSEY, A.; SULLIVAN, F. *Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care.* BMJ. 2003.

TURBAN, E.; MCLEAN, E.; WETHERBE, J. **Tecnologia da informação para gestão. Transformado os negócios da economia digital.** 3 ed. Porto Alegre. Editora Bookman, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UNA-SUS/UFMA). **O Plano de saúde como ferramenta de gestão.** Regimarina Soares Reis (orgs.). - São Luís, 2016.

VIEIRA, A, C, G. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros.** 2 ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015.

VITAL, L. P.; VITAL, V. M.; GREGÓRIO, V. Gerenciamento do fluxo de informação como suporte ao processo de tomada de decisão. *Inf.*, Londrina, v. 15, n. 1, p. 85 - 103, 2010.

WU, C. V.; BEAUNAE, C. *Personal reflections on cautions and considerations for navigating the path of grounded theory doctoral theses and dissertations: a long walk through a dark forest.* *International Journal of Social Research Methodology*, London, p. 1–17, October, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Questionário de dados pessoais e profissionais

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade _____ anos
3. Formação Acadêmica: _____
4. Quantos anos de formação? _____ anos
5. Pós-graduação? Sim Não
Se a resposta for sim, qual? _____
6. Está há quantos anos na área de gestão? _____ anos
7. Tem experiências anteriores com sistemas de informação da atenção básica?
 Sim Não
Se a resposta for sim, onde? _____
8. Qual o cargo que ocupa atualmente:
 Secretário
 Secretário Adjunto
 Gestor de Sistemas de Informação
 Outro _____
9. Seu vínculo com a instituição? Efetivo Comissionado
10. Quais atividades desenvolve na sua função?

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Para você o que é qualidade da informação?
2. Aponte as dificuldades enfrentadas no processo de implantação do e-SUS – AB.
3. Fale sobre a infraestrutura da tecnologia da informação e comunicação para a coleta de informações no âmbito do E-SUS – AB.
4. O seu perfil de gestor no e-SUS AB tem acesso a informações sobre a situação dos atendimentos e população na Atenção Básica de seu município. Com que frequência você acessa essas informações?
5. Comente sobre as decisões atitudes e/ou decisões que já tomou com base no relatório de cadastro individual.
6. Fale sobre a utilização do relatório de cadastro domiciliar e territorial para tomar decisões no seu processo de trabalho
7. Como o relatório de atendimento individual do enfermeiro e do médico lhe auxilia no monitoramento e avaliação dos serviços de saúde prestados?
8. Mencione as utilizações que fez do relatório de atendimento individual odontológico no monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal
9. Como os relatórios de visita domiciliar e territorial lhe ajuda a planejar e verificar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde?
10. Fale sobre a utilização do relatório de procedimentos individualizados para o monitoramento e avaliação das ações planejadas e executadas.
 - a. Os relatórios de: Atividade coletiva, Vacinação, Síndrome neurológica por Zika/Microcefalia, Vacinação, Avaliação de elegibilidade, Atendimento

Domiciliar, Marcadores do consumo alimentar e procedimentos consolidados já foram utilizados por você? Indicar a utilização.

11. Quais os pontos positivos e negativos que você identifica no processo de coleta dos dados do e-SUS – AB?
12. Existe outro uso não mencionado anteriormente das informações do e-SUS – AB são usadas na tomada de decisão no seu trabalho?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, (nome do participante da pesquisa), depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Avaliação da Estratégia do Sistema de Informação (e-SUS - AB) na Perspectiva dos Gestores de Saúde do Sétimo Núcleo Paraibano**. Poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o pesquisador **Francisco Anderson Mariano da Silva**, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Francisco Anderson Mariano da Silva, e após esse período, serão destruídos e,

Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Município, ____ / ____ /2019

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa de campo intitulada **“Avaliação da Estratégia do Sistema de Informação (e-SUS - AB) na Perspectiva dos Gestores de Saúde do Sétimo Núcleo Paraibano**, o uso do e-SUS AB prontuário eletrônico, suas barreiras e suas dificuldades para as tomadas de decisão. Fui informado (a) de que a pesquisa é coordenada (o) pelo professor (a) Dr. Wellington Candeia de Araújo, docente da Universidade Estadual da Paraíba - Campus I, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail wcandeia@uepb.edu.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, , poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, Nome: 5187 - Universidade Estadual da Paraíba - Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB – PRPGP, Telefone: (83)3315-3373, Fax: (83)3315-3373, E-mail: cep@uepb.edu.br, Região: NORDESTE, UF: PB, Município: CAMPINA GRANDE, Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário, Bairro: Bodocongó, CEP: 58.109-753

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio da participação em responder algumas informações sobre ferramentas similares à proposta, com intuito de elencar se alguns requisitos de alto nível são trabalhados ou não nesses ambientes. O acesso e a análise dos dados coletados nessa participação se farão apenas pelos pesquisadores e/ou seus orientadores/coordenadores. Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Fui informado (a), ainda, que meu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa o que garante o anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar. Não será cobrado nada e não haverá gastos. Fui informado (a) sobre o risco de cansaço emocional mediante as respostas fornecidas durante a aplicação da pesquisa, caso haja algum dano devidamente comprovado, ficará assegurado (a) ao direito de indenização.

Atesto recebimento de uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, poderei entrar em contato com o pesquisador principal: Francisco Anderson Mariano da Silva, residente na Rua Laurentino Pereira da Silva, 1018, AP 102, próximo à área de lazer liberal, Bairro, Jardim Europa - Patos-PB tel. (83) 9.9920-6981.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico.

Riscos: A pesquisa oferecerá riscos mínimos, como por exemplo o de constrangimento, mas você poderá requerer a sua exclusão a qualquer momento.

