

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE

**BUSCANDO A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO PRODUZIDA PELO E-SUS AB:
influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde**

JOÃO PESSOA
2017

SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE

**BUSCANDO A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO PRODUZIDA PELO E-SUS AB:
influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

JOÃO PESSOA

2017

A345b Albuquerque, Saemmy Grasiely Estrela de.
Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB:
influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde /
Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque.- João Pessoa, 2017.
126 f. : il. -

Orientador: Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Gestão em Saúde. 3. Gerência – Enfermagem.
4. Qualidade da Informação. 5. Sistemas de Informação em Saúde.
6. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE

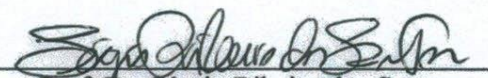
BUSCANDO A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO PRODUZIDA PELO E-SUS

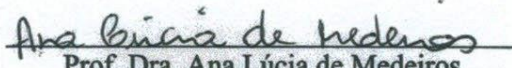
AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde

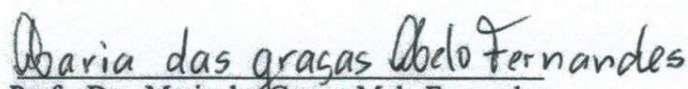
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

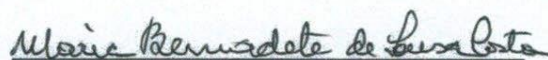
Aprovada em: 26/04/2017

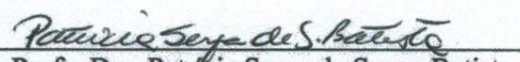
BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
Orientador (CCS/UFPB)


Prof. Dra. Ana Lúcia de Medeiros
Membro Externo Titular (FPB)


Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes
Membro Interno Titular (CCS/UFPB)


Profa. Dra. Maria Bernadete de Sousa Costa
Membro Externo Suplente (CCS/UFPB)


Profa. Dra. Patrícia Serpa de Souza Batista
Membro Interno Suplente (CCS/UFPB)

DEDICATÓRIA

A Deus, autor do universo, pelo dom da vida e força para prosseguir em meio as lutas diárias. O Senhor é o meu pastor e nada me faltará, Tu és fiel, justo e amoroso. Obrigada meu Pai.

“Do crente ao ateu, ninguém explica Deus”.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos, por todo o apoio, incentivo, orações e aprendizados. Um verdadeiro homem de Deus, que o Senhor me abençoou de ter como orientador e irmão em Cristo Jesus, seu caráter ilibado, sua vida irrepreensível e seu testemunho fiel, me inspiram na caminhada. Obrigada por tudo professor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, único que é digno de receber a honra e a glória, a força e o poder, ao Rei eterno e imortal, invisível, mas real, a Ele toda minha gratidão.

Aos meus familiares, por todo apoio, orações e incentivo ao longo da minha vida, vocês são tudo para mim.

Aos meus verdadeiros amigos, que não irei citar os nomes, mas eles sabem, obrigada por toda o apoio, amizade, carinho e incentivo e por estarem comigo faça chuva ou faça sol.

Às minhas companheiras e amigas de grupo e de orientação Ericka, Gyldayara e Mayara, presentes de Deus na minha vida, que se tornaram tão importantes ao longo dessa caminhada acadêmica e vida diária, entre conselhos e artigos compartilhados, fomos vencendo cada obstáculo juntas.

À minha querida célula Isaque, resposta do Pai na minha vida, obrigada por me fortalecerem na caminhada com orações e companheirismo, vocês sempre estarão no meu coração.

À minha turma maravilhosa do Mestrado, apesar do pouco tempo de convívio se tornaram fundamentais para mim durante a caminhada, quantos textos, seminários, artigos, risos e choros compartilhados hein pessoal, vencemos.

Às professoras membros da minha banca, pela disposição e contribuições dadas para a qualificação deste estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação, pela maestria de ensinar com amor e carinho, compartilhando o saber com excelência para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos funcionários do Programa, por estarem sempre prontos a ajudar, especialmente Sr. Ivan e Sra. Nathali.

A todos os gestores de saúde dos distritos sanitários de João Pessoa, que se colocaram a disposição para participar da pesquisa e fortalecer a construção do conhecimento científico compartilhando suas experiências.

E a todos que não foram citados, mas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo.

EPÍGRAFE

*“Mudam-se os tempos, mudam-se as
vontades. Muda-se o ser, muda-se a confiança.
Todo o mundo é composto de mudança.
Tomando sempre novas qualidades”.*

(Luís de Camões)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Participantes do estudo e local de atuação, João Pessoa – PB, 2016	40
Quadro 2	Cargos e funções gerenciais gerais desempenhadas, João Pessoa – PB, 2016.	42
Quadro 3	Exemplo de codificação aberta, João Pessoa – PB, 2016.	46
Quadro 4	Exemplo de codificação axial, João Pessoa – PB, 2016.	47
Quadro 5	Exemplo de codificação seletiva, João Pessoa – PB, 2016.	48

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	O processo da Teoria Fundamentada nos Dados	36
Figura 2	Unidades de Saúde da Família distribuídas em cinco distritos sanitários, 2013, Setor de Geoprocessamento – Secretaria Municipal de Saúde, João Pessoa.	38
Figura 3	Cadastramento e implantação das equipes de Estratégias Saúde da Família, João Pessoa, 2016.	39
Figura 4	Processo de fluxo da informação, e-SUS AB/SISAB.	65
Figura 5	Diagrama representativo do Modelo Paradigmático do Fenômeno 1	70
Figura 6	Diagrama representativo do Modelo Paradigmático do Fenômeno 2	96
Figura 7	Diagrama representativo do processo de desvelamento da Categoria Central	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CDS - Coleta de Dados Simplificada

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DAB - Departamento de Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS

DENC - Departamento de Enfermagem Clínica

DS- Distrito Sanitário

ESF - Estratégia de Saúde da Família

e-SUS AB - e-SUS Atenção Básica

GEPAIE - Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática e Saúde

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Teoria Fundamentada nos Dados

USF - Unidades de Saúde da Família

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

ALBUQUERQUE, S. G. E. **Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde.** 2017. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

Introdução: A informação é a fonte de conhecimento que proporciona diversos pontos de vista para interpretação de fenômenos e construção do conhecimento. Com base nesse pressuposto, os sistemas de informação têm a finalidade de oferecer subsídios para servir de base à efetivação da gestão dos serviços. **Objetivos:** Compreender como o gestor percebe a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB; descrever a influência dessas informações na prática dos gestores de saúde e identificar as dificuldades enfrentadas na utilização do e-SUS AB. **Método:** Estudo de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, utilizando como referencial teórico e metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Os participantes da pesquisa foram 16 gestores de saúde dos Distritos Sanitários do município de João Pessoa-PB, Brasil. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada através de três etapas de codificação: aberta, axial e seletiva. **Resultados:** Com base na análise dos dados foram identificados o fenômeno 1 - Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e sua influência no processo de trabalho dos gestores de saúde e o fenômeno 2 - Apontando dificuldades e perspectivas na adaptação e busca de aprimoramento do e-SUS AB. A partir da análise das categorias e fenômenos buscou-se descrever a compreensão dos gestores sobre a temática, identificando pontos positivos e negativos da experiência com o e-SUS AB. Ao realizar a conexão dos dois fenômenos emergiu a categoria central do estudo: *Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde.* **Conclusão:** Verificou-se que os gestores de saúde do município de João Pessoa-PB se preocupam em utilizar informações de qualidade, a fim de apoiar a tomada de decisão, fortalecer as estratégias para efetivação do e-SUS AB e elevar o padrão dos serviços prestados a população.

Palavras-chave: Enfermagem; Gestão em Saúde; Gerência; Qualidade da Informação; Sistemas de Informação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, S. G. E. **Seeking the quality of information produced by e-SUS AB: influences, difficulties and perspectives of health managers.** 2017. 126f. Dissertation (Master's in nursing) – Post-graduation Program in Nursing at the Health Sciences Center from the Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Introduction: Information is the source of knowledge that provides several points of view for interpretation of phenomena and construction of knowledge. Based on this assumption, information systems have the purpose of offering knowledge to serve as a basis for the effective management of services. **Objectives:** To understand how the manager perceives the quality of information produced by e-SUS AB; To describe the influence of this information on the practice of health managers and to identify the difficulties faced in the use of e-SUS AB. **Method:** Exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, using as theoretical and methodological reference the Grounded Theory. The participants of the research were 16 health managers from the sanitary districts of the municipality of João Pessoa-PB, Brazil. Data collection was performed through the application of a semi-structured interview script. Data analysis was performed through three coding steps: open, axial and selective. **Results:** Based on the analysis of the data, we identified the phenomenon 1 - Understanding the perception about the quality of information produced by e-SUS AB and its influence on the work process of health managers and the phenomenon 2 - Pointing difficulties and perspectives in adaptation And search for improvement of e-SUS AB. Based on the analysis of the categories and phenomena we tried to describe the managers' understanding of the theme, identifying positive and negative points of the experience with e-SUS AB. In making the connection between the two phenomena emerged the central category of the study: Searching for the quality of information produced by e-SUS AB: influences, difficulties and perspectives of health managers. **Conclusion:** It was verified that health managers in the city of João Pessoa-PB are concerned with using quality information to support decision-making, strengthen strategies for the implementation of e-SUS AB, and raise the standard of services Provided to the population.

Keywords: Nursing; Health Management; Management; Information Quality; Health Information Systems; Primary Health Care.

RESUMEN

ALBUQUERQUE, E. S. G. **La búsqueda de la calidad de la información producida por el e-SUS AB: influencias, los problemas y las perspectivas de los gerentes de salud.** 2017. 126f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud Programa de Postgrado de Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

Introducción: La información es la fuente de conocimiento que ofrece diferentes puntos de vista para la interpretación de los fenómenos y la construcción del conocimiento. Sobre esa base, los sistemas de información están diseñados para proporcionar una visión para apoyar la gestión eficaz de los servicios. **Objetivos:** Para entender cómo percibe el gerente de la calidad de la información producida por el e-SUS AB; describir la influencia de dicha información en la práctica de los administradores de salud e identificar las dificultades en el uso del e-SUS AB. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo de enfoque cualitativo, utilizando como Teoría teórica y metodológico a tierra. Los participantes fueron 16 los gerentes de salud de los distritos de salud en la ciudad de João Pessoa, PB, Brasil. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una guía de entrevista semiestructurada. El análisis de datos se realizó mediante tres pasos de codificación: abierta, axial y selectiva. **Resultados:** Con base en el análisis de los datos identificados el fenómeno 1 - Comprender la percepción de la calidad de la información producida por el e-SUS AB y su influencia en el proceso de trabajo de los administradores de salud y el fenómeno 2 - Apuntando dificultades y perspectivas en la adaptación y la búsqueda de mejora de e-SUS AB. A partir del análisis de las categorías y fenómenos que intentamos describir la comprensión de los administradores sobre el tema, la identificación de experiencias positivas y negativas con el e-SUS AB. Al realizar la conexión de los dos fenómenos surgido la categoría central del estudio: La búsqueda de la calidad de la información producida por el e-SUS AB: influencias, problemas y perspectivas de los gerentes de salud. **Conclusiones:** Se encontró que los administradores de salud en la ciudad de João Pessoa-PB cuidado para utilizar información de calidad para apoyar la toma de decisiones, fortalecer las estrategias para la efectiva AB e-SUS y elevar el nivel de los servicios proporcionado para la población.

Palabras clave: Enfermería; Gestión de Gestión de la Salud; Calidad de la información; Sistemas de Información en Salud; Primaria de la Salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 Qualidade da informação	20
2.2 Instrumentos de avaliação da qualidade da informação	21
2.3 Gestão e qualidade da informação	22
2.4 Qualidade da informação baseada nas necessidades do usuário	24
2.5 Qualidade da informação aplicada à saúde e os sistemas de informação em saúde	26
2.6 As Redes de Atenção à Saúde	28
2.7 A transição dos Sistemas de Informação da Atenção Básica	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
3.1 A escolha da Teoria Fundamentada nos Dados	33
3.2 A Teoria Fundamentada nos Dados	33
3.3 Características da Teoria Fundamentada nos Dados	35
3.4 Natureza do estudo	37
3.5 Cenário da pesquisa	37
3.6 Participantes da pesquisa	39
3.7 Estratégias para a obtenção de dados	40
3.8 Considerações éticas da pesquisa	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Caracterização dos participantes do estudo	42
4.2 Dados relativos à codificação dos elementos da TFD	43
4.3 Fenômeno 1 – Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB, e sua influência no processo de trabalho dos gestores de saúde.	48
4.4 Fenômeno 2 – Apontando dificuldades de adaptação e perspectivas de aprimoramento do e-SUS AB.	71
4.5 Conexão dos fenômenos para identificação da Categoria Central	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A - Formulário de dados sócio-demográficos e profissionais	118

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada	119
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
ANEXO 1 – Certidão de Aprovação do Projeto pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação	122
ANEXO 2 – Encaminhamento da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde	123
ANEXO 3 – Termo de Anuência para Pesquisa	124
ANEXO 4 – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa	125
ANEXO 5 – Encaminhamento para Realização de Pesquisa nos Distritos Sanitários	126

1. INTRODUÇÃO

A informação é a fonte de conhecimento obtido por meio de comunicação ou investigação, proporcionando diversos pontos de vista para interpretação de fenômenos e construção do conhecimento. Já os dados são caracterizados como uma propriedade das coisas e o conhecimento por fim, possui propriedades de agentes, no sentido de gerar ação e circunstâncias (NONAKA; TAKEUCHI, 1997; MORAES; GOMEZ, 2007; UNPAN, 2014).

No que se refere à etimologia, o termo informação origina-se do latim *informātiō*, *ónis* que significa “ação de formar, de fazer, fabricação; esboço, desenho, plano; ideia, concepção; formação, forma”. Assim, torna-se algo intrínseco à informação as oportunidades de concepção, fabricação ou desenho de algo (HOUAISS, 2016; MORENO; COOELI; MUNC, 2009).

Com a evolução da tecnologia na área da saúde, a informação 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 nesse campo, contando também com importantes investimentos na construção de metodologias que ofereçam suporte à gestão da qualidade das informações em saúde. Desse modo, estudos vem sendo publicados acerca das metodologias de avaliação da qualidade das informações, a exemplo de uma revisão sistemática de 78 artigos que avaliaram a qualidade das informações dos sistemas brasileiros listando os métodos e dimensões de qualidade utilizados (LIMA et al., 2009; LIMA; RIZZI, 2010).

A partir desse pressuposto, os sistemas de informação têm a finalidade de oferecer subsídios para servir de base à efetivação da gestão dos serviços. Compreende-se por Sistemas de Informação em Saúde (SIS) uma ferramenta de coleta, processamento, análise e divulgação de informações que subsidiarão o planejamento, organização e realização de conjecturas em relação à área da saúde (NOGUEIRA et al., 2014).

Os SIS são utilizados como importante ferramentas pelos gestores de saúde para o planejamento e avaliação das políticas de saúde e os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em âmbito nacional foram instituídos diversos SIS, anteriormente a implantação do SUS, com vistas a atender objetivos dos governos federal e estadual (TAMAKI et al., 2012; FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

No entanto, destaca-se uma evolução acelerada desses arranjos informacionais no campo da saúde. No Brasil, historicamente, há uma desintegração das informações em saúde, fruto da prática de atividades delimitadas nas instituições da área, ou seja, as informações são processadas, de modo

descentralizado, com diferentes condições de comunicação e tecnologia da informação, podendo ocasionar comprometimento na obtenção de informações de qualidade. Mas, para mudar esse cenário, o Ministério da Saúde, há alguns anos, vem desenvolvendo e mantém um conjunto de SIS, para dar suporte aos diversos eventos epidemiológicos, em nível de atenção básica, ambulatoriais, hospitalares e às várias ações implementadas, os quais são organizados através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2009a; LIMA, 2010a).

É importante ressaltar dois marcos históricos no campo dos SIS, o primeiro na década de 1970 com a regulamentação 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 (BRASIL, 2009a; UNA-SUS/UFMA, 2016a).

Até o momento, conta-se com uma ampla rede de SIS, com acesso às informações disponíveis a gestores, profissionais e toda a sociedade organizada, a fim de subsidiar suas atividades, devendo-se considerar seus pontos fortes e suas limitações, resultado de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados (LIMA, 2010a).

Usado como uma importante ferramenta para gestão de informações, os SIS dão aporte para a tomada de decisão, uma vez que proporcionam maior conectividade entre as redes de assistência, possibilitando dessa forma, uma visão ampliada para ações de melhoria na qualidade assistencial, como também, estabelecendo a definição das prioridades nas situações de saúde local, regional e estadual (BERNARDES et al., 2013; SANTOS; ARAUJO; HOLMES, 2015).

Para tanto, a qualidade das informações contidas nos sistemas é de extrema relevância, devendo buscar metodologias adequadas de avaliação de subsistemas, serviços e equipes envolvidos em todos os processos de produção da saúde. Como sugere Donabedian (1990), o enfoque tradicionalmente utilizado, permite, numa abordagem normativa e focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definir estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) adere ao uso de uma ferramenta de avaliação das informações dos SIS chamada *Performance of Routine Information System Management*, que afere a qualidade desde a fase de coleta, uso contínuo, análise dos dados e suporte, itens que são fundamentais ao funcionamento do SIS. No Brasil, o monitoramento da

qualidade dos dados dos SIS não seguem um plano regular de avaliações, normatizado pelo Ministério da Saúde, resultando em iniciativas não sistemáticas e isoladas (LIMA, 2010a).

Neste sentido, vale ressaltar a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que foi instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica em Saúde (ABS). Entre os objetivos específicos, destacam-se a melhoria da qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação, como ferramenta de gestão da ABS (BRASIL, 2013a).

Sabe-se que diariamente são produzidas diversas informações referentes aos cuidados prestados a população no campo da saúde pública, no entanto, com vistas a controlar as atividades desenvolvidas na Atenção Básica, foi criado em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pela antiga Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretária de Assistência à Saúde, atualmente Departamento de Atenção Básica, com o apoio do DATASUS, objetivando a agregação, armazenamento e processamento de informações ligadas à assistência desenvolvida nas Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) (NOGUEIRA et al., 2014; SANTOS; ARAÚJO; HOLMES, 2015).

Todavia, ao longo do tempo de implantação e utilização do sistema, várias dificuldades foram sendo encontradas, gerando prejuízo no planejamento das ações em saúde, uma vez que, as informações não estavam sendo utilizadas de forma correta para viabilizar o processo de decisão, provocando descontinuidade ao fluxo informacional (BITTAR et al., 2009; BERNARDES et al., 2013).

Por essa razão, recentemente, visando reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica, o Departamento de Informação da Atenção Básica lançou o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que é efetivado, através da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), a fim de elevar a qualidade da gestão da informação, equipando com sistema eletrônico a Atenção Primária à Saúde, entendendo que é importante essa qualificação para ampliar o nível de atendimento prestado à população (BRASIL, 2014a; UNA-SUS/UFMA, 2016a).

A estratégia e-SUS AB possui duas modalidades para implantação nas Unidades de Saúde da Família, o modo de Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), proporcionando flexibilidade para as diferentes estruturas dos municípios adotarem o novo sistema, ambos visam auxiliar os processos de trabalho trazendo maior agilidade ao atendimento,

informatização de consultas, melhoria no investimento dos recursos financeiros, avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes (BRASIL, 2014a; UNA-SUS/UFMA, 2016a).

As diretrizes orientadoras dessa reestruturação estão de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, e para que se efetive de forma completa a reestruturação do sistema são necessários esforços de todos os gestores, profissionais de saúde e trabalhadores do SUS, levando assim, ao aprimoramento contínuo do SISAB e estratégia e-SUS AB (OLIVEIRA et al., 2016).

Diante desse contexto, surgiu o interesse em pesquisar mais sobre a temática, visto que o e-SUS AB é um sistema recente em uso, com publicações incipientes, que abordem as experiências dos gestores e profissionais durante a transição dos sistemas de informação da atenção básica. Como também, durante a vivência no Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática e Saúde (GEPAIE), no qual participo, discussões e pesquisas foram sendo desenvolvidas na área de sistemas de informação e tecnologias em saúde, assim fui me aprofundando na temática e nasceu a proposta inicial desse estudo.

Dessa forma, a realização do presente estudo foi muito importante para poder compreender o olhar dos gestores acerca da informação que vem sendo produzida pelo e-SUS AB, e de que forma essa informação tem norteado suas ações. Assim, partindo desse pressuposto, procura-se oferecer suporte para a tomada de decisão com base em evidências. Uma vez que, um planejamento responsável e a execução de ações da gestão devem ser realizados, a partir da análise da situação de saúde da população, auxiliando na rapidez e efetividade da assistência direta, com redução dos custos, visto que a qualidade está relacionada diretamente com o corte de gastos desnecessários, condicionando as transformações concretas da realidade.

Ressalta-se ainda, a relevância da criação de espaços dinâmicos para a troca de conhecimentos acerca da qualidade da informação em saúde, onde os profissionais e gestores possam fazer parte ativamente do processo e discutam sobre essa temática, alcançando suporte para favorecer e fortalecer sua prática diária, além de buscar melhores condições de trabalho e autonomia profissional, que possibilite a implementação de ações à saúde de qualidade em meio as necessidades da população assistida.

Assim, o presente estudo buscou respostas aos seguintes questionamentos: Como os gestores da rede de atenção à saúde compreendem a qualidade da informação produzida pelo e-SUS? E, como essa informação influencia o processo decisório dos gestores?

Para tanto, optei pela utilização do referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, que permite a análise profunda de dados, a começar da vivência e

experiência dos sujeitos envolvidos no contexto investigado, como consequência disso possibilitou o surgimento de uma teoria central que explique os fenômenos identificados no detalhamento e discussão do material empírico. Como o e-SUS AB é um sistema de informação em saúde novo, torna-se fundamental a realização de pesquisas, para o desvelamento de novos conhecimentos acerca da manipulação do sistema, bem como os pontos positivos e negativos e o impacto no processo de trabalho de profissionais e gestores em saúde.

Frente ao exposto, essa investigação objetivou: compreender como o gestor percebe a qualidade da informação produzida pelo e-SUS Atenção Básica; descrever a influência das informações produzidas no e-SUS Atenção Básica na prática dos gestores de saúde; e, identificar as dificuldades que os gestores de saúde enfrentam na utilização do e-SUS Atenção Básica.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Qualidade da informação

A informação em saúde é considerada “ferramenta analisadora de produção de ações de saúde, nas decisões, na (re)construção do modelo assistencial possibilitando aos sujeitos alcançarem a autonomia no desenvolvimento de seu trabalho em saúde” (PINTO, 2000, p. 3). Sendo assim, considerado como uma das áreas de conhecimento da Saúde Coletiva, relacionando determinações sociais e processo saúde-doença. Oferece ainda o alicerce as atividades e ações baseadas na realidade e tendo como aliado o sistema de informação (BARBOSA; FORSTER, 2010).

Também a informação é a base 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 (PAIM; NEHMY, 1998; REEVES; BEDNAR, 1994; ROSÉN; ELSERVS, 1999; KAHN; STRONG; WANG, 2002; LIMA et al., 2009).

Todavia, no âmbito da ciência da informação, Nehmy (1996, p. 5-6), afirma que epistemologicamente a noção de qualidade da informação, tal como definida, é uma noção vaga, imprecisa, assumindo a característica de um conceito obstáculo, concluindo definitivamente que a ‘qualidade da informação’ ou noções correlatas analisadas, deva ser recusada, enquanto conceito científico.

Em outro estudo Paim, Nehmy e Guimarães (1996, p.112), demonstram que não há consenso na literatura sobre definições teóricas e operacionais da qualidade da informação. Há uma alusão recorrente entre autores interessados no tema de que as definições de qualidade da informação são ambíguas, vagas ou subjetivas. Algumas das dimensões pesquisadas e que conferem multidimensionalidade à qualidade da informação são: abrangência, acessibilidade, atualidade, confiabilidade, objetividade, precisão e validade (OLETO, 2006).

Contudo, no campo da saúde, o dado propicia a informação que gera conhecimento, sendo imprescindível na prática profissional de diversos atores. Além disso, existem investimentos sendo realizados mundialmente na obtenção de dados sobre a saúde da população e problemas sanitários. Assim, a qualidade da informação perpassa por diversas iniciativas como: padronização de terminologias, acessibilidade facilitada, troca de experiências, elaboração e disseminação de

indicadores, capacitação regular dos profissionais atuantes no processo de análise de dados (OLETO, 2006; LIMA et al., 2009).

Contudo, a publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde destaca que as informações devem ter qualidade e mostrar de forma fidedigna a situação de saúde local. Os gestores de saúde têm reconhecido a informação como uma das ferramentas mais relevantes na realização das ações de vigilância em saúde, perpassando pela tríade “informação-decisão-ação”, e ressaltando ainda, algumas características que determinam a qualidade da informação como: oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura (CONASS, 2007; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

Vale destacar ainda, o papel desempenhado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que foi criado em 1995, com o objetivo principal de cooperar para o contínuo aperfeiçoamento das informações para a saúde no Brasil, elaborando matrizes de indicadores e ficha de qualificação de cada um deles, a fim de que “a disponibilidade da informação apoiada em dados válidos e confiáveis seja condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde” (RIPSA, 2008; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

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.

Apesar das informações obtidas, a partir dos dados produzidos pelos diversos sistemas representarem uma maneira de subsidiar melhores decisões para políticas, planejamento, administração, monitoramento e avaliação de programas de saúde, dando suporte para a análise e avaliação epidemiológicas, ainda há a persistência de relevantes problemas na produção de dados no país (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

2.2 Instrumentos de avaliação da qualidade da informação

Avaliar um sistema é mensurar e monitorar o grau em que o sistema de saúde atinge seus objetivos, é assim que a literatura especializada define avaliação de desempenho de sistemas de saúde (HURST; HUGHES, 2001; SMITH et al., 2009). Neste contexto, a utilização de padrões internacionais para a apreciação da qualidade dos estudos avaliativos, ou meta-avaliação, é um

processo que busca aprimorar seu desenvolvimento ou conferir credibilidade aos resultados finais de avaliações (HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008).

A utilização de modelos para avaliação da qualidade das informações possibilita uma maior comparabilidade dos resultados, através da padronização de conceitos dos termos utilizados na avaliação, das dimensões analisadas e das técnicas e ferramentas utilizadas para obtenção dos resultados (LIMA, 2010a).

São abordados no estudo de Lima (2010a) três modelos generalistas elaborados para monitorar a qualidade das informações do sistema de informações em saúde: a) *The HMN Assessment and Monitoring Tool*; b) *Performance of Routine Information System Management* e; c) *Data Quality Framework*. Os dois primeiros modelos são apoiados por Redes constituídas para fortalecer a qualidade das informações em distintos países e o último foi elaborado pelo *Canadian Institute for Health Information* para gestão de qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde naquele país. O estudo referido identifica o modelo canadense considerado o mais apropriado para ser utilizado como base para a elaboração da metodologia brasileira e sugere a realização de uma análise da adequação ao contexto do país de seu instrumento de avaliação.

Tal instrumento canadense de avaliação da qualidade das informações foi alvo do estudo de Lima (2010a), que buscou validar e adequá-lo ao contexto brasileiro. No trabalho é realizada a descrição da avaliação realizada por especialistas e gestores dos sistemas de informação das questões abordadas pelo instrumento de avaliação da metodologia *Data Quality Framework*. O estudo considera os assuntos analisados pela metodologia pertinentes ao contexto do Brasil; entretanto, identifica a necessidade de incorporar algumas questões relativas a fatores determinantes de qualidade, importantes para a gestão da qualidade das informações no país, que não fazem parte do documento original.

2.3 Gestão e qualidade da informação

A gestão de serviços de saúde possui a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações levando ao alcance máximo da eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (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 dos serviço, a partir de objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A gestão da informação necessita do estabelecimento de processos ou fluxos sistematizados e estruturados, ligados aos indivíduos envolvidos na condução para o alcance dos resultados esperados. Os fluxos informacionais possibilitam o estabelecimento das etapas de obtenção, tratamento, armazenamento, distribuição, disseminação e uso da informação no contexto organizacional. Assim, as organizações que administram com eficiência a informação terão recursos fundamentais para a maximização da qualidade do processo decisório (VITAL; VITAL; GREGÓRIO, 2010).

No âmbito da saúde, lidar com problemas de alta complexidade são funções atribuídas a gestão, requerendo a adoção de medidas relevantes socialmente, logo a informação deve permear esse processo levando a redução de incertezas e oferecendo subsídios para um planejamento mais fiel as necessidades de saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016b).

Os gestores da saúde enfrentam diversos desafios em meio ao cumprimento de compromissos diários e situações complexas da área, dentre eles está à tomada de decisão a partir do conhecimento fornecido pelo uso das informações primordiais, configurando-se como fundamental a criação de inteligências coletivas no amplo campo da gestão da informação, para que haja o envolvimento das diversas categorias profissionais nesses espaços dinâmicos e potenciais, na busca de novas formas de gerir na saúde, a partir de práticas interdisciplinares envolvendo sujeitos ativos na construção de estratégias inovadoras e superação de desafios impostos (SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011; LORENZETTI et al., 2014; PINHEIRO et al., 2016).

Configura-se de grande relevância a instituição de uma política de gerenciamento dos dados referentes aos sistemas de informação em saúde, em virtude da importância de obterem-se informações de qualidade para a avaliação e planejamento das ações em saúde, evitando comprometimento do processo decisório e investimentos realizados para produzi-las. Para tanto, a instituição de um modelo de gestão da qualidade das informações em saúde compatível com a realidade do Brasil deve levar em consideração o trabalho desenvolvido por órgãos internacionais com especialidade na área e incorporação de boas práticas (LIMA et al., 2009; LIMA, 2010b).

Desse modo, as funcionalidades e possibilidades de apoio ofertadas pelos Sistemas de Informação em Saúde devem ser vislumbradas amplamente pela gestão, profissionais e usuários de saúde, do que apenas a garantia de repasses financeiros, uma vez que, uma gestão de qualidade necessita de estratégias eficazes para avaliar a complexidade e diversidade dos territórios e cenários, o que requer a utilização efetiva de uma ferramenta que possibilite um retrato panorâmico do setor de saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016b).

De outro lado, estudos destacam as falhas existentes nos principais sistemas de informação em saúde no Brasil, como: a incapacidade em oferecer informações necessárias aos gestores, ausência de retroalimentação das informações entre níveis local, regional e nacional, dados incompletos e não adequados às ações prioritárias, ressaltando-se ainda, à necessidade de serem adotados conceitos e definições internacionais, adequação na elaboração dos itens nos formulários de coleta e uso de *linkage* entre diferentes bancos de dados. Apesar das melhorias significativas que vem ocorrendo nos sistemas, ainda é necessário mudanças que levem ao cumprimento adequado da informação no processo de gestão e na dinâmica da vigilância epidemiológica (WHO, 2000; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

Sabe-se que a tomada de decisão é uma responsabilidade da gestão, dessa forma, recomenda-se que o modelo de informação e decisão em saúde seja repensado para que haja uma valorização das diversas dimensões do ser humano, discutindo melhores formas de utilização da informação pelos gestores, na construção de decisões estratégicas e mobilização de recursos necessários na abordagem de forma ampla dos problemas encontrados, além do uso do conhecimento pessoal, político e sociocultural adquirido (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Pinheiro et al. (2016), destacaram em seu estudo que a utilização do SIS ainda não atinge o potencial como um todo ofertado por essa ferramenta, sendo usado de forma incipiente pela gestão de saúde no processo decisório, enfatizando que não há uma fórmula para efetivação do uso do SIS na tomada de decisão, no entanto, sugere que se promova uma cultura informacional nas secretarias municipais e ambientes organizacionais, 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 com o aperfeiçoamento do SUS.

2.4 Qualidade da informação baseada nas necessidades do usuário

Conhecer o estado ou nível de saúde de indivíduos é fundamental para avaliar as necessidades que devem ser priorizadas na avaliação e estabelecimento de programas que busquem alcançar os objetivos propostos. Além das informações acerca da frequência e incapacidades de cada população, o profissional de saúde pública necessita conhecer os fatores de risco, morbidade, mortalidade, causas e efeitos de determinado evento de saúde, como também os dados sócio-demográficos inerentes a determinado grupo de pessoas. Assim, a precisão do sistema de

informação determinará a qualidade das informações e indicadores (SWAROOP, 1964; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

O estabelecimento de políticas e prioridades para atender as necessidades de cada população deve ser permeado por insumos fornecidos pelos sistemas de informação, sendo os indicadores de saúde fornecidos regularmente, instrumentos de grande valor para a gestão na avaliação da situação de saúde em todos os níveis (RIPSA, 2008; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

A disponibilidade de informações não oferece garantia para a assertividade das ações, no entanto, permitem o mapeamento adequado do cenário, definindo assim, as metas a serem alcançadas, reduzindo incertezas no processo de decisão baseado em evidências. Logo, é fundamental obter o conhecimento do território e das necessidades dos usuários dos serviços, as características socioculturais e as inter-relações com o meio ambiente (UNA-SUS/UFMA, 2016b).

Assim, torna-se fundamental o uso de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde para que se tenha conhecimento das particularidades dos indivíduos e população em sua interação com o ambiente, facilitando as estratégias de intervenção em problemas para a transformação de uma realidade, com o aumento da capacidade da gestão no enfrentamento das complexidades impostas ao longo do processo de trabalho, como também o conhecimento das necessidades de uso e usuários da informação para o mapeamento das fontes de informação adequadas ao contexto trabalhado (VITAL; VITAL; GREGÓRIO, 2010; UNA-SUS/UFMA, 2016b).

Moraes; Gomez (2007) destacam a informação como um bem valioso, em meio a complexidade dos processos saúde-doença-cuidado envolvendo as comunidades, e também problemas contemporâneos a serem vencidos, as autoras ressaltam que no país, os discursos em relação a informação e suas tecnologias muitas vezes são desconexos da realidade e restritos à alguns, levando a saúde a ficar a mercê dos interesses comerciais da indústria da tecnologia (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

Portanto, o uso dos Sistemas de Informação em Saúde deve servir também no apoio a organização administrativa e clínica dos serviços de saúde, a fim de que permeie o processo de coleta de dados, armazenamento e processamento das informações, auxiliando nos meios diagnósticos e de cuidados, de acordo com as características do indivíduo (MARIN, 2010; GUTIERREZ, 2011).

2.5 Qualidade da informação aplicada à saúde e os Sistemas de Informação em Saúde

Ao longo dos anos, a preocupação com a saúde evoluiu do nível individual para o populacional, levando o campo do conhecimento a abarcar diversos tipos de eventos e sua distribuição. Em meio a isso, surgiram diversos sistemas de informação com o objetivo de coletar, elaborar e publicar dados relacionados à saúde, constituindo-se assim, como principal fonte de informação sobre nascimentos, patologias, óbitos, internações, consultas entre outros (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

O uso da informação em saúde é fundamental para planejamento das ações e tem como aliado o SIS (BARBOSA; FORSTER, 2010). Dentre as várias definições encontradas na literatura para SIS, destaca-se a seguinte: “um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados que atuam integradas e articuladamente com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido” (BRASIL, 2005a, p. 67).

Em suma, um sistema de informação é a base para o processo decisório da gestão nas três instâncias (municipal, estadual e federal), oferecendo dados, que mais tarde serão transformados em informação e conhecimento, tornando possível a articulação de saberes baseado em evidências, ao invés de dados subjetivos ou suposições. Possibilitando dessa forma, maior interligação das redes de assistência e, conseqüentemente, o aumento da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2005a; SANTOS; ARAÚJO; HOLMES, 2015).

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os sistemas de informação em saúde obtiveram rápido crescimento, porém há muito que ser feito no sentido da integração entre os sistemas de informação brasileiros e o uso da informática no campo de atuação profissional, da gestão e do controle social, visando, dessa forma, a melhorar a qualidade dos processos de trabalho desenvolvidos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009a).

A informação de qualidade oferece subsídios para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS, e permite a construção de indicadores de saúde essenciais para monitoramento e avaliação de programas de saúde, como também análises epidemiológicas (BRASIL, 2004; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010). Vale ressaltar, o desenvolvimento de indicadores de saúde na quantificação e avaliação das informações produzidas, todavia, a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados na sua construção, como também da precisão do processo realizado para o registro, coleta e transmissão de dados utilizados, através do sistema de informação (RIPSA, 2008).

Assim, nota-se uma rápida evolução dos sistemas de informação em saúde e as mudanças nas tecnologias de armazenamento, tratamento e disseminação das informações para públicos diferentes. Havendo também, diferenças entre as experiências de diversos países em relação aos seus processos históricos, particularidades de suas instituições e necessidades de saúde de suas populações (BRASIL, 2009a).

Lima (2010b) 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. Com destaque para ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, observa-se o crescente interesse de estudiosos na área e a necessidade de uma política que oriente as avaliações das informações produzidas em âmbito nacional.

Todavia, a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático, cuja temporalidade é definida em função do que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005b).

Todavia, a Portaria nº 589/2015 que instituiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), objetivando a melhoria da administração no uso da informação e tecnologias no campo da saúde, dentre as diretrizes relacionadas à gestão, ressalta-se a importância da organização do processo de trabalho em saúde, através do uso das informações (BRASIL, 2015a).

A importância dos sistemas de informação como ferramentas de apoio e qualificação da gestão da informação é fundamental para o aumento da qualidade do cuidado em saúde. No âmbito da APS, é importante que os profissionais conheçam a realidade da população assistida para programar as ações em saúde. Em estudo de Almeida e Melo (2010), foi realizada uma revisão de literatura a respeito dos estudos avaliativos na Atenção Básica a Saúde e os resultados revelaram que os dados produzidos nas unidades básicas não são utilizados para a avaliação e o planejamento das ações de saúde, e que prevalece apenas o enfoque normativo da avaliação, com distanciamento do enfoque qualitativo-participativo.

Neste sentido, a qualidade da informação na Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema especialmente relevante, a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas. Para o monitoramento da qualidade, utilizam-se informações previamente existentes nos

sistemas de informação, que tenham alimentação sistemática e regular. Os indicadores devem ser escolhidos, segundo critérios de relevância para os objetivos do serviço ou para a organização (CAMPOS, 2005).

No entanto, apesar da literatura relatar que a qualidade das informações é objeto de interesse mundial, alvo de investimentos em metodologias avaliativas para gestão da qualidade dos dados e das informações, vê-se que, atualmente, o Brasil não adota uma abordagem formal para a avaliação da qualidade dos dados e informações em saúde, havendo apenas iniciativas isoladas e não regulares. Portanto, a adoção de uma metodologia para gestão da qualidade das informações em saúde poderá trazer diversos benefícios, como estabelecer a regularidade das avaliações, ampliar a abrangência das regiões e dos sistemas analisados, adotar a padronização dos conceitos e das dimensões de qualidade avaliadas, possibilitar a prevenção e a identificação oportuna de problemas e garantir maior transparência no processo utilizado para assegurar a qualidade dos dados e informações (LIMA, 2010a).

O autor revela ainda, que há um pequeno número de estudos realizados sobre alguns sistemas e sua distribuição desigual entre as regiões impossibilitam que se conheça de forma ampla a qualidade das informações dos sistemas de informação em saúde do país. Afere que esses achados mostram a necessidade de que se institua no Brasil uma política de avaliação formal e regular da qualidade das informações em saúde.

Faz-se necessário um fortalecimento de uma cultura informacional promovida pela gestão, nos ambientes de secretarias municipais e ambientes de trabalho organizacionais, consolidando a informação como subsídio no processo decisório, conduzindo assim, a utilização dos SIS como forma de envolver a gestão no aperfeiçoamento do SUS (PINHEIRO et al., 2016).

2.6 As Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos de ampla coletividade entre as ações e serviços de saúde, com o foco voltado para uma atenção integral de cuidado à população, interligadas entre si por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão; e, tem suas diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 4.279/2010. Além disso, buscam criar relações baseadas em padrões de estabilidade e equilíbrio de acesso aos serviços (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Os elementos constitutivos das RAS são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é o alvo das redes, o foco de realização das ações. A estrutura operacional é formada pelas ligações dentro da rede compostas por: centro de comunicação; atenção

primária, secundária e terciária à saúde; os sistemas de apoio, logístico e de governança da RAS. E os modelos de atenção à saúde direcionam as intervenções dentro das RAS (MENDES, 2010).

A gestão do sistema de saúde ganha ferramentas de fortalecimento e melhoria, através da implementação das RAS, alavancando a produção de saúde e efetivação dos princípios do SUS, levando assim, o cuidado prestado à população ser coordenado pela Atenção Primária à Saúde de forma eficiente (MENDES, 2009; BRASIL, 2010).

Em meio a esse contexto, a Atenção Básica busca ofertar um cuidado integral, levando em conta a singularidade de cada indivíduo, bem como sua inserção sócio-cultural. Sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social; tendo papel central nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito ao Programa Saúde da Família (PSF), teve início em 1994, tendo sido criado pelo Ministério da Saúde, como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação do processo de trabalho pautado na prevenção e promoção da saúde como guia das práticas assistenciais. O novo modelo de atenção é considerado como porta de entrada do SUS no Brasil, reforçando os princípios do sistema e visando mudar o modelo assistencial vigente (BRASIL, 2005c; ROCHA et al., 2008).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização e a ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. Algumas de suas principais características são: a adscrição de famílias circunscrita ao território de abrangência da equipe, permitindo o estabelecimento de vínculos com essas famílias e considerando-a como unidade de ação; a composição da equipe multiprofissional; a realização de atividades com foco na prevenção de agravos relacionando aos fatores socioambientais e familiares; e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010; BRASIL, 2011a).

Porém, a Portaria nº 2.488/2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada em 2006. Essa política considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes, e caracteriza a APS por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com

o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Nesta política estão definidas as atribuições de cada profissional das equipes de Saúde da Família, destacando-se a importância de manter o cadastro das famílias adscritas atualizado no sistema de informação monitorado pela gestão municipal, de forma que, os dados gerados possam nortear o planejamento das ações, com base na análise situacional da saúde local, realizada a partir das informações geradas pelo sistema de informação (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar, que o termo Atenção Primária à Saúde é utilizado internacionalmente como uma estratégia de organização sistematizada das ações preventivas e curativas voltadas à saúde, de modo contínuo e regionalizado. Nacionalmente, é incorporado a APS os princípios da Reforma Sanitária, levando a adoção do termo Atenção Básica à Saúde no SUS, enfatizando a reorientação do modelo assistencial de atenção universal e integral a saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

2.7 A transição dos Sistemas de Informação da Atenção Básica

Com vistas a atender a grande demanda de dados produzidos no âmbito da 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 adscritas a ESF. Através do uso de fichas de cadastramento, os profissionais coletam os dados e emitem relatórios através da consolidação dos mesmos, dessa forma, possibilitou-se instrumentalizar os gestores e profissionais, para que utilizassem as informações como norte em seu planejamento e ações em saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009b).

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).

Através do gerenciamento das informações produzidas, os gestores possuem meios de mensurar a produtividade das equipes e construir indicadores, que forneçam um panorama da realidade sociodemográfica e necessidades de saúde da população assistida. Ressaltando-se ainda, a

agilidade do sistema na agregação de dados e suporte para o processo de decisão em saúde da gestão local (THAINES et al., 2009; RADIGONDA et al, 2010; BITTAR et al, 2009). E, ainda há a possibilidade de consulta livre *on-line* as informações alimentadas no sistema por qualquer indivíduo, visando, dessa forma, estimular a participação social no âmbito do SUS (SANTOS; ARAÚJO; HOLMES, 2015).

No entanto, há estudos que mostram as fragilidades do SIAB relacionadas ao preenchimento das fichas por conta da ausência de espaços que proporcionem a coleta de informações importantes no processo de prevenção e promoção à saúde, falta de capacitação dos profissionais para manipular o sistema, duplicidade de dados, falhas na atualização do sistema e até mesmo, a não utilização das informações compiladas do sistema no processo de planejamentos das ações, levando os profissionais a usarem o sistema como função burocrática obrigatória e não como um instrumento facilitador em seu processo de trabalho (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; MARCOLINO; SCOCHI, 2010; CAVALCANTE et al., 2013a).

Nesse sentido, ressalta-se um estudo que realizou a análise de utilização do SIAB como instrumento de poder e constatou que inexistia um processo de gestão da informação que organize o fluxo informacional dentro do sistema, para que os dados obtidos e analisados possam ser utilizados de fato como instrumento transformador da realidade. Ao invés disso, o que ocorre é uma prática voltada à burocracia, cumprimento de metas e uma qualificação das ações em saúde bastante incipiente (CAVALCANTE; PINHEIRO; GUIMARÃES, 2013b).

Visando um direcionamento eficaz das práticas gerencias, diante das novas diretrizes apontadas pela PNAB, recentemente foi criado o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica no âmbito nacional que abrange o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria nº 1.412, de 10 de junho de 2013, o qual, por sua vez, substitui o SIAB (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014a).

Em busca de um SUS eletrônico, pautado por um processo de informação qualificada, o e-SUS AB foi desenvolvido para adequar o sistema de informação às necessidades da Atenção Básica e melhorar o acompanhamento da gestão. Podendo ser utilizado por profissionais das equipes de Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, do Consultório na Rua e da Atenção Domiciliar, permitindo ainda o registro de informações do Programa Saúde na Escola e Academia de Saúde. Integralizando dessa forma, os registros dos sistemas de informação oficiais na Atenção

Básica e permitindo o acompanhamento individual de cada usuário que recebeu atendimento, bem como das ações realizadas por cada membro da equipe profissional (BRASIL, 2014a).

Para implementação do e-SUS AB, com base na realidade local encontrada, foram desenvolvidos dois *softwares*: o e-SUS AB Coleta de Dados Simplificada (CDS), no qual o registro integrado é realizado por meio de fichas de cadastro de atendimento individual e coletivo, bem como dos usuários e dos domicílios, compondo as informações do SISAB; e o e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que além do registro integrado dos indivíduos e atividades coletivas realizadas no território, tornaria possível o acolhimento à demanda espontânea e a organização da agenda dos profissionais da AB. Sendo possível utilizar cada versão de forma separada, conforme o nível de informatização da unidade, bem como as duas versões nas diversas etapas do processo de trabalho (CONASS, 2013).

O Departamento de Atenção Básica oferece uma ferramenta no Sistema de Controle de Instalação do e-SUS AB, que dão subsídios aos gestores para avaliarem a situação do território e decidirem a partir do diagnóstico da situação, qual a melhor opção de *software* a ser implantado no cenário em questão, se o sistema com CDS e/ou sistema com PEC (BRASIL, 2014b).

Contudo, em unidades de saúde não informatizadas, a adoção do e-SUS AB CDS possibilita o registro das informações, através do uso de 11 fichas que compõem o sistema em sua versão atual (versão 2.1): cadastro individual, cadastro domiciliar e territorial, ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico individual, ficha de atividade coletiva, ficha de procedimentos, ficha de visita domiciliar e territorial, ficha de avaliação de elegibilidade e admissão, ficha de atendimento domiciliar, ficha de marcadores de consumo alimentar e ficha complementar (BRASIL, 2016a).

Vale ressaltar que, a gestão municipal é incumbida de definir os responsáveis pelo processo de digitação dessas fichas, adequando o fluxo ao cenário local, ressaltando-se que a coleta de dados de forma individualizada permite o aperfeiçoamento da gestão do cuidado e construção de ações de planejamento com base na realidade (BRASIL, 2015b).

Com vistas à qualificação do cuidado em saúde, além do novo sistema objetivar a individualização dos registros, pretende também reduzir a carga de trabalho na coleta de dados, uma vez que este processo ficará integrado ao atendimento e atividades desenvolvidas pelos profissionais. E as informações coletadas nos lugares que são produzidas, darão base para discussão entre os sujeitos envolvidos no uso do sistema e para a gestão da informação em seu processo de tomada de decisão (CONASS, 2013).

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).

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 A escolha da Teoria Fundamentada nos Dados

A escolha da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como metodologia de análise foi aceita como um desafio, pelo entusiasmo de conhecer esse novo método e a possibilidade de aprofundamento no campo da pesquisa qualitativa, buscando dessa forma, requintar esse projeto e encontrar um novo horizonte para a resolução do problema de pesquisa investigado, partindo da realidade social e conhecimento dos participantes que fizeram parte do estudo.

3.2 A Teoria Fundamentada nos Dados

Os sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss são os responsáveis pelo desenvolvimento original da TFD ou *Grounded Theory*, os estudos realizados pelos pesquisadores sobre o processo de morte em hospitais, nos EUA na década de 1960, ofereceu suporte para a criação de uma metodologia sistemática, partindo da análise de observações e pesquisa baseada em dados e a partir desse processo a criação de novas teorias, ao invés do uso dedutivo de outras já existentes. Essas estratégias foram articuladas no livro *The discovery of grounded theory* (GLASER; STRAUSS, 1967; CHARMAZ, 2009).

A TFD é uma abordagem de pesquisa qualitativa, que faz uso dos métodos indutivo e dedutivo na busca do desenvolvimento de uma teoria nova, com base nos dados levantados de forma sistemática e são construídas categorias conceituais para explicar o fenômeno estudado, a partir de compreensões abstratas (SANTOS; NÓBREGA, 2002; DANTAS et al., 2009).

A teoria tem influência do Interacionismo Simbólico e do Pragmatismo, o primeiro refere-se à compreensão interpretativa da realidade social, em que objetos e indivíduos interagem com o homem e como essa relação afeta seu comportamento (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010); e o segundo, relaciona o saber humano com as ações praticadas pelo homem, de forma prática, se opondo assim ao racionalismo (LOPES; PIRES; PIRES, 2014).

Algumas características peculiares da TFD são: o processo de coleta e análise dos dados que ocorre de forma simultânea; a construção de códigos e categorias analíticas com base nos dados

levantados, ao invés de hipóteses já existentes; uso constante de método comparativo em todas as etapas analíticas; a escrita de memorandos que permeiam a estruturação e comparação das categorias, bem como a identificação de possíveis lacunas; o foco da amostra voltado para elaboração da teoria; e, somente após a realização da análise dos dados obtidos, recomenda-se fazer a revisão bibliográfica, evitando influência de ideais de outros autores (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A amostragem teórica é constituída pela busca voltada aos dados ou as falas dos indivíduos, sobre o objetivo de estudo partindo da realidade encontrada. Conforme é realizada a entrevista individual com os participantes do estudo, o pesquisador pode aprofundar determinados pontos de interesse exposto ou modificar o foco dos questionamentos, com vistas a alcançar direcionamentos que elucidem o máximo de informações possíveis, adotando-se o princípio da saturação teórica, e não sendo especificada a quantidade de pessoas participantes do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

Outro ponto relevante a ser destacado é a utilização de memorandos durante o processo de coleta e análise dos dados. Essa ferramenta consiste no registro das impressões do pesquisador acerca da realidade observada, dando subsídios para construção da teoria. Podem ser do tipo: notas teóricas, em que o pesquisador registra, relaciona e interpreta conceitos criados; notas metodológicas, realizadas em forma de instruções ou críticas as estratégias próprias do estudioso; e, notas de observação, onde são descritos eventos experimentais com a menor interpretação possível (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

Também são utilizados os diagramas, que consistem em recursos visuais com o objetivo de clarear as conexões entre os elementos da teoria emergente, dessa forma, são promovidos a integração dos distintos conceitos identificados durante a análise dos dados e são apresentados visualmente as categorias e suas respectivas conexões (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ 2009).

O método para análise de processos é apresentado de forma detalhada nos textos clássicos da teoria fundamentada de Glaser e Strauss (1967) e Glaser (1978), ambos impulsionaram a pesquisa qualitativa, elevando-a para o campo de arranjos teóricos, através de compreensões abstratas e explicação de fenômenos estudados, não se limitando apenas a um estudo do tipo descritivo, mas uma valiosa ferramenta de pesquisa com subsídios na experiência vivenciada pelos atores sociais (SANTOS; NÓBREGA, 2002; CHARMAZ, 2009).

3.3 Características da Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados foi o método de análise do material empírico. Considerando-se as orientações dessa perspectiva teórica o processo de coleta e análise dos dados ocorreu de forma simultânea, a partir da coleta inicial, as gravações foram transcritas e codificadas. Para Fragoso, Recuero e Amaral (2011, p. 92), “a análise dos dados vai auxiliando a refinar o próprio processo de coleta dos mesmos. Trata-se de um processo de retroalimentação constante entre o empírico e a análise”.

Assim, objetivando reduzir os dados e constituir códigos para criação da teoria, foram utilizadas três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. O fluxo de codificação perpassa a criação de códigos preliminares, posteriormente códigos conceituais, e, subsequentes às categorias que apontaram fenômenos (DANTAS et al., 2009).

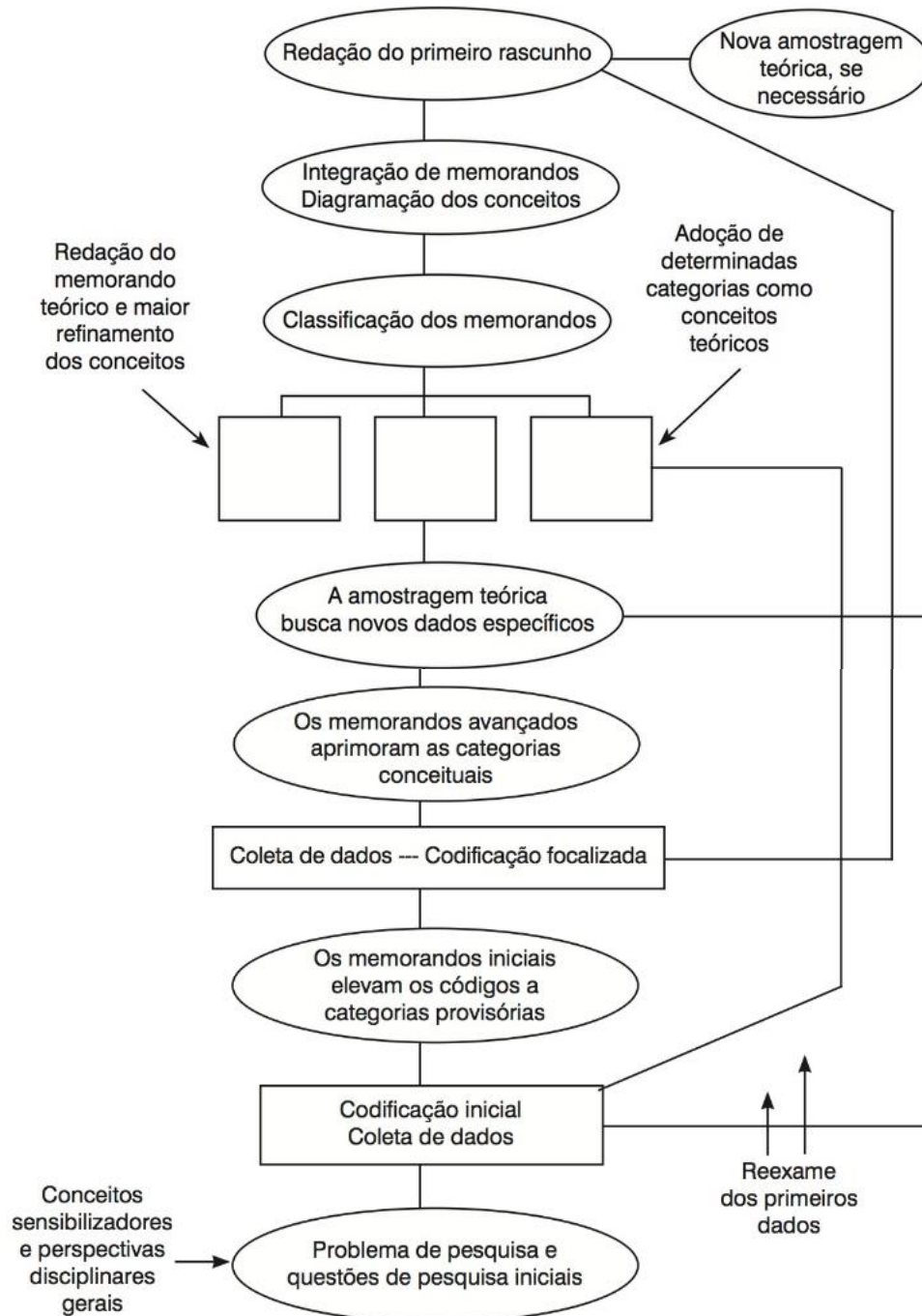
A codificação aberta é o processo de leitura do material empírico, codificação inicial e destaque de termos centrais no discurso, constituindo códigos preliminares (SANTOS; NÓBREGA, 2002; STRAUSS; CORBIN, 2008). Para Fragoso, Recuero e Amaral (2011, p. 96):

Através da codificação aberta, o pesquisador deve fazer comparações perguntas que vão guiá-lo no campo empírico como, por exemplo: O que está acontecendo? Em quais categorias esses dados se enquadram? O que os dados expressam?

Na etapa de codificação axial, os códigos criados na codificação aberta são aprimorados e diferenciados, dando origem aos códigos conceituais, a partir daí são selecionados os de maior relevância, oferecendo suporte para desenvolver a construção de categorias e subcategorias, que são relacionadas e interconectadas, conforme o modelo paradigmático de Strauss e Corbin, o qual se caracteriza pela identificação de seis elementos: o fenômeno ou ideia central, aos quais as ações e interações estão relacionadas; as condições causais, que levam ao surgimento do fenômeno; o contexto que envolve e determina as ações e as interações; as condições intervenientes, que incluem, entre outros, o tempo, a realidade econômica e social, tecnológica, o espaço em que o fenômeno ocorre; as estratégias de ação/interação sobre o propósito determinado, como movimentos, mudanças, ações e as não ações, e as consequências ou respostas de todos esses eventos, positiva ou negativa (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

E por fim, a codificação seletiva, com o uso de maior abstração, visa eleger a categoria central, que consistirá na teoria do estudo, permeando e integrando as demais categorias (DANTAS et al., 2009). A figura 1 ilustra o processo na aplicação da Teoria Fundamentada nos Dados.

Figura 1 – O processo da Teoria Fundamentada nos Dados.



Fonte: CHARMAZ, 2009, p. 26.

3.4 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa que buscou analisar como os gestores percebem a qualidade da informação produzida pelo e-SUS Atenção Básica como auxílio para o processo de trabalho da gestão e discutir as dificuldades enfrentadas na utilização do novo sistema de informação.

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

Em relação à abordagem qualitativa, busca-se tornar visíveis os processos sociais, a partir da construção de novas interpretações e categorias do objeto estudado, não sendo possível realizar quantificações, uma vez que as observações e análises partem da ótica dos autores, como as histórias sociais e suas relações, bem como a apreciação de discursos e documentos (MINAYO, 2010).

3.5 Cenário da pesquisa

O local escolhido para realizar o estudo foram os distritos sanitários do município de João Pessoa – PB. Esse município tem uma área territorial 211,475 km² e uma população estimada pelo IBGE (2016) de 801.718 habitantes.

Com o objetivo de organizar a rede de cuidado e garantir a população acesso aos serviços básicos de saúde, a cidade de João Pessoa possui uma rede de atenção básica composta por cinco Distritos Sanitários (DS) territorialmente demarcados (Figura 2). A partir de dados referidos pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, atualmente existem no DS I, 48 unidades ESF; no DS II, 41 unidades ESF; no DS III, 50 unidades ESF; no DS IV, 29 unidades ESF e no DS V, 26 unidades ESF.

Figura 2 - Unidades de Saúde da Família distribuídas em cinco Distritos Sanitários, João Pessoa – PB.



Fonte: João Pessoa, 2010.

A figura 3 mostra o histórico de cobertura da Saúde da Família no município de João Pessoa, na competência de janeiro a dezembro de 2016 com uma cobertura crescente da ESF correspondendo a 90,14% da população residente, com um total de 194 equipes de ESF implantadas até o momento, distribuídas em 125 unidades de saúde da família e divididas em cinco Distritos Sanitários, como citado anteriormente (JOÃO PESSOA, 2014).

Figura 3 - Cadastramento e implantação das equipes de Estratégias Saúde da Família, João Pessoa - PB, 2016.

Ano	Mês	Equipe de Saúde da Família					
		Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2016	01	371	371	189	188	648.600	87,36
2016	02	371	371	187	187	645.150	86,89
2016	03	371	371	181	180	621.000	83,64
2016	04	371	371	175	175	603.750	81,32
2016	05	371	371	179	178	614.100	82,71
2016	06	371	371	181	179	617.550	83,17
2016	07	371	371	188	188	648.600	87,36
2016	08	371	371	191	191	658.950	88,75
2016	09	371	371	192	192	662.400	89,21
2016	10	371	371	194	194	669.300	90,14
2016	11	371	371	193	193	665.850	89,68
2016	12	371	371	194	194	669.300	90,14

Fonte: Brasil, 2016b.

3.6 Participantes da pesquisa

A população do estudo foi constituída pelos gestores de saúde dos distritos sanitários de João Pessoa – PB. Em relação à amostra, a TFD utiliza o critério de saturação teórica, não delimitando o número de participantes, pois a delimitação ocorre de acordo com o alcance satisfatório de consistência dos dados e repetição do teor de informações durante as entrevistas (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

Geralmente, cada Distrito Sanitário possui um gestor da informação, um diretor técnico, um diretor administrativo e um diretor geral. Desse modo, iniciou-se o processo de coleta e análise dos dados de forma concomitante, assim, foram surgindo grupos amostrais em cada Distrito, que durante os procedimentos de codificação, comparação e aprofundamento na interpretação do material empírico, levou a saturação da amostragem após a realização da 16ª entrevista. Vale ressaltar a ocorrência de duas rejeições para participar da pesquisa e também, a troca de gestão em um dos Distritos Sanitários provocando a saída de dois gestores de seus cargos e impossibilitando o acesso a esses indivíduos.

O quadro 1 apresenta o número de participantes e seus respectivos locais de trabalho, vale ressaltar que apenas um representante atuante na Secretaria Municipal de Saúde foi entrevistado, por estar diretamente ligado ao e-SUS AB.

Quadro 1 – Participantes do estudo e local de atuação, João Pessoa – PB, 2016.

DISTRITO SANITÁRIO	PARTICIPANTES
Distrito Sanitário I	Diretor Geral (1) Diretor Técnico (1) Diretor Administrativo (1) Gestor de Sistemas de Informação (1)
Distrito Sanitário II	Gestor de Sistema de Informação (1) Diretor Técnico (1)
Distrito Sanitário III	Diretor Geral (1) Gestor de Sistemas de Informação (1)
Distrito Sanitário IV	Diretor Geral (1) Diretor Técnico (1) Diretor Administrativo (1) Gestor de Sistemas de Informação (1)
Distrito Sanitário V	Diretor Geral (1) Diretor Técnico (1) Gestor de Sistemas de Informação (1)
Secretaria Municipal de Saúde	Gestor de Sistemas de Informação (1)

3.7 Estratégias para a obtenção de dados

O período da coleta de dados ocorreu de março a julho de 2016, através da técnica de entrevista semiestruturada. A entrevista é um procedimento para a coleta de dados que possibilita obter informações do entrevistado acerca de uma problemática. É uma técnica bastante utilizada em estudos exploratórios e por permitir o aprofundamento em determinada temática é primordial o uso em pesquisas qualitativas (LAKATOS; MARCONI, 2010; GIL, 2008).

A entrevista semiestruturada é definida como:

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2009, p. 146).

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram construídos pela pesquisadora, consistindo em um formulário (APÊNDICE A), objetivando conhecer os dados profissionais e sócio-demográficos dos participantes e o roteiro da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), com questões acerca da percepção dos gestores sobre a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e o uso dessas informações em seu processo de trabalho.

Sobre o roteiro semiestruturado utilizado, vale ressaltar que, além das perguntas pré-elaboradas, a medida que foram sendo realizadas as entrevistas, novas questões foram sendo elaboradas, com o objetivo de aprofundar e buscar mais dados nas falas dos gestores a respeito do fluxo de chegada das fichas, digitação, organização dos recursos humanos, repasse para a Secretaria Municipal de Saúde, perspectiva de implantação do PEC e repasse das dificuldades enfrentadas.

As entrevistas foram agendadas com os participantes da pesquisa, individualmente, compactuando o local, data e hora para realização da mesma. E com prévio consentimento do participante, foi utilizado um gravador de áudio visando auxiliar o processo de coleta das informações, preservando o anonimato dos entrevistados. As entrevistas foram identificadas com a utilização de códigos numéricos, exemplo: G1, G2, G3 e, sucessivamente.

O material empírico foi digitalizado, transcrito, codificado e analisado, a medida que iam sendo coletadas as entrevistas, com o auxílio dos *softwares* de áudio e processador de textos. Destaca-se ainda que, o tempo prolongado da coleta de dados é em virtude do método de análise ser simultâneo as entrevistas.

3.8 Considerações éticas da pesquisa

Seguindo os procedimentos formais e éticos para realização da pesquisa, o projeto foi apresentado no Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde (GEPAIE), com sede no Departamento de Enfermagem Clínica (DENC), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Em seguida, foi encaminhado para análise do Colegiado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Posteriormente, o projeto foi encaminhado a Secretária Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa-PB, para solicitação do Termo de Anuência, a fim de obter permissão para execução da pesquisa. Prontamente foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, objetivando a análise ética e autorização para realização do estudo, que foi aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 51441215.3.0000.5188. A certidão do Comitê de Ética foi apresentada a Secretária Municipal de Saúde, com o propósito de obter a carta de encaminhamento aos distritos sanitários do município e, finalmente, dar início a coleta de dados.

Cabe destacar que, durante todo o processo da pesquisa, especialmente, na fase da coleta de informações empíricas, foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução N° 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especificamente quanto

ao sigilo e a confidencialidade das informações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), em duplicidade, ficando um cópia com o participante e outra com o pesquisador. O TCLE apresenta informações sobre os benefícios, direitos e possíveis riscos aos envolvidos na pesquisa (BRASIL, 2012b).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

O estudo foi realizado com dezesseis gestores municipais de saúde, que atuam junto aos Distritos Sanitários e apenas um gestor atuava na Secretaria de Saúde do município de João Pessoa – PB. Dentre esses, 14 eram mulheres e só 2 homens. As idades variaram entre 26 a 51 anos e o tempo de formação profissional entre 4 a 29 anos.

No que tange a formação profissional, houve uma diversidade acadêmica: oito são enfermeiros, três fisioterapeutas, dois educadores físicos, um psicólogo, um nutricionista e um administrador. Quanto a realização de pós-graduação, apenas um deles não tem nenhuma especialidade, catorze possuem especialização, quatro possuem mestrado e um está cursando doutorado.

Quanto ao tempo de atuação na área da gestão também houve variação entre 1 a 20 anos e oito deles afirmaram ter experiências anteriores no campo gerencial ou com sistema de informação em saúde, relacionados ao SIAB e a ESF. Em relação ao atual emprego, um deles relatou ter vínculo empregatício efetivo e os demais têm vínculo como prestador de serviço, ou seja, não são funcionários públicos efetivos, mas ambos negaram ter outro vínculo empregatício no momento. Os cargos desempenhados pelos gestores dentro dos Distritos Sanitários e as atribuições gerenciais em comum estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 - Cargos e funções gerenciais gerais desempenhadas, João Pessoa – PB, 2016.

CARGO / NÚMERO DE ENTREVISTADOS	FUNÇÕES GERENCIAIS GERAIS
Gestor de Sistema de Informação (6)	-Coordenação de atividades referentes aos Sistemas de Informação da Atenção Básica. -Monitoramento dos dados e organização dos recursos humanos para digitação. -Geração de relatórios para acompanhamento da situação de saúde e ações desenvolvidas. -Reuniões e capacitações com as equipes da ESF.

	-Atividades relacionadas com a Secretaria Municipal de Saúde.
Diretor Geral (4)	-Execução a nível territorial da gerência de atenção básica. -Gerenciamento das políticas de saúde pública. -Acompanhamento das atribuições da diretoria técnica e administrativa. -Acompanhamento das ações de vigilância em saúde. -Ordenação técnica, administrativa e assistencial dos serviços oferecidos a nível territorial.
Diretor Técnico (4)	-Acompanhamento das equipes do NASF e todas as áreas técnicas do distrito. -Reuniões matriciais e técnicas. -Reuniões com a gestão geral do distrito. -Articulação em rede e intersetorial. -Acompanhamento da parte administrativa. -Acompanhamento do processo de trabalho de gestor de sistema de informação, apoiadores e profissionais da ESF. -Reuniões com a comunidade quando solicitado.
Diretor Administrativo (2)	-Contratação, desligamentos, férias, licenças médicas, frequência dos recursos humanos. -Supervisão e manutenção de parte estrutural e insumos das USF e Distrito Sanitário. -Remanejamento de profissionais de saúde. -Apoio matricial.

4.2 Dados relativos à codificação dos elementos da TFD

Para o desenvolvimento da teoria seguiu-se as três etapas de codificação que compõem a TFD: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Foi necessário manter-se focado precisamente nos dados e vigorosa reflexão e introjeção para alcançar o objetivo proposto, construindo o modelo paradigmático e, conseqüente, refinamento até chegar à formulação da categoria central.

Codificação aberta – Na etapa inicial foi realizado a microanálise¹ linha por linha do material transcrito, envolvendo um processo intenso de exame e interpretação de dados, rotulou-se cada fragmento das entrevistas, atribuindo palavras ou expressões aos fatos relatados pelos gestores, gerando um total de cento e sessenta códigos preliminares. Posteriormente, cavou-se mais a fundo os dados e foram dados nomes conceituais ou abstratos para os agrupamentos de dados codificados preliminarmente, que apresentassem características similares ou diferenciadas. E através dessa

¹ “A análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais e para sugerir relações entre categorias; uma combinação de codificação aberta e axial” (STRAUSS; CORBIN, 2008).

análise foram identificados trinta e oito códigos, esses códigos constituem os blocos de construção da teoria. Segue a lista dos códigos reagrupados:

- 1- Uso da informação para planejamento, ações e avaliação.
- 2- Digitadores compreendem o processo de entrada de dados com qualidade.
- 3- Monitoramento do processo de trabalho.
- 4- Organização de recursos humanos para o processo de coleta de dados e entrada de dados.
- 5- Monitoramento e avaliação da informação.
- 6- Repasse das dificuldades às outras instâncias de saúde.
- 7- Necessidade de aprimoramento do e-sus.
- 8- Planejamento e avaliação deficitários por não geração de relatórios.
- 9- Dificuldades em realizar vigilância em saúde por causa do modo CDS.
- 10 - Avaliação situacional-manual com os profissionais para realizar monitoramento e vigilância em saúde.
- 11- Processo contínuo de registro de dados diminuindo a burocracia.
- 12- Avanços no município em relação a implantação e uso do sistema.
- 13- Elevação da qualidade da informação pela simplificação do sistema.
- 14- Dificuldades enfrentadas no processo de adaptação ao uso do sistema.
- 15- Perspectivas de melhorias com a implantação do PEC e a logística necessária para tal processo.
- 16- Avaliação do processo de trabalho e busca de soluções gerenciais
- 17- Acompanhamento e monitoramento da referência em sistema de informação.
- 18- Reconhecimento do sistema de informação como base para tomada de decisão.
- 19- Ausência de orientação sistemática para processo de implantação.
- 20- Associação da realização do trabalho com gratificação financeira.
- 21- Dificuldade para avaliar o processo de trabalho dos profissionais
- 22- Acompanhamento de recursos humanos e processo de trabalho pela gestão superior.
- 23- Monitoramento, planejamento de estratégias e avaliação do processo.
- 24- Comodismo dos trabalhadores para realização da vigilância em saúde.
- 25- Redução do retrabalho na coleta de dados
- 26- Análise e correções das dificuldades no processo de coleta e entrada de dados
- 27- Processo de exportação dos dados.
- 28- Reorganização e aprimoramento do processo de trabalho com a geração dos relatórios.
- 29 - A importância de realizar o feedback com os profissionais.

- 30- Maior resolutividade no processo de coleta de dados.
- 31- Ausência de interoperabilidade entre os sistemas antes do e-SUS.
- 32- Motivação da equipe para uso do sistema visando melhorias no processo de trabalho.
- 33- Evolução do sistema através das atualizações de versões e consequente, emissão de relatórios.
- 34- Necessidade de compatibilizar o uso do sistema pelo ACS com a portaria nacional de atenção básica.
- 35- Processo de cadastramento dos usuários e estratégias para alcance de metas
- 36- Processo de coleta, entrada e exportação dos dados
- 37- Processo contínuo de monitoramento do sistema
- 38- Processo de implantação dificultado por falta de apoio do Ministério da Saúde

Segundo Strauss e Corbin (2008), o processo de categorização possibilita que as unidades de análise trabalhadas sejam reduzidas. Dessa forma, após um longo processo de exploração, interpretação e comparação os dados foram categorizados em dezessete categorias iniciais, que passaram por reformulações nominais à medida que emergiam novos conceitos das entrevistas. São elas:

- 1- Percebendo o uso da informação de qualidade no processo de entrada de dados como um meio de planejamento, ação e avaliação.
- 2- Realizando o monitoramento da informação, análise da situação e organização dos recursos humanos durante o trabalho.
- 3- Repassando as dificuldades às instâncias de saúde em busca de novas soluções para melhor funcionamento do sistema.
- 4- Relatando a necessidade de aprimoramento do e-sus.
- 5- Relatando dificuldades com a falta de informações para o acompanhamento de programas de saúde.
- 6- Percebendo a necessidade da emissão de relatórios e melhoria no modo CDS como ferramenta para direcionar estratégias e realizar a vigilância em saúde.
- 7- Identificando pontos positivos no avanço ao uso do sistema de informação e elevação da qualidade da informação.
- 8- Vivenciando dificuldades no processo de adaptação ao uso do sistema.
- 9- Reconhecendo que o PEC pode trazer melhorias ao processo, mas é necessária uma logística para sua implementação.

- 10- Buscando soluções gerenciais através da supervisão do processo de trabalho.
- 11- Identificando pontos positivos do uso do sistema de informação para a tomada de decisão.
- 12- Reduzindo o retrabalho na coleta de dados com o e-sus.
- 13- Relatando a interoperabilidade entre os sistemas de informação.
- 14- Modificando o processo de trabalho com a evolução do e-sus e a emissão de relatórios.
- 15- Identificando incompatibilidade nas atribuições do ACS, quanto as atividades na atenção básica à saúde.
- 16- Apontando o fluxo dos dados na rede.
- 17- Reconhecendo a influência direta das informações do e-sus no processo de trabalho.

O quadro 3 exemplifica o processo de codificação aberta e categorização.

Quadro 3 - Processo de codificação aberta, João Pessoa – PB, 2016.

UNIDADE DE ANÁLISE	CODIFICAÇÃO ABERTA	CATEGORIZAÇÃO
Informação de qualidade é aquela que mostra a realidade permitindo o processo de planejamento, ações e avaliação.	Uso da informação para planejamento, ações e avaliação.	Percebendo o uso da informação de qualidade no processo de entrada de dados como um meio de planejamento, ação e avaliação.
Informação clara e fidedigna para realizar diagnóstico da situação.	Conhecimento da situação a partir da informação.	
Monitoramento e avaliação do processo de trabalho.	Monitoramento do processo de trabalho.	Realizando o monitoramento da informação, análise da situação e organização dos recursos humanos durante o trabalho.
Organização dos recursos humanos para o processo de coleta e entrada dos dados.	Organização dos recursos humanos para o processo de coleta e digitação dos dados.	
Esclarecimento de dúvidas das equipes	Análise e correções das dificuldades no processo de coleta e entrada de dados	
Supervisão do processo de trabalho da referência em sistema de informação do distrito.	Acompanhamento e monitoramento da referência em sistema de informação.	

Codificação axial - Nesta etapa realizou-se o processo de relacionar categorias às suas subcategorias, as quais foram associadas e desenvolvidas sistematicamente em nível de propriedades e dimensões. Esclarecendo algumas definições dos termos utilizados dentro da TFD, as categorias referem-se aos conceitos que representam o fenômeno, as subcategorias são conceitos referentes à categoria que apresentam especificações adicionais, as propriedades são características

atribuídas a uma categoria delineando e definindo seu significado, e por fim as dimensões diz respeito ao âmbito ao longo do qual as propriedades de uma categoria apresentam variações, trazendo especificidades e diversificação à construção da teoria.

Para tanto, se utilizou o modelo paradigmático de Strauss e Corbin, que consiste na identificação de seis elementos: o fenômeno ou ideia central, as condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação e as consequências dos eventos. O quadro 4 apresenta um exemplo de codificação axial.

Quadro 4 - Processo de codificação axial, João Pessoa – PB, 2016.

CATEGORIA	CODIFICAÇÃO AXIAL
Vendo as atualizações do e-SUS AB como meio para a correção das dificuldades.	Relatando a necessidade de aprimoramento do e-SUS AB.
Percebendo a necessidade da emissão de relatórios e melhoria no modo CDS como ferramenta para direcionar estratégias e realizar a vigilância em saúde.	
Reconhecendo que o PEC pode trazer melhorias ao processo, mas é necessária uma logística para sua implementação.	

Codificação seletiva – Trata-se de um processo de integração e refinamento da teoria, a partir das dezessete categorias descritas anteriormente, realizando profunda análise dos discursos dos gestores, gerando divisões em categorias e subcategorias e completando as categorias mal desenvolvidas, como também foram podados os excessos nos dados que não se ajustavam a teoria.

Assim, emergiram dois fenômenos do estudo, são eles: Fenômeno 1 - Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e sua influência no processo de trabalho dos gestores de saúde; Fenômeno 2 - Apontando dificuldades e perspectivas na adaptação e busca de aprimoramento do e-SUS AB.

Realizou-se a conexão dos fenômenos para originar a categoria central, que consiste no núcleo da teoria fundamentada. Para tanto, as categorias foram analisadas e interconectadas em busca de identificação do fenômeno central do estudo, com base na experiência relatada pelos entrevistados, dando origem a construção da Categoria Central - *Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde*. O quadro 5 apresenta um exemplo do processo de codificação seletiva.

Quadro 5 - Processo de codificação seletiva, João Pessoa – PB, 2016.

CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO SELETIVA	FENÔMENO
Percebendo o uso da informação de qualidade através do sistema de informação como ferramenta valiosa para o planejamento e avaliação de ações e a tomada de decisão em saúde.	Percebendo a qualidade da informação para o planejamento, avaliação, monitoramento e tomada de decisão em saúde.	Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB, que influencia positivamente o processo de trabalho dos gestores de saúde.
Realizando o monitoramento da informação e seu fluxo na rede, bem como a organização dos recursos humanos e monitoramento do processo de trabalho.		
Identificando pontos positivos no uso do sistema de informação, redução da burocracia e o impacto das informações do e-sus no processo de trabalho, através da expectativa da emissão de relatórios aprimorados.	Reconhecendo as influências positivas da informação do e-SUS no processo de trabalho dos gestores de saúde.	

A seguir apresentam-se os fenômenos e a categoria central oriundos do discurso dos gestores acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB, que serão discutidos a luz da literatura e representados em forma de diagrama. Pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que dificultam a gestão em saúde com o uso do e-SUS AB e apontar estratégias que possam fortalecer o sistema de informação, através do apoio dos gestores. Vale ressaltar que os fenômenos e suas respectivas categorias e subcategorias estão refletidos e sistematizados, a partir dos seis elementos do modelo paradigmático de Strauss e Corbin.

4.3 Fenômeno 1- Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB, e sua influência no processo de trabalho dos gestores de saúde.

O fenômeno 1 descreve a compreensão dos gestores acerca do conceito de qualidade da informação associada ao e-SUS AB, como também, a forma que as informações influenciam a prática gerencial. Os relatos revelaram a percepção de que a qualidade da informação possibilita a identificação da situação de saúde de determinada população e o reconhecimento que o processo gerencial deve ser permeado por essas informações, embasando assim, o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisão em saúde.

Sabe-se que o planejamento muitas vezes pode ocorrer de forma intuitiva, no entanto, o campo da saúde exige um trabalho pautado em ações advindas de um planejamento intencional e consciente, e os sistemas de informação em saúde dão subsídios para esse processo. O planejamento é um mecanismo primordial da gestão e os gestores têm se esforçado no âmbito de planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, colaborando assim, para consolidação do SUS (UFMA/UNA-SUS, 2016b). Desse modo, as informações advindas a partir dos dados gerados pelos sistemas de informação oferecem subsídios para tomada de decisão no campo das políticas e programas de saúde, servindo também para a vigilância epidemiológica (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

A gestão descentralizada do SUS nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal, acarreta, conseqüentemente, a descentralização da maioria dos sistemas de informação em saúde no país, levando dessa forma, a diferentes formas de processamento, de infraestrutura, de condições de comunicação e de tecnologia da informação, como também, de envolvimento dos gestores e profissionais de saúde, ambos estão ligados à determinação da qualidade da informação produzida (LIMA, 2010a).

a) Evidenciando as condições causais

O olhar dos gestores sobre qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e suas influências no processo de trabalho resultou na categoria **“Percebendo o uso da informação de qualidade através do sistema de informação como ferramenta valiosa para o planejamento, avaliação de ações e a tomada de decisão em saúde”**, na qual são expostos os discursos que permeiam o processo de identificação da qualidade da informação e o uso dessas nos processos gerenciais e tomada de decisão em saúde.

Na visão dos participantes do estudo acerca do significado da qualidade da informação, relaciona-se a um panorama que essas oferecem a respeito da realidade em que atuam. Dessa forma, a qualidade da informação é descrita pelos gestores como um retrato da situação de saúde da população e devem oferecer subsídios para a realização de planejamento, ações e avaliação em saúde. Assim, é possível realizar intervenções diretas na formulação de políticas públicas eficazes visando melhorar a atenção à saúde prestada a população. Portanto, uma informação de qualidade oferece suporte para realização da vigilância em saúde. As falas a seguir ilustram essas definições:

[...] São os dados fornecidos pelas equipes, que daí a gente gera uma ação, podemos planejar uma vigilância em saúde. Para que possamos estar construindo ações, planejando atendimentos, vendo o que tá bom, o que tá ruim, o que precisa melhorar (G8).

[...] A informação que vem das unidades, através de dados, para podermos subsidiar toda a política de gestão e a informação que vem da secretaria, a partir desses dados que são gerados, precisa ter uma qualidade dessa informação, da fidedignidade, para poder as políticas de saúde ser implementadas e melhorar a saúde da população (G14).

[...] Qualidade da informação eu entendo que tem que ser uma ferramenta que vá te dar todo o requisito para você ter aquela informação necessária, que você precisa para atuar enquanto gestão, que você precisa ter essa informação clara, para você poder fazer as avaliações e intervir (G16).

Na literatura não se obteve ainda um consenso sobre o conceito de qualidade da informação, pois é considerado um termo multidimensional, de múltiplas características, possuindo assim diferentes visões, conforme o modo que é abordado e aplicado metodologicamente em determinado contexto (CAMPBELL et al., 2001). No entanto, alguns autores referem-se à qualidade da informação como ligada a uma noção de aspecto avaliativo, que possam ser medidas e que embasem ações gerenciais. Para alguns autores uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, em termos de necessidade do usuário (PAIM; NEHMY; GUIMARÃES, 1996; LIMA et al., 2009).

Casanova (1990, p. 50) ressalta que

a informação nunca será exata porque depende do contexto; nunca está isolada, tem vida própria e sua qualidade depende da visão, do nível de conhecimento, da interpretação de seu receptor. A busca da qualidade total da informação é similar à busca do eldorado.

Os gestores ressaltaram também, que o processo de coleta de dados é fundamental na obtenção de uma informação de qualidade, não devendo ser um mero processo mecânico de preenchimento de fichas, mas é necessário que haja modificação do processo de trabalho e das práticas assistenciais, visando ao benefício dos usuários. Logo, infere-se que não é possível realizar intervenções eficazes nas necessidades da população se não houver informações de qualidade para dar o embasamento correto às mudanças necessárias. As falas dos participantes reforçam essa relação:

[...] Qualidade da informação é aquela informação que não se limita apenas a ver o dado, mas analisar o dado, a qualidade da coleta de dados vai influenciar diretamente no resultado (G11).

[...] O que esse número vai gerar no processo de trabalho da equipe, não só para o planejamento, mas até para o elencamento das estratégias, e é o que a gente discute muito com as equipes, que não meramente um número que seja informado, mas que sirva de mudança de processo de trabalho e planejamento (G6).

[...] A informação ela é extremamente importante, não só como um dado, mas para que façamos um processo de planejamento, avaliação e na perspectiva de uma mudança de prática, tendo o usuário cidadão como foco real nesse processo (G9).

[...] Uma informação com qualidade seria aquela informação que realmente mostra a realidade (...) produzir conhecimento, e daí fazer todo o processo de planejamento, de monitoramento, de avaliação das ações, sanando assim as necessidades encontradas ali (G1).

No cenário mundial, vale destacar os investimentos direcionados a capacitação regular de profissionais ligados à produção e análise de dados, a fim de garantir a qualidade dos dados, sendo realizado constantemente o seu monitoramento, demonstrando assim que a situação de saúde de uma determinada população só pode ser conhecida e modificada, através das informações em saúde (WHO, 2008; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Nesse contexto, outro aspecto de destaque é o trabalho desenvolvido com os recursos humanos em cada Distrito Sanitário. Os gestores da informação ou “referência” em sistema de informação, como são chamados, referindo-se ao envolvimento direto com os sistemas de informação da saúde manipulados em seus locais de trabalho, realizam treinamentos e supervisionam o trabalho dos digitadores.

Para que o processo de entrada de dados seja realizado com qualidade, os gestores da informação relataram que os digitadores atentam-se para o fato de observar o dado, não somente como algo isolado, mas o contexto que está inserido. São dadas orientações nesse sentido para a compreensão mais ampla da importância de um processo de entrada de dados feito com qualidade para o desenvolvimento do sistema de informação em saúde, o que pode ser observado nos seguintes relatos:

[...] Então, estamos sempre observando os dados, então eles não fazem só apenas digitar, eles observam se foi feito o pré-natal, mas se em tal unidade está tão baixa, aí começamos a discutir um pouquinho entre a própria equipe de digitação. Então, eles estão tendo esse olhar diferenciado (G13).

[...] Eu sempre digo, tanto conversando com os digitadores, como com os profissionais. Precisamos entender o que o dado quer dizer para gente, então é importante a qualidade da informação, por isso ficamos muito no pé, de como a ficha está sendo preenchida (G10).

[...] Então, sempre avaliamos a questão da qualidade, não adianta só preencher por preencher, mas sempre tentamos buscar dentro das possibilidades o que é que está trazendo de informação aquela ficha ou aquele preenchimento do profissional (G10).

Estudos evidenciaram a importância de realizar a educação permanente com a equipe de saúde da família, capacitando-os não apenas a preencher fichas corretamente, mas também para que conheçam o sistema de informação em seu contexto geral, utilizando-o para busca de informações sobre a população assistida, realizando discussões e interpretação dos dados coletados e aplicação desses na programação local. Dessa forma, se não houver periodicamente esses treinamentos específicos, a qualidade da informação e confiabilidade dos dados podem ser afetados, levando a subutilização do sistema (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; FIGUEIREDO et al., 2010; RADIGONDA et al., 2010; BARBOSA; FORSTER, 2010).

b) Ressaltando o contexto do fenômeno

O contexto do fenômeno 1 gerou a categoria **“Identificando pontos positivos do uso do sistema de informação para a tomada de decisão”**. Os gestores identificaram as informações do e-SUS AB como uma ferramenta valiosa para o processo de tomada de decisão.

O processo decisório, no contexto das práticas gerenciais em saúde, configura-se uma importante ferramenta para realizar ações integradas à realidade. O e-SUS AB é reconhecido por um dos gestores como base para a tomada de decisão, levando ao aperfeiçoamento do processo de trabalho dos profissionais, além de ser uma ferramenta que auxilia no desenho das políticas públicas em saúde, de acordo com as demandas exigidas. É o que se evidenciam nas falas a seguir:

[...] Que a gente possa planejar, adaptar, o que implementa as políticas públicas, de acordo com a realidade de cada território. Sabemos a importância do sistema de informação, e sabemos que é um retrato que temos do nosso território, para que a gente desenhe as políticas públicas de saúde de acordo com essas demandas (G11).

[...] Sabemos que sem o sistema de informação ficaríamos soltos, não teríamos como acompanhar a necessidade dos nossos usuários, o que poderia melhorar na assistência, o que nós, enquanto gestão podemos melhorar, em que ponto podemos nos fortalecer (G11).

Historicamente, desde a Revolução Industrial no século XVIII, o trabalho foi hierarquizado, levando a migração do planejamento e o processo decisório para o nível gerencial, assim a gestão científica adotou novas formas de tomada de decisão embasada cientificamente, na qual são considerados a metodologia do processo decisório, os benefícios e malefícios para os gestores (MORAES; SOARES, 2016).

A gerência dos serviços de saúde é caracterizada pelo desempenho da tomada de decisão, que consiste em um processo sistematizado envolvendo a análise do problema, levantamento de dados, produção e informação, propostas de resoluções, definição e implementação da decisão e

análise dos resultados alcançados. Portanto, como condição essencial necessita-se de uma informação de qualidade para análise da situação sanitária e, conseqüente, tomada de decisão baseada em evidências, requerendo do profissional o uso de um prisma para avaliá-las e reavaliá-las, potencializando assim, as boas práticas e atenuando os malefícios, dando suporte para ações de saúde eficazes (OPAS, 2002; GUIMARÃES; ÉVORA, 2004; MORAES; SOARES, 2016).

Dessa forma, o uso da informação pela gestão deve estar atrelado ao acompanhamento das ações, apesar de ressaltarem a complexidade que gira em torno de um sistema de informação, como o e-SUS AB, no entanto, destacaram a agilidade no fornecimento de informações, configurando-se como uma ferramenta de grande utilidade, influenciando positivamente o processo de trabalho e a auto avaliação da prática gerencial desenvolvida, ou seja, a avaliação e a identificação dos pontos fortes e fracos, enquanto gestão e, conseqüente busca de estratégias para implementação de melhorias. Esse raciocínio é expresso na fala de um dos gestores:

[...] E o sistema de informação em saúde como um todo é muito complexo, mas ele também tem essa agilidade, precisa ser ajustado algumas questões, mas ele é muito bom para análise e acompanhamento das ações (G11).

[...] Influencia porque é algo que vivemos, a gente vive o e-sus, sabemos que o e-sus é importante para que a gente se avalie, enquanto gestão e as próprias demandas da comunidade (G11).

Pode-se perceber que, os sistemas de informação em saúde são uma ferramenta valiosa para gestores e profissionais de saúde. O e-SUS AB é uma estratégia de reestruturação nacional das informações da Atenção Básica, qualificando a gestão da informação com vistas a ampliar a qualidade do atendimento à população. O novo sistema possibilita a organização do processo de trabalho dos profissionais e gestores, proporcionando o levantamento de dados para realização de um planejamento estratégico e realização de ações com poder de intervenção eficaz na realidade e, conseqüente elevação da qualidade do cuidado em saúde prestado (OLIVEIRA et al., 2016).

c) Destacando as condições intervenientes

Como condição interveniente sobre o fenômeno 1 foi reconhecido a influência direta das informações do e-SUS no processo de trabalho dos gestores, gerando a categoria “**Modificando o processo de trabalho com a evolução do e-SUS e a emissão de relatórios consistentes**”. Essa modificação advém da possível evolução do e-SUS, para uma versão que emita relatórios consistentes, que terão maior impacto nas ações realizadas pelos gestores. Dessa forma, a emissão de relatórios é uma condição interveniente para elevar a qualidade da informação, melhorando o

feedback entre gestores e profissionais de saúde, acarretando a elevação do nível de vigilância em saúde.

O modo Coleta de Dados Simplificada (CDS) foi a opção de escolha durante o processo de implantação do e-SUS AB no município, de acordo com o levantamento da capacidade tecnológica disponível nas Unidades de Saúde da Família e Secretária Municipal de Saúde (OLIVEIRA et al., 2016). No entanto, até o momento, o modo CDS ainda não dispõe de recurso para emissão de relatórios detalhados, que deem embasamento para ações gerenciais.

Com base nisso, os fragmentos a seguir revelam a perspectiva do surgimento de uma nova versão do e-SUS AB, permitindo a emissão de relatórios mais detalhados para a execução de forma ampliada do processo de vigilância em saúde. De acordo com a concretização dessa expectativa, os gestores relataram que as informações do e-SUS terão maior impacto, a partir do fornecimento de relatórios robustos, levando a uma reorganização e aprimoramento de seus processos de trabalho.

Desse modo, será possível realizar discussões locais e acompanhar de modo eficaz a situação de saúde dos territórios de abrangência das USF, fornecendo também um panorama da situação de saúde do município para as instâncias estadual e federal. Seguem as falas:

[...] Vai ser um novo movimento, a partir de agora com os relatórios, e até discutir com a equipe aquilo que pode ser melhorado no local, como é que está a integralidade, então teremos a possibilidade de discutir várias coisas, acrescentar o processo com a geração desses relatórios, e até a visão do ministério e da secretaria como um todo (G4).

[...] Para mim influencia, e vai influenciar mais, a partir do momento que tiver o relatório, para mim é fundamental (G2).

[...] Acredito que ele vai chegar na sua proposta inicial, que é de fato um relatório detalhado, de atendimentos, quantas exodontias o dentista fez, a gente pode acompanhar o itinerário do usuário na rede, então quando ele fizer isso, aí poderei falar positivamente sobre o e-sus. E poderemos acompanhar o caminho do usuário (G7).

Nos diversos cenários, o processo de tomada de decisão é permeado pelo uso da informação. No âmbito da saúde, ela é um instrumento estratégico de apoio decisório, para o conhecimento da realidade na área social, econômica, demográfica e epidemiológica, permitindo a análise da situação e identificação de problemas, e posterior planejamento de ações em busca de soluções para as necessidades encontradas (LIMA et al., 2009).

Ambos gestores concordam que o e-SUS por ser um sistema recente, é comum que passe por atualizações em busca de aprimoramentos, ressaltando também que, se faz importante a participação dos profissionais de saúde, que são os primeiros a ter contato com o sistema, no

repassa as dificuldades para as demais instâncias, até chegar ao Ministério da Saúde para demais ajustes, quando necessário.

Desse modo, o processo de vigilância em saúde realizado por gestores e profissionais de saúde das USF será fortalecido, uma vez que haverá informações que proporcionem busca ativa, planejamento e implementação de melhorias nos serviços de saúde ofertados a população. Como mostram os relatos a seguir:

[...] Acredito que com a evolução desses relatórios, com a evolução das versões de utilização do sistema em si, essas informações vão ser muito válidas, principalmente esse processo de planejamento, avaliação e monitoramento das equipes de saúde da família e fazendo com que a gente possa melhorar ainda mais esse processo de trabalho (G1).

[...] Até para a vigilância em saúde na questão dos indicadores, o que eu posso acompanhar, como eu vou fazer busca ativa, é a medida que for melhorando, eu acho que vai ser mais fácil se tornar, modificar mais nosso processo de trabalho como das próprias equipes (G2).

[...] E aí, já tiveram algumas correções, até porque é um sistema novo, não está fechado, várias atualizações, e é justamente para melhorar, a partir do momento, que os profissionais da ponta, que é quem tem o maior entendimento estar levando esses questionamentos (G12).

O e-SUS AB passou por algumas atualizações de suas versões, por exemplo, no modo CDS foram: versão 1.3, primeira versão que reestrutura o registro das informações em saúde de forma individualizada de cada usuário da atenção básica, permitindo também o acompanhamento da produção de cada profissional, integrando diversos sistemas de informações e reduzindo o mesmo registro de dados iguais em impressos diferentes; versão 2.0, alterações em impressos e novas informações a serem registradas, edição e correção de campos digitados no sistema de acordo com a dinamicidade do território; e, até o momento, a versão 2.1, com outros aprimoramentos essenciais para o bom funcionamento do sistema e adequação à realidade dos municípios, através da correção de inconsistências (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016a).

Gradativamente, as limitações do e-SUS vão sendo atenuadas com as atualizações, potencializando assim, o uso do sistema e acarretando benefícios aos gestores da informação em seus processos de monitoramento, planejamento e avaliação, com vistas à elevação da qualidade da informação dos serviços de saúde prestados pela Atenção Básica de João Pessoa (OLIVEIRA et al., 2016).

O aperfeiçoamento e ampliação dos registros em saúde possibilita a análise integral dos dados gerados pelos diversos sistemas de informação, de acordo com a territorialização dos municípios. Dessa forma, a educação permanente para qualificação dos gestores e profissionais

torna-se valiosa para que se façam uso amplo desses registros para nortear suas ações (MAGALHÃES et al., 2011).

Assim, o processo contínuo de monitoramento e uso das informações do e-SUS AB proporciona influencia de forma direta no processo de trabalho dos gestores da informação e de forma indireta no processo de trabalho dos demais gestores.

[...] Então é isso, as informações estão o tempo todo, mesmo que não esteja na secretaria, mas estamos no telefone, está no e-mail, então influenciam o tempo inteiro o meu processo de trabalho, é o que eu faço aqui na secretaria (G12).

O processo de trabalho deve ser permeado pelas informações, uma vez que a tomada de decisão embasada com dados advindos da realidade levará ao alcance de melhores resultados no campo da saúde. A consolidação de práticas permeadas por políticas informadas por meio de evidências nacional e internacional podem favorecer o potencial inovador e criativo nos processos de gestão levando a potenciais estratégias de ação (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

d) Elencando as estratégias de ação e interação

Diante da substituição do SIAB pelo e-SUS AB foi necessário um processo de reformulação de ações, treinamentos e contratação de pessoal para atender as demandas do novo sistema que precisava ser operacionalizado. Dessa forma, as estratégias de ação e interação acerca do fenômeno 1 levaram a construção da categoria **“Realizando o monitoramento da informação e seu fluxo na rede, a organização dos recursos humanos e a supervisão do processo de trabalho”**.

Com a implantação do e-SUS AB, os gestores em seus diferentes cargos de atuação, exemplo: gestor do sistema de informação, gestor técnico, gestor administrativo e gestor geral, atuam de forma específica em ações durante seu trabalho, em atividades ligadas ao monitoramento e organização de todo o processo relacionada à produção da informação pelo e-SUS. Essa categoria é desdobrada em duas subcategorias: “Realizando o monitoramento da informação, análise da situação e organização dos recursos humanos durante o trabalho” e “Apontando o processo de fluxo de dados na rede”.

Realizando o monitoramento da informação, análise da situação e organização dos recursos humanos durante o trabalho.

As atividades relacionadas ao e-SUS AB desenvolvidas pelos gestores durante o trabalho são diversas e depende do tipo de função desempenhada. Os gestores de sistema de informação, também chamados de “referência em sistema de informação”, que estão ligados diretamente a

organização dos recursos necessários para o processo de coleta e entrada de dados no e-SUS, relataram que o monitoramento da informação é realizado através de reuniões com os profissionais de saúde das Estratégias Saúde da Família juntamente com os apoiadores matriciais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para análise da situação e a busca de estratégias para melhorias.

Um relato de experiência acerca do processo de implantação do e-SUS AB no município de João Pessoa, Paraíba, mostrou que a reestruturação do SIAB, através da implementação do SISAB, que é operacionalizado pela estratégia e-SUS AB, incrementou a gestão da informação, considerada fundamental às mudanças e melhorias dos processos de trabalho e na informatização dos processos. Dessa maneira, a equipe de gestão da informação representando os Distritos Sanitários, juntamente com representantes do Ministério da Saúde e da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa reuniram-se com o objetivo de consolidar o SISAB no município. Foram realizadas reuniões sistemáticas para discutir os recursos humanos, tecnológicos e infraestrutura necessários para o uso do novo sistema de informação e-SUS AB, destacando também, a educação permanente como meio chave para sensibilização e capacitação dos profissionais e, consequente alcance de melhorias no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2014a; OLIVEIRA et al., 2016).

Dessa forma, cada Distrito Sanitário planeja e executa um cronograma de capacitação e sensibilização dos profissionais da AB por categoria profissional, em que foram expostas cada ficha e os campos a serem preenchidos. Também houveram momentos de capacitação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (OLIVEIRA et al., 2016).

A chamada “sala de situação”, refere-se a uma reunião quinzenal ou mensal realizada para expor indicadores de saúde de cada equipe por unidade distrital, foi uma solução encontrada para realizar minimamente a vigilância em saúde, uma vez que o e-SUS AB até o momento não oferece relatórios robustos com informações detalhadas para tal, como constam nestas falas:

[...] Esse monitoramento que fazemos, através de uma sala de situação, quinzenalmente ou mensalmente, pegamos esses dados e fazemos algumas reuniões com os apoiadores, que são os profissionais do NASF, identificamos onde está os maiores problemas (G13).

[...] E pra ajudar a gente nesse processo desenvolvemos uma sala de situação, para poder a gente tá gerando esse feedback, do que acontece nesse território e a gente está tendo uma vigilância maior em cima disso aí (G8).

O controle de desempenho, através de indicadores, objetivos de qualidade e de produtividade, metas traçadas e tempo de execução são elementos eficazes, que podem ser utilizados pela gestão no exercício da vigilância em saúde. Avanços na qualidade e uso da informação estão sendo alcançados desde a implantação do e-SUS AB, apesar dos momentos

críticos durante a reorganização da rotina dos profissionais de saúde, a gestão da informação tem obtido gradualmente ferramentas para subsidiar a produção de indicadores e qualidade da informação (BOCCATTO, 2012; OLIVEIRA et al., 2016).

Outra atividade relacionada ao e-SUS AB desenvolvida pelos gestores de sistema de informação é a organização de recursos humanos para o processo de coleta e entrada de dados. No início da implantação do sistema no município de João Pessoa em 2014, foram realizados treinamentos com os profissionais de saúde da ESF para capacitação no preenchimento das fichas e manipulação do novo sistema, além da conscientização do repasse semanal ou, em alguns casos, quinzenal das fichas preenchidas das USF para os Distritos Sanitários, realizando-se dessa forma, a avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde da família, quanto à entrega da produção, conforme constam nos discursos abaixo:

[...] Estou sempre monitorando as equipes que estão entregando a produção em dia, como está os atendimentos médicos, atendimento de enfermagem, entre outros (G8).

[...] Eu faço a questão de monitoramento e avaliação do processo de trabalho como um todo, tanto de envio das fichas das unidades de saúde para o distrito sanitário, onde eu monitoro os profissionais que estão enviando, a periodicidade que esse pessoal está enviando, se está dentro do prazo, pois temos prazos para alimentação do sistema (G1).

[...] Matriciamento de funcionamento do e-SUS, capacitar os profissionais para o preenchimento de fichas qualificadas, para gente ter uma digitação qualificada, exportação feita no tempo hábil da vigência do sistema (G5).

Os resultados específicos são determinados pelo fazer em saúde, que provém do saber e da habilidade, ferramentas úteis para mudanças pretendidas no modelo assistencial da ESF, sendo necessário repensar teoria, prática e ações no âmbito da saúde, que levem o grupo social a tomar decisões coletivas. Dessa forma, durante o processo de implantação do e-SUS AB no município de João Pessoa foi realizado capacitação dos profissionais das USF e NASF, todas as fichas do modo CDS foram expostas, distribuí-se também manuais do e-SUS para cada equipe, e houve ainda momentos de esclarecimento de dúvidas levando a maior interação entre gestão e equipes de saúde em busca de melhorias para a saúde prestada na atenção básica da cidade (JUNQUEIRA, 2010; OLIVEIRA et al., 2016).

Sabe-se que todo processo de mudança gera dúvidas e inseguranças, em relação ao e-SUS, ao ser utilizadas as fichas do sistema durante a rotina de trabalho dos profissionais, foram surgindo dúvidas, que puderem ser sanadas através de telefonemas ou mesmo a presença de gestores da informação em reuniões nas unidades de saúde, e também com a distribuição de material impresso

durante o período de capacitação. Promovendo assim, a educação permanente para formação e desenvolvimento dos profissionais, transformando práticas, aspectos pessoais, valores e ideias que cada trabalhador possui a respeito do SUS (BRASIL, 2005b; OLIVEIRA et al., 2016). Logo, os profissionais de saúde das equipes de saúde da família têm acesso direto para contatar os gestores da informação para solucionar dúvidas e repassar dificuldades:

[...] Programar visitas nas unidades, que a gente chama visita técnica, para conversar com os profissionais, ou com a equipe de forma geral, às vezes a equipe mesmo solicita junto ao apoio uma visita, para que a gente possa conversar sobre o sistema, esclarecer dúvidas. Então, é mais essa parte do processo de trabalho como um todo, de organização, tanto de fluxo, quanto de digitação, quanto de monitoramento (G1).

Os gestores da informação supervisionam e monitoram a organização da equipe de digitadores, que atuam dentro dos Distritos Sanitários para realizar o processo de entrada de dados no sistema, atuam desde a contratação desses profissionais até a supervisão diária da produção, verificado nas falas a seguir:

[...] Nós temos uma equipe de digitadores que fazem a digitação dessas produções, cada digitador é responsável por um número X de equipes, e essa digitação é feita aqui, a gente exporta para o meu computador que é o centralizador e tem o PEC instalado, e daí a gente exporta para a secretaria (G8).

[...] Faço esse processo de organização junto com os digitadores, sou responsável também pela organização do trabalho deles, questão de divisão de trabalho, no caso de unidade de saúde para cada digitador (G1).

[...] A gestão foi tentando se adaptar a essa nova realidade, e conseguimos contratação de mais profissionais, hoje temos um quadro que consegue, tivemos alguns problemas de algumas pessoas que pediram desligamento, e passamos um bom tempo zerando tudo que chegava, e aí teve uma queda por esse problema do desligamento, e agora estamos com um quadro novamente razoável para tentar atingir, zerar tudo aquilo que chega, e não ficar com demanda de fichas a ser digitada (G10).

Assim, como forma de otimizar o trabalho, efetuou-se uma divisão das fichas de cada equipe de saúde para determinado digitador realizar a entrada de dados no sistema, dessa forma, garante-se a responsabilização e maior vínculo entre digitador e equipe correspondente. Essa estratégia é supervisionada por um controle diário através de uma planilha eletrônica, com o levantamento de fichas digitadas por profissional. E assim, são realizadas discussões e monitoramento da alimentação do sistema em busca de sanar fragilidades junto aos digitadores (OLIVEIRA et al., 2016).

O monitoramento, o planejamento de estratégias e a avaliação do processo de trabalho dos profissionais relacionados à produção da informação são destacados, por um gestor da informação,

como a parte mais relevante das atividades relacionadas ao e-SUS, por ser, através dele, que é repassado o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a atenção básica em saúde pelo cumprimento das metas na produção da informação. E a criação de estratégias para o acompanhamento desse processo, como gerar planilhas da produção para melhor supervisão do percurso da informação até a exportação dos dados facilita o trabalho, como visto a seguir:

[...] Digamos que seja uma das coisas mais importantes, que é daí que a gente recebe o financiamento da atenção básica. Então, enviamos duas vezes esses dados para o Ministério, cinco dias depois de enviado, o Ministério emite um tipo de relatório pelo SISAB, e a partir desse relatório do e-sus, do relatório do SISAB, da produção que eles me enviam, eu criei algumas planilhas que vão facilitar o meu trabalho, do processo de monitoramento. Sempre estamos criando estratégias para melhorar os serviços (G12).

Logo, a gestão da informação é um campo amplo onde: "Gerir a informação é, assim, decidir o que fazer com base em informação e decidir o que fazer sobre informação. É ter a capacidade de selecionar em um repositório de informação disponível aquela que é relevante para uma determinada decisão e, também, construir a estrutura e o *design* desse repositório" (ZORRINHO 1995, p. 146). Então, as funcionalidades e oportunidades oferecidas pelo SIS devem ser vislumbradas por profissionais e gestores, como algo muito além do que somente uma atividade burocrática e obrigatória, garantindo o repasse financeiro (UNA-SUS/UFMA, 2016a).

E, por fim, além de atuarem na organização e monitoramento direto do fluxo da informação desde a coleta até a entrada de dados no sistema e exportação dos mesmos, os gestores da informação também realizam a emissão de relatórios para a direção e Secretária Municipal de Saúde permitindo o acompanhamento do processo de trabalho, percursos da informação e vigilância em saúde pelas outras instâncias em saúde e, consequente planejamento de estratégias e tomada de decisão.

[...] Resumindo é isso, monitoramos o que chega, o que digita, é feito relatórios mensalmente tanto para direção do distrito, como é encaminhado relatórios para secretaria. Então, é monitorando que vamos planejando e tomando as decisões que precisamos (G10).

Porquanto, a promoção de melhorias na atuação dos profissionais de saúde e a redução de custos para a gestão podem ser alcançados, quando se faz uso do sistema de informação adequadamente, associado ao uso da tecnologia da informação que possibilita a redução de papéis e o número de falhas nos processos assistenciais, gerando informações essenciais para o processo de trabalho em saúde e qualidade dos serviços (HILLESTAD et al., 2005; GUTIERREZ, 2011).

Assim, para identificação de problemas de saúde da população assistida e consciente tomada de decisão por parte da gestão, se faz necessário a utilização de ferramentas e tecnologias da informação, atrelados aos conhecimentos e práticas acerca do monitoramento e avaliação em saúde, que devem ser intrínsecas nas rotinas dos serviços (UNA-SUS/UFMA, 2016c).

A direção técnica atua no acompanhamento e monitoramento do gestor em sistema de informação, supervisionando o processo de trabalho desse pessoal considerado referência na organização da gestão dos sistemas de informação dentro do Distrito Sanitário, avaliando a produção da digitação e o processo de envio das fichas das USF para o distrito no prazo determinado. Também ocorrem conversas com o colegiado colocando em pauta a necessidade de aprimoramentos no e-SUS, conforme demonstram as falas que seguem:

[...] Acompanho mais a referência, ela que tem mais contato com o e-SUS, e tem a equipe da gente que digita essas fichas, então eu fico mais nesse acompanhamento da própria referência (G2).

[...] Eu não só vou para as unidades de saúde da família fazer essas discussões junto as referências dos sistemas de informação ou quando necessário a gente faz essas discussões, não só ao e-sus, mas ao planejamento, a discussão do território, de estratégias, da epidemiologia da saúde no território (G6).

[...] Temos uma referência e fazemos o acompanhamento técnico através dessa referência. E fazemos também essa conversa com o colegiado, sempre colocando em pauta a necessidade de potencializarmos o e-sus, a digitação do e-sus, a avaliação dos dados (G11).

Também é realizado o acompanhamento e monitoramento de toda a informação produzida pelo e-SUS desde o processo de coleta de dados até a avaliação da situação de saúde dos territórios das ESF. E ainda, os diretores técnicos se dispõem para momentos de conversa direta com os profissionais das equipes, sanando dúvidas e avaliando o processo no geral, em busca da identificação de pontos que a gestão possa intervir eficazmente. Seguem as falas:

[...] Quando vemos que o profissional está precisando de um chamamento, puxamos o e-SUS para fazer uma avaliação e assim temos uma conversa mais fidedigna e direta com esse profissional, e saber o que está acontecendo, observar se existe algum problema com ele ou dentro da unidade, ou da equipe, para que possamos buscar ajudar a sanar, entender o lado do profissional, ver o porque, enfim, fazer todo um apanhado dessas informações para que se for algo de uma demanda, que for pertinente a gestão estarmos buscando solucionar (G11).

[...] A partir desse acompanhamento que fazemos com os profissionais das equipes, estamos sempre no monitoramento dessa informação, porque semanalmente os profissionais mandam a produção deles, e aí vem para cá para digitar, e estamos nesse controle de avaliar e ter esses indicadores, para poder monitorar como tá a situação de cada território. Então, está mais ligada a questão do monitoramento e avaliação (G16).

Por isso, o monitoramento e avaliação são elementos fundamentais no processo de planejamento das ações de saúde pública, pois tornam-se ferramentas potenciais de orientação e aprimoramento da qualidade da gestão em saúde e, conseqüentemente, oferecendo subsídios eficientes e eficazes para a tomada de decisão (UNA-SUS/UFMA, 2016c).

Logo, pode-se afirmar que o processo de monitoramento e avaliação são funções gerenciais complementares entre si. O monitoramento configura-se em um acompanhamento rotineiro de informações relevantes, verificando a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção. E a avaliação expande as medidas e a verificação do monitoramento, requerendo maior rigor metodológico, em busca de evidências com confiabilidade que ofereçam suporte para julgamento da intervenção (CRUZ; REIS, 2011; CONASS, 2016; CARVALHO et al., 2012).

Nesse sentido, a direção administrativa do Distrito Sanitário desempenha de forma indireta algumas atividades relacionadas ao e-SUS AB, no sentido da organização da logística e de recursos tanto físicos quanto tecnológicos necessários para o funcionamento do sistema e um profissional relatou também a participação na capacitação dos profissionais de saúde na época da implantação do sistema, como se pode verificar nesses fragmentos:

[...] Enquanto, diretora administrativa minha atividade é mais indireta, e eu estou diretamente ligado ao e-SUS na questão de acompanhar o contrato das pessoas que digitam, acompanhamento da questão do horário de trabalho, se houver algum desligamento tentar ver que o processo de contratação de uma nova pessoa (...), na questão também de equipamento, se houver algum problema com equipamento para digitação do e-SUS, tentar providenciar o mais rápido possível (G3).

[...] Só quando foi implantando, estivemos repassando como foi à construção dele para as equipes, os trabalhadores, nas USF, para mostrar como era preenchido (G15).

Por fim, os diretores gerais dos distritos sanitários que colaboraram com esta pesquisa, relataram a participação indireta nas atividades relacionadas ao e-SUS, envolvendo-se na supervisão e monitoramento do trabalho do gestor de sistemas de informação, que é o responsável diretamente ligado a organização do processo de coleta e entrada de dados, esses emitem relatórios para a diretoria geral, que possibilitam o acompanhamento do processo de digitação nos distritos e monitoramento do fluxo de exportação de dados para a Secretária Municipal de Saúde.

Eles participam também das reuniões das equipes de saúde da família para avaliação da situação de cada território e realizam o reforço com os profissionais acerca da importância do preenchimento correto das fichas do e-SUS. Por fim, envolvem-se em reuniões de matriciamento, que ocorrem no Distrito Sanitário, nas quais são discutidas a produção e qualidade da informação gerada pelo e-SUS. Como mostram os fragmentos que seguem:

[...] Não tem atividade de assistência direta e o preenchimento do impresso pela direção, mas a gente participa junta do processo e com a referência dos sistemas de informação, que nós temos no distrito, recebemos esse consolidado e visualizamos e acompanhamos também a digitação no nível do distrito, dos impressos que são trazidos das equipes, então acompanhamos a digitação e a exportação para secretária (G4).

[...] E, assim, acompanho junto com a referência do sistema de informação, onde ela nos passa semanalmente, se a gente tá digitando bem as fichas, quantas fichas faltaram, o que podemos fazer para digitar as fichas dentro do mês e não percamos a produção, ela me passa um relatório semanal para eu acompanhar os sistemas de informação (G7).

[...] Diretamente não fazemos nenhuma ação do e-SUS, indiretamente o que fazemos, nas reuniões das equipes que participamos e nas reuniões matriciais aqui no distrito, fazemos conversa sobre a qualidade da informação que vem no e-SUS, como tá sendo produzida (G14).

[...] Então, a nossa função aqui, enquanto diretor geral e diretor técnico, que no momento estamos sem, mas que é papel, é o processo avaliativo, é fazer o monitoramento, a participação em reuniões com os trabalhadores na perspectiva de mostrar a importância do e-SUS, dessa ficha (G9).

Contudo, algumas vezes nota-se perspectivas diferentes dos gestores acerca dos benefícios que o e-SUS AB trouxe para o trabalho em relação ao planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços da atenção básica a saúde. Ressalta-se que, em alguns momentos percebeu-se uma cumplicidade no trabalho de ambos, havendo um auxílio mútuo nas atividades para implantação do e-SUS AB. Portanto, a articulação de ações nas instituições visando ampliar a qualidade do trabalho desenvolvido pela gestão e aperfeiçoamento da atenção a saúde frente ao e-SUS, levou a uma dinâmica nova no processo de trabalho dos gestores (OLIVEIRA et al., 2016).

Apontando o processo de fluxo dos dados na rede.

O processo de transição entre os sistemas de informação da atenção básica, do SIAB para o novo sistema e-SUS AB, levou a ocorrência de mudanças significativas, além de que todo processo de adaptação ao novo acarreta divergências, alguns gestores relataram a organização do fluxo das informações, ressaltando em alguns momentos, que a informação alimentada, ainda não proporciona um *feedback* positivo para trabalhar a vigilância em saúde.

Porém, os dados coletados pelos profissionais de saúde na ponta dos serviços de saúde na atenção primária perpassam por diversos caminhos até ser repassado para o processamento e a geração da informação em saúde. No caso do e-SUS AB, na modalidade de Coleta de Dados

Simplificada, os dados são coletados através das fichas de cadastramento, de atendimento individual e domiciliar durante a prestação da assistência à saúde.

Alguns gestores relataram como foi operacionalizado o processo de recadastramento de todos os usuários dos serviços ofertados pela rede de atenção básica na nova estratégia e-SUS AB. Foram geradas estratégias para o alcance de metas e aumento da digitação de informações providas dos atendimentos desses cidadãos. Equiparavelmente a isso ocorreram momentos de digitação paralela, a fim de acelerar o recadastramento dos usuários do município de João Pessoa-PB, através do Cartão Nacional de Saúde e atingir o máximo possível de produção como relatado a seguir:

[...] Como tenho um número reduzido de digitadores e precisamos paralelo a produção, estamos recadastrando todos os usuários do município, temos que fazer esse recadastramento, o cadastro individual e o cadastro domiciliar. Então, são esses cadastros que estamos digitando paralelo, a digitação extra. Já tivemos várias estratégias, mas o resultado não tem sido como esperado, e aí a produção extra não melhorou 100%, mas dá o suporte (G12).

Assim, no âmbito do SUS, a vinculação dos procedimentos de usuários, profissionais e unidades que o serviço foi prestado só é possível, através do instrumento chamado Cartão Nacional de Saúde. Dessa forma, torna-se fundamental o cadastramento da população usuária dos serviços da atenção básica, da prestadora e prestadores do serviço, unidades e profissionais, ambos recebem um número nacional de identificação. Dessa forma, com o Cartão Nacional da Saúde o atendimento ao cidadão é facilitado, como também o trabalho dos gestores e profissionais de saúde é qualificado (BRASIL, 2011b).

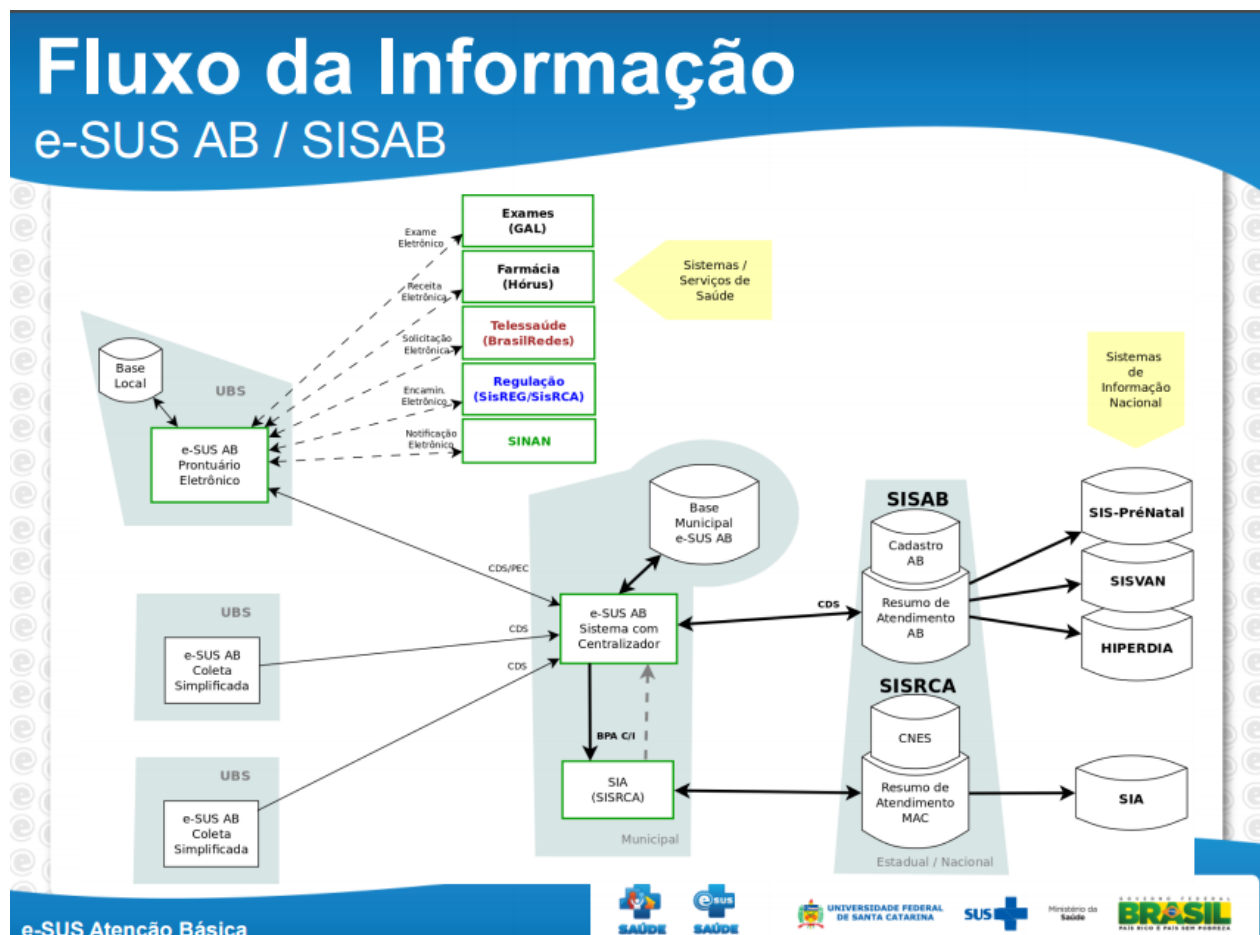
Porém, em relação ao processo de coleta, entrada e exportação dos dados, alguns gestores apontaram o fluxo da informação na rede, em que ocorre à exportação de dados das unidades de saúde da família para os Distritos Sanitários, através das fichas do e-SUS AB, a partir disso os dados são digitados por profissionais que atuam nesses estabelecimentos e, posteriormente, é feito compilamento de dados dos cinco distritos e repassados para a Secretária Municipal de Saúde e a partir do consolidado final de dados do município, são exportados para o Ministério da Saúde. Como mostram os relatos que seguem:

[...] Então é isso, as equipes enviam semanalmente para os distritos, os distritos nos enviam duas vezes no mês, e enviamos para o ministério (G12).

[...] E tem também a pessoa que faz a exportação desses dados, então daqui a gente envia para secretária por pendrive, é tudo online, o consolidado, e essa pessoa ela emite, e faz o consolidado do município como um todo para exportar ao ministério. Então tem todo esse tramite bem organizado (G4).

A figura 4 exemplifica o fluxo da informação, através das modalidades da estratégia e-SUS AB para operacionalização do SISAB.

Figura 4 – Diagrama do fluxo da informação, e-SUS/SISAB.



Fonte: BRASIL, 2013d.

No município de João Pessoa-PB está sendo utilizado oito impressos: ficha de cadastro individual, ficha de cadastro domiciliar, ficha de visita domiciliar, ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico, ficha de procedimentos, ficha de atividade coletiva e ficha de marcadores de consumo alimentar. O preenchimento da ficha, de acordo com a atividade desempenhada é realizado no momento do atendimento. Esses impressos são repassados ao distrito sanitário, onde serão alimentadas no sistema e, posteriormente, retornam a USF para arquivamento (OLIVEIRA et al., 2016).

Além disso, o sistema com CDS possui uma estrutura dinâmica, de fácil instalação e multiplataforma, permitindo o uso em conjunto com o sistema e-SUS AB com PEC, através do

módulo CDS, que é próprio para digitação, não possuindo funções gerenciais e com um banco de dados embutido. O sistema com CDS é transicional, até que seja possível a implantação do PEC. As fichas utilizadas para o registro das informações devem ser digitadas no sistema de software e-SUS AB com CDS, que organiza um conjunto essencial de informações estruturais e cadastrais da atenção básica, bem como os dados da assistência prestada pelas equipes de saúde da família. A gestão municipal deve definir como se dará o processo de digitação, organização da logística e dos recursos humanos necessários para adequar o fluxo a cada realidade territorial (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2014b).

Portanto, essas estratégias de ação buscam organizar o processo de coleta e entrada de dados, a fim de que a qualidade da informação seja preservada. Todavia, para que o e-SUS AB seja potencializado, através do envolvimento mútuo de gestores e profissionais de saúde, devem-se buscar melhorias em seus processos de trabalho elevando, conseqüentemente, o nível de ações de saúde ofertadas a população.

e) Apontando as consequências do fenômeno.

As consequências resultantes do fenômeno 1 gerou a categoria **“Reconhecendo as influências positivas da informação do e-SUS no processo de trabalho dos gestores de saúde”**. Nessa categoria, discute-se sobre os pontos positivos que o uso do e-SUS AB trouxe para a prática dos gestores e profissionais, reduzindo a burocracia com a diminuição do retrabalho na coleta de dados, bem como, a implementação da interoperabilidade entre os sistemas de informação da atenção básica. Levando assim, ao surgimento de duas subcategorias: “Reduzindo o retrabalho na coleta de dados com o e-SUS” e “Relatando a interoperabilidade entre os sistemas de informação da atenção básica”.

Reduzindo o retrabalho na coleta de dados com o e-SUS

Ao serem indagados acerca dos pontos positivos no processo de coleta e entrada dos dados do e-SUS AB, alguns gestores relataram que houve redução do retrabalho na coleta de dados e a interoperabilidade entre os sistemas de informação na atenção básica a saúde foi estabelecida, facilitando o processo contínuo de registro de dados e diminuindo a burocracia.

Dessa forma, a alimentação do sistema é facilitada, como também a avaliação do trabalho diário dos profissionais de saúde, que no momento da assistência prestada realiza o registro dos

dados daquele atendimento, e essas fichas ao serem digitadas fornecem informações diversas acerca da situação de saúde daqueles indivíduos. As falas a seguir reforçam essa afirmação:

[...] Acho que o ponto positivo é que reduzimos o trabalho de coleta de dados, antigamente utilizamos um número enorme de fichas, os sistemas eram separados, e com o e-SUS conseguimos unir vários sistemas. No momento que o profissional está atendendo o usuário, ele já vai evoluindo aquela ficha e tem muitos dados unidos ali, então, quando chega para nós, digitamos e já temos muitas informações em uma ficha só (G13).

[...] E um ponto positivo é que agilizou a forma de alimentação no sistema, então os profissionais que preenchem corretamente, torna mais fácil a alimentação do sistema. Tem-se certa noção de como aquele profissional está trabalhando no dia a dia (G15).

[...] Então, ponto positivo é esse, compactar os sistemas, diminuir os impressos, o trabalho e o retrabalho, porque preenchia a mesma informação duas ou três vezes (G1).

Não obstante, o e-SUS AB tem por objetivo reduzir o retrabalho de coleta de dados, a individualização do registro, produção de informação integrada, informatização das unidades, interoperabilidade dos sistemas na Atenção Básica, oferecendo assim ferramentas de ampliação do cuidado com foco no indivíduo 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, 2013b).

Assim, os avanços do e-SUS no município de João Pessoa e seu processo de implantação da estratégia na atenção básica foram avaliados positivamente pelos gestores, destacando-se que ainda não se consegue digitar 100% de toda a produção de dados gerada pelos atendimentos das USF com cobertura dos cinco Distritos Sanitários, no entanto, o índice atingido foi avaliado como satisfatório. Outro aspecto positivo destacado foi a respeito da simplificação que o e-SUS AB proporcionou, elevando a qualidade da informação. Seguem os relatos:

[...] Mas, João Pessoa está bem avançado em relação à Paraíba como um todo, assim, acho que JP é a grande responsável, porque assim é maior, JP e Campina Grande. Conseguimos desenvolver um bom trabalho, conseguimos digitar quase a produção inteira das equipes, ainda não consegue 100%, como nenhum outro distrito tá conseguindo no momento (G13).

[...] Como positivo acho que deu uma melhorada esse novo sistema do que tínhamos antes, acho que ele veio mesmo para simplificar de forma que dá para você ter uma qualidade da informação melhor, mais simplificada (G16).

Apesar de haver divergência de opiniões sobre o processo de transição do SIAB para o e-SUS AB, é destacado na fala da maioria dos gestores, que houve uma redução do retrabalho na

coleta de dados com o e-SUS e consequente redução do número de fichas que os profissionais manipulam durante os atendimentos. Alguns relataram como positivo, a praticidade de poder trabalhar com no máximo 4 fichas que contêm todas as informações referentes a assistência prestada e procedimentos realizados. Como mostram as falas seguintes:

[...] Nesse acompanhamento com os sistemas, eu vejo que facilitou o registro e o consolidado das fichas, em relação ao SIAB (G6).

[...] Avaliando o sistema que trabalhávamos antes que era o SIAB com o e-SUS, acho que um ponto positivo enxugou um pouco mais, o que chamávamos de recoleta de dados, então a mesma informação preenchíamos em várias fichas, acho que isso é um ponto positivo a se colocar (G10).

[...] Hoje, cada profissional vai trabalhar no máximo com 4 fichas, são 8 fichas no total, mas cada profissional vai trabalhar no máximo com 4 fichas, então assim, é a redução do trabalho, em apenas 4 fichas vai conter todas as informações que ele naquelas outras fichas, então esse é um ponto positivo do e-SUS, na questão da diminuição do retrabalho também (G12).

Mesmo sendo um sistema com pouco tempo de implantação, o e-SUS AB trouxe benefícios aos profissionais de saúde, por conta da redução do número de fichas e o sistema utilizado para registrar os atendimentos prestados, levando a integração de informações em um único banco de dados reduzindo erros no fluxo da informação, por falta de conexão entre os sistemas (OLIVEIRA et al., 2016).

Relatando a interoperabilidade entre os sistemas de informação.

A estratégia e-SUS Atenção Básica, trouxe tecnologias com o propósito de facilitar o processo de trabalho da gestão e das equipes de saúde, através da redução do período gasto na alimentação de vários sistemas de informação ligados a Atenção Básica promovendo a ampliação da interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde gerenciais e de outros no âmbito municipal, em busca do desenvolvimento de soluções adotadas internacionalmente no campo da informática em saúde (BRASIL, 2014a).

A ausência de interoperabilidade entre os sistemas de informação antes do e-SUS, acarretava um processo de coleta de dados fragmentada. Anteriormente com o SIAB, via-se que a mesma informação era preenchida mais de uma vez, nas fichas pertencentes aos outros sistemas de informação, como o HIPERDIA e SISPRENATAL. E com o e-SUS, ocorreu à compactação dos sistemas, tornando dessa forma o registro de dados em um processo contínuo, pois se tem a oportunidade de preencher diariamente as fichas com as informações da assistência prestada diminuindo a burocracia em um processo gradativo e não cumulativo para o fim do mês,

melhorando a resolutividade no processo de coleta de dados. Como afirmado na fala de um dos gestores:

[...] Esse foi um ponto positivo do e-SUS, porque ele veio compactar esse número de sistemas que os profissionais utilizavam, diminuiu a burocracia por assim dizer, diminuiu a papelada, eles vão tendo a oportunidade de tá preenchendo aquela ficha sobre aquela visita, aquele atendimento, aquela atividade, então isso se torna um processo gradativo e não acumulativo para o mês (G1).

[...] Antes do e-SUS, a coleta de dados por parte dos profissionais das equipes era muito fragmentada, no sentido de que, existia muitos sistemas de informação, e as vezes até com informações repetidas, e como eram na sua maioria, sistemas remotos que são instalados no computador, não eram online, então eles não se ligavam entre eles, não conversavam (G1).

É importante ressaltar que o conceito de interoperabilidade, refere-se a capacidade de um sistema se comunicar de forma transparente ou o mais próximo disso, com outro sistema, isto é, interoperando em conjunto, permitindo a transferência e utilização de informações de maneira uniforme, garantindo aos indivíduos e organizações, que haja troca de informações de diversos sistemas de forma eficaz e eficiente (SILVA, 2004; ENAP, 2015).

Corroborando com a Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011, que definiu a implementação de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde pertencente a rede do SUS. Logo, a implantação do e-SUS está ligada a reestruturação dos SIS, a partir da instituição da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2014a).

Dessa forma, os sistemas de informação em saúde da atenção básica, como o SIAB e o HIPERDIA (referentes às pessoas com doenças crônicas) foram desativados do uso individual e integrados ao e-SUS AB, dando início ao uso das novas ferramentas do e-SUS no município de João Pessoa, a partir de junho de 2014. Permitindo assim, o acesso a um compilado de informações de cada indivíduo, antes fragmentadas em vários sistemas (BRASIL, 2013c; OLIVEIRA et al., 2016).

Assim, verifica-se grandes investimentos que estão sendo realizados na busca pela qualidade da informação em saúde, com a reestruturação dos sistemas de informação em saúde do SUS, através da informatização dos processos de trabalho, levam a uma otimização da gestão do cuidado, dos serviços e das redes de atenção à saúde. No entanto, ainda são necessários aprimoramentos na estratégia e-SUS AB, exigindo esforços de ambas as partes: gestores, profissionais de saúde e usuários, para alcance das melhorias da atenção básica a saúde.

A figura 5 mostra a relação com uma ideia central, ou seja, a interligação dos componentes periféricos do modelo paradigmático do fenômeno 1, que originou o diagrama, em que as ideias expressas nos anéis externos contribuem para a ideia central.

Figura 5 – Diagrama representativo do Modelo Paradigmático do Fenômeno 1.



4.4 Fenômeno 2 - Apontando dificuldades de adaptação e perspectivas de aprimoramento do e-SUS AB.

O fenômeno 2 aponta as dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde desde a implantação do e-SUS AB até o momento. Os relatos mostram os obstáculos do processo de adaptação ao novo sistema, elencam as necessidades de aprimoramento para melhor funcionamento e acompanhamento da informação produzida pelo novo sistema de informação. Como também, almejam a adoção da modalidade PEC, pela praticidade que alcançariam na alimentação direta dos dados no *software*, no entanto, ainda há limitações financeiras e estruturais para concretização dessa possibilidade.

Os desafios no processo de gestão em saúde são inúmeros. A gestão do SUS tem como objetivo amplo e complexo a melhoria da saúde da população, compromisso que requer competências para condução e realização de um trabalho compartilhado e desenvolvimento de habilidades para lidar com problemas complexos e situações imprevisíveis (UNA-SUS/UFMA, 2016d).

No entanto, pode-se destacar que a gestão do SUS necessita do manejo de conflitos e negociação constante, dessa forma, a construção de novos rumos para a saúde da população podem ser guiado com base em dados, informações e diálogo. Assim, para produzir mudanças nas formas de gerir o sistema e nas práticas do cuidado, a antecipação dos fatos é estratégico para a consolidação do SUS, tendo como forte aliado o sistema de informação em saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016d).

É importante frisar o estudo desenvolvido por Martins e Wacławovsky (2015), que relataram os principais problemas e desafios encontrados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde, dentre eles destacaram-se: a falta de planejamento, a integralidade das ações em saúde, a equidade, a universalidade, o financiamento, a burocracia, a descentralização, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação popular, a regulação do acesso, a gestão dos recursos humanos, a avaliação e a auditoria e a gestão da qualidade dos serviços.

a) Destacando as condições causais

A categoria “**Vivenciando dificuldades no processo de adaptação e uso do e-SUS AB**” revela as causas que desencadearam o fenômeno 2. Nesta categoria, os gestores apontam as principais dificuldades que enfrentaram desde a implantação do e-SUS até o momento.

Ao serem indagados a respeito das dificuldades que enfrentam e lidam até o momento com a implantação do e-SUS AB, os gestores relataram diversos contratempos, desde os primeiros direcionamentos na transição entre os sistemas de informação, a adaptação ao novo processo de fluxo da informação, como também, os problemas que persistem, pelo fato de o e-SUS AB ainda passar pelo processo de aprimoramento e atualizações das versões.

Dessa categoria, emergiram duas subcategorias: “Identificando os principais problemas durante a adaptação e o uso do sistema” e “Relatando dificuldades com a falta de informações para o acompanhamento de programas de saúde”.

Identificando os principais problemas durante a adaptação e o uso do sistema.

As principais dificuldades vivenciadas no processo de adaptação e uso do e-SUS relacionaram-se a problemas com o quantitativo de impressos a serem preenchidos, a forma de elaboração da ficha, a aceitação do profissional, a demora no repasse semanal das fichas, o processo de monitoramento e avaliação fragilizados por não haver geração de relatórios detalhados, que dificultam o *feedback* com os profissionais de saúde.

A respeito do processo inicial da implantação da estratégia e-SUS AB, o treinamento de todas as 191 equipes da ESF foi dispendioso pelo fato de cada profissional ter passado por capacitação individualmente, o que gerou estranhamento e resistência por parte de alguns profissionais, uma vez que os mais antigos no serviço resistem a aderir a nova tecnologia, isso se explica por terem que se adaptar a uma nova rotina, que é encarado como uma atribuição a mais para ser executada durante a assistência prestada. Atualmente, o município supervisiona 194 equipes da ESF. A seguir, os relatos dos gestores exemplificam esses argumentos:

[...] É toda a mudança no processo de trabalho é complicado, seja ela qual for, e no sistema de informação não ia ser diferente. Então, tem essa questão da adaptação, alguns profissionais se adaptam melhor do que outros é todo um processo, sem falar que quando você chega com algo novo, você tem que ter argumentos e poder de convencimento para fazer aquele profissional realmente ter uma mente aberta para aderir ao novo (G1).

[...] Então, foi bem difícil, a gente conseguiu até rapidamente capacitar todo mundo, mas teve a questão da resistência sim, e aí os ACS que tinham que cadastrar todo mundo individualmente no domicílio. Então, foi difícil o convencimento, mas a gente conseguiu. O período mais difícil foi o convencimento dos profissionais (G7).

[...] E assim, quando isso foi implantado e passado para os profissionais, eles sempre acham que é um trabalho a mais, na verdade foi um trabalho a menos, porque antigamente se fazia uso de uma quantidade razoável de papeis, e ficou

tudo resumido a praticamente duas folhas, então, assim da dificuldade que encontramos foi certa rejeição dos profissionais (G15).

[...] A maior dificuldade foi à questão da resistência dos profissionais de mudar, a questão da resistência dos profissionais mais antigos que estão na rede (G5).

Sabe-se que o processo de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica tem como características apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local, como também a participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações, em busca de readequação do processo de trabalho diante das necessidades. A Secretaria Municipal de Saúde tem a responsabilidade conjunta de realizar a educação permanente com os profissionais da atenção básica, estimulando e viabilizando a capacitação específica das equipes de saúde da família, conforme as necessidades (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012a).

Assim, frente as mudanças ocorridas no cenário da atenção básica com a reestruturação dos sistemas de informação, torna-se fundamental a vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional, contribuindo para o desenvolvimento de competências de cuidado e gestão na atenção primária, permitindo dessa forma, o uso de diversas alternativas no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos profissionais na sua prática cotidiana de trabalho (BRASIL, 2012a).

Logo, a nova determinação do repasse semanal de fichas, tornou-se outro impasse exposto pelos gestores e alguns transtornos foram gerados como o atraso no encaminhamento dos impressos para digitação. Além disso, foi relatado que alguns profissionais são cautelosos quanto ao repasse nos prazos estipulados, no entanto, outros nem tanto, chegando a casos que o repasse foi realizado ao final do mês, gerando contratempos, uma vez que, com o e-SUS AB, existem prazos para o repasse das informações junto a Secretaria Municipal de Saúde, se a digitação não for realizada dentro do período estipulado, essas informações serão perdidas para fins de análise naquele mês.

Observam-se esses fatos nos relatos de alguns gestores:

[...] E mais, a logística mesmo de estar trazendo para cá, e continua, de estar trazendo semanalmente para cá, ainda continua, temos essa logística deles mandarem, mas ainda não mandam exatamente como pedimos para mandar separado, por profissional, às vezes ainda tem uns transtornos (G16).

[...] De início, foi à questão das equipes serem treinadas, deles repassarem os dados como deveria ter sido, a questão de manter fluxos de que essas fichas fossem encaminhadas semanalmente (...) a gente tem alguma dificuldade nesse sentido, de adequar a estrutura também para poder receber o processo (G3).

[...] E também a questão de fluxo, alguns profissionais tem mais cuidado em manter o fluxo organizado semanalmente, outros já mandam quinzenalmente, alguns já chegaram a enviar tudo no final do mês, acumulando nas equipes (G1).

Assim, o uso do sistema de informação em saúde é considerado uma valiosa ferramenta para efetivação de uma gestão de qualidade, em meio a uma imensa demanda e complexidade dos cenários, esse representa uma estratégia para se obter um retrato panorâmico do setor de saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016a).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica é uma das atribuições dos membros da equipe de saúde da atenção básica manter atualizado o cadastramento de indivíduos e famílias no sistema de informação indicado pelo gestor municipal, bem como utilizar sistematicamente, os dados para a análise da situação de saúde, conforme as características do território de atuação (BRASIL, 2012a).

Logo, para fins de cumprimento da Portaria Ministerial nº 76, de 22 de janeiro de 2016, foram instituídos os prazos para o envio da produção da atenção básica para a Base de Dados Nacional do SISAB referente às competências do ano corrente, através de transmissão de dados pelos sistemas da estratégia e-SUS AB, que deve contemplar o envio dos dados para a base de dados federal e, quando couber, para a base de dados estadual (BRASIL, 2016a).

Assim, deve-se realizar a transmissão de dados mensalmente, observando as datas limites para cada competência apresentadas no cronograma constante do anexo desta Portaria. O cronograma fixa a data de início e fechamento das competências do SISAB, respectivamente, ao dia 1º e ao último dia de cada mês, tendo como prazo máximo para o envio da base de dados o dia 20 do mês subsequente à competência de produção (BRASIL, 2016a).

Ainda sobre o processo de adaptação ao uso das fichas, foram pontuadas dificuldades no preenchimento dos impressos, há profissionais mais cuidadosos em relação a esse aspecto, chegando até a buscar informações quando surgem dúvidas durante o preenchimento, enquanto outros preenchem de forma equivocada ou ainda omitem informações relevantes para determinado caso, levando ao atraso no repasse desses dados para o PEC centralizador.

Portanto, a instalação do e-SUS AB na modalidade CDS ocorreu nos cinco distritos sanitários do município de João Pessoa e também na Secretária Municipal de Saúde, uma vez que, é necessário obrigatoriamente a instalação da modalidade PEC centralizadora, para que os dados sejam repassados da base municipal para a base federal (OLIVEIRA et al., 2016).

Outro aspecto, a destacar é o número e extensão das fichas, a quantidade de informações a serem preenchidas simultaneamente ao atendimento e também os espaços reduzidos nos impressos

onde são registrados 10 atendimentos por ficha, podendo dessa forma, induzir o profissional ao erro. E, por fim, vale ressaltar, uma fragilidade relatada acerca da adaptação a realidade local das fichas, pois alguns profissionais inicialmente questionaram os campos de preenchimento de informações acerca de ações, que não são rotinas realizadas na atenção básica em saúde de determinado local. Seguem os relatos:

[...] A questão do uso em si, do preenchimento, alguns profissionais são mais cuidados com relação ao preenchimento, preenchem a ficha de modo correto e completo, ligam para o distrito quando tem uma dúvida, falam com o apoiador, que me contata para tirar uma dúvida, já outros são mais na deles, as vezes não preenchem corretamente, então quando chega aqui para digitação que detectamos o erro (G1).

[...] Vejo que são fichas muito extensas diante da rotina que se tem no dia a dia do profissional. Parar o atendimento para estar preenchendo ficha é bem complicado, tanto que no início foi um impacto muito grande, para os profissionais realmente se acostumarem ao novo sistema que é o e-SUS (G2).

[...] A dificuldade do profissional de preencher, realmente o impresso tem um espaço muito pequeno, acho que precisaria ser revisto uma forma mais fácil, até para o digitador também, e para o profissional, são 10 atendimentos numa ficha só, então isso pode levar a erros de preenchimento (G4).

[...] Uma das fragilidades desse programa é o quantitativo de fichas, então existe um gasto muito grande de fichas e existe o desperdício de fichas, errou, joga fora e outra coisa as letras são muito pequenas, os espaços, as pessoas preenchem demais, demanda muito tempo, durante o atendimento. Então, esse é um dos pontos que as pessoas colocam e eu concordo, que é um problema crítico (G9).

[...] Então, um dos questionamentos da fragilidade, não sei como o sistema foi criado lá, mas que teria que ter alguém da ponta para adaptar a realidade. Certo que a ficha é a nível nacional, mas tinha algumas coisas que foram questionadas pelos profissionais, coisas que nunca fazem na atenção básica (G12).

É importante mencionar um relato de experiência de gestores com a implantação do e-SUS AB no município de João Pessoa que listou as diversas dificuldades enfrentadas no processo de adaptação ao novo sistema, algumas delas foram: a detecção de erros nas fichas atrasando o fluxo de envio periódico das fichas para digitação, para corrigir essa problemática implementou-se dois impressos que mostram para as equipes todas as fichas que possuem pendências à serem digitadas, e também as encaminhadas para arquivamento quando concluído a digitação (OLIVEIRA et al., 2016).

Assim, foi criado pela gestão municipal, um espelho de demanda semanal para monitoramento das equipes e controle do envio da produção semanal dentro dos prazos estipulados, para dar sequência ao processo de digitação e exportação do banco de dados para o Ministério da

Saúde. Ademais, durante a adaptação, o número de impressos a serem repassados as equipes não eram em quantidade suficiente para atender a demanda, ocorrendo ainda problemas técnicos em máquinas utilizadas na digitação. Com o passar dos meses essas pendências foram solucionadas, conforme as particularidades e necessidades de cada cenário, destacando-se ainda, o empenho das referências da Gestão da Informação de cada Distrito Sanitário do município nesse processo (OLIVEIRA et al., 2016).

Além disso, o número de profissionais para trabalhar na digitação da produção semanal desses dados é insuficiente, configurando-se outra problemática para atingir as metas de entrada dos dados no sistema para cumprir o prazo da vigência do e-SUS. Ademais, os recursos financeiros são limitados para contratação de profissionais que possibilite o apoio necessário para atingir as metas de digitação e oferecer suporte ao funcionamento do sistema de informação. Seguem os relatos:

[...] Acho que o problema foi à questão da digitação de recursos humanos para tá colocando essas fichas no sistema (G2).

[...] Outra dificuldade é quantidade de digitadores para digitar as muitas fichas de cada profissional (G4).

[...] Principalmente, o financeiro para manter a alimentação desse sistema, porque para que a gente consiga manter essa alimentação constante, é preciso de pessoal para digitação, pessoal para ficar fazendo a análise e avaliação desses instrumentos (G6).

Corroborando com esse fato, o estudo realizado por Oliveira et al. (2016), também constataram que quando o número de impressos que chegavam ao setor de digitação passou a ser maior do que se conseguia digitar, provocava uma demanda elevada de fichas aguardando digitação, para retornarem ao serviço e serem arquivadas. Dessa forma, buscou-se solucionar o problema com a ajuda de apoiadores e funcionários dos Distritos Sanitários, que auxiliaram no processo de digitação extra reduzindo o acúmulo de fichas a digitar.

Relatando dificuldades com a falta de informações para o acompanhamento de programas de saúde.

A implementação de padrões de interoperabilidade e de informação para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS foi definido pela Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Assim, com a reestruturação promovida pela estratégia e-SUS AB, ocorreu a integração de sistemas como o SIAB, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com expectativa de integração também do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (SISPRENATAL) em futuras atualizações do sistema (BRASIL, 2011b; OLIVEIRA et al., 2016).

No entanto, o relato de alguns gestores quanto aos aspectos positivos é a compactação dos sistemas de informação e redução dos impressos, porém uma das dificuldades enfrentadas foi o decréscimo dos impressos, a falta de informações contempladas nas fichas do e-SUS para o acompanhamento de alguns programas como a saúde do idoso, saúde da mulher e imunização. As falas a seguir exemplificam o fato:

[...] Uma dificuldade que eu vejo do e-sus para o siab, muita coisa a gente deixa de tá acompanhando, como saúde do idoso, ele não contempla nada sobre saúde do idoso, sobre saúde da mulher pouca coisa que tem, mais citológico, pré-natal a gente vê só assim que foi feito, mas ele não nos detalha, e a gente fica buscando esses dados no SISPRENATAL (G8).

[...] Então, vivemos defendendo saúde do idoso, o estatuto do idoso está aí, saúde da mulher, com tanta mortalidade materno-infantil, e o sistema não contempla. O hipertenso que acompanha hipertensos e diabéticos, que acompanham os maiores grupos de risco que temos, e não tem no e-SUS, tem essa fragilidade, saúde bucal também não tem (G11).

[...] Agora mesmo pegamos ficha, por exemplo, onde a profissional registrou vacina dos acamados, e sabemos que vacina ainda é um campo que não está contemplado dentro do e-SUS (G10).

Outro problema relatado, refere-se a ausência de ferramentas que permitam geração de relatórios sobre o cadastramento dos indivíduos e famílias, uma vez que, não há acesso nem para modificação de dados no sistema, em casos de óbito ou mudança de área de abrangência, por exemplo. E também, o desencontro de informações, quando obtidos relatórios do SISAB e comparados com as informações digitadas na modalidade CDS. Seguem os comentários:

[...] Outra coisa que é um ponto negativo é o relatório de cadastramento dos domicílios e dos indivíduos, a gente ainda não consegue gerar relatório sobre isso, a gente cadastra as famílias, cadastra os indivíduos, mas a gente não tem acesso a uma modificação, morreu uma pessoa a gente vai lá no sistema e não consegue achar aquele cadastro (G8).

[...] Quando a gente pega o relatório do SISAB, vemos o que conseguimos digitar e o que não conseguimos digitar, então a informação do e-sus pelo CDS ela é pouca, porque não se consegue visualizar um relatório em si, muitas vezes a relação do SISAB com o que a gente digita não bate (G5).

Pode-se inferir que a reestruturação do sistema de saúde na Atenção Básica, através da estratégia e-SUS AB segue avançando no município de João Pessoa-PB, no entanto, ainda há limitações como a impossibilidade de edição das informações já alimentadas no sistema e este oferecer relatórios que, no momento, não dispõe ainda de subsídios adequados para o

monitoramento da situação de saúde da população adscrita. Todavia, a deficiência de informações presentes no relatório gerado pelo sistema, consiste em dados quantitativos das fichas digitadas por máquina. Porém, com o surgimento de atualização das versões do sistema, espera-se que essa fragilidade do sistema seja resolvida (OLIVEIRA et al., 2016).

Para Oliveira et al. (2016), quando a informação não permeia o processo de avaliação, todas essas dificuldades levam a subutilização do sistema de informação, acarretando deficiência no processo de monitoramento e análise pela gestão, gerando prejuízos para gestores e profissionais planejarem e avaliarem as ações da atenção primária a saúde desenvolvidas.

b) Enfatizando o contexto do fenômeno

O contexto do processo de trabalho das equipes de saúde foi dificultado em alguns pontos, gerando a categoria “**Reconhecendo fatores que atrapalham o processo de trabalho**”, que foi composta pelas subcategorias: “Identificando incompatibilidade nas atribuições do ACS, quanto as atividades na atenção básica à saúde” e “Relatando a ausência de uma orientação sistemática para o processo