Benefícios: Ao término deste trabalho, esperamos compreender de que maneira os gestores de saúde do vale do Piancó percebem a qualidade da informação produzida pelo e-SUS - AB, pois para a gestão, o objetivo dos dados é se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos da tomada de decisão.

Município, ____ de _____ de 2019.

(Assinatura do participante)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**ESTADO DA PARAÍBA
MUNICÍPIO PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **Avaliação da Estratégia do Sistema de Informação (e-SUS - AB) na Perspectiva dos Gestores de Saúde do Sétimo Núcleo Paraibano** desenvolvida pelo aluno **Francisco Anderson Mariano da Silva** do Curso de Mestrado em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação do professor Dr. Wellington Candeia de Araújo.

Município-PB, _____/_____/_____

Assinatura do Gestor

ANEXO D – OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE - PPGCTS

OFÍCIO Nº 1/2019/PPGCTS/PRPGP/UEPB

Campina Grande, 24 de setembro de 2019.

Aos(Às) Senhores(as)
Secretários(as) Municipais de Saúde

Assunto: Encaminhamento para pesquisa científica.

Senhor(a) Secretário(a),

Apresentamos **FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA**, matrícula: **2018.1712.04**, mestrando(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde (PPGCTS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação intitulado: **"AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO (E-SUS AB) NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DE SAÚDE DO SÉTIMO NÚCLEO PARAIBANO"**, sob orientação do(a) Prof(a). Dr.(a) WELLINGTON CANDEIA DE ARAÚJO.

Atenciosamente,

PROF^ª. DR^ª. KÁTIA ELIZABETE GALDINO

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde

ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO (E-SUS - AB) NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DE SAÚDE DO SÉTIMO NÚCLEO PARAIBANO

Pesquisador: FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21347219.4.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.630.045

Apresentação do Projeto:

O projeto encontra-se bem elaborado, contendo resumo, revisão da literatura e metodologia exequível. O título e os objetivos se complementam. Atendendo as exigências da Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o serviço e-SUS– AB na perspectiva dos Gestores Municipais de Saúde, seus obstáculos e suas dificuldades para as tomadas de decisões. Descrever a influência dessas informações na prática e identificar as dificuldades enfrentadas na utilização do e-SUS AB. Entender que o uso dos dados clínicos é utilizado para criar o perfil e possíveis diagnósticos do paciente. Demonstrar que a precisão das informações é necessária, tendo em vista que construir um banco de dados/armazenamento com o histórico de atendimentos do paciente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos apresentados serão mínimos.

Ao término deste trabalho, como benefícios, espera-se compreender de que maneira os gestores de saúde do vale do Piancó percebem a qualidade da informação produzida pelo Prontuário/E-SUS AB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta as etapas exigidas pela Plataforma Brasil, está seguindo a Resolução 466/12

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG



Continuação do Parecer: 3.630.045

do MS, apresenta num texto de fácil entendimento e uma sequência lógica de metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em consonância com o desenvolvimento da pesquisa e o solicitado pelo CEP

Recomendações:

Solicitamos que concluída a pesquisa, os resultados sejam enviados em forma de relatório a este CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é viável, está embasado cientificamente e conforme preconiza a Resolução 466/12 do MS.

Portanto, emitimos parecer favorável.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1344465.pdf	18/09/2019 18:11:02		Aceito
Brochura Pesquisa	FORMULARIOPROJETO.pdf	18/09/2019 18:10:39	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto1.pdf	18/09/2019 18:10:22	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Outros	CONCORDANCIA.pdf	18/09/2019 18:00:59	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Outros	FOTOEVIDEO.pdf	18/09/2019 18:00:45	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Outros	VOZ.pdf	18/09/2019 18:00:32	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Outros	QUESTIONARIOS.pdf	18/09/2019 17:59:51	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/09/2019 17:59:35	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETODEQUALIFICACAOREVISAD	18/09/2019	FRANCISCO	Aceito

Endereço: Av. das Baratas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753

UF: PB Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.630.045


/ Brochura Investigador	pdf	17:59:22	ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADORRESPONSAVEL.pdf	18/09/2019 17:59:01	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/09/2019 17:58:26	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


Universidade Estadual da Paraíba
Doris Molarego de Andrade Laurentino
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
UEPB

CAMPINA GRANDE, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:

Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: csp@uepb.edu.br

ANEXO F – PARECER DE ENCERRAMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO (E-SUS - AB) NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DE SAÚDE DO SÉTIMO NÚCLEO PARAIBANO

Pesquisador: FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21347219.4.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: A pesquisa foi finalizada no dia 20/12, com a defesa da dissertação, cumprindo o

Data do Envio: 02/01/2020

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.793.136

Apresentação da Notificação:

Trata-se de um Relatório de Pesquisa realizada atrelada ao Mestrado em Ciência e Tecnologia da Saúde.

Objetivo da Notificação:

Lê-se:

Avaliar o Serviço e-SUS – AB na Perspectiva dos Gestores Municipais de Saúde da 7ª Região do Estado da Paraíba, como ele tem facilitado o desenvolvimento das atividades e tomadas de decisões, por meio dos relatórios gerados:

Entender como o gestor de saúde percebe a qualidade da informação e dos relatórios produzidos pelo e-SUS AB;

Compreender como dados gerados pelo e-SUS – AB, tem auxiliado os gestores para a tomada de

Endereço: Av. das Bananeiras, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-750
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.793.138

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer **FAVORÁVEL À APROVAÇÃO DO PRESENTE RELATÓRIO.**

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatorio_Final.pdf	02/01/2020 10:31:50	FRANCISCO ANDERSON MARIANO DA SILVA	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 02 de Janeiro de 2020

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Bananas, 381- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-750
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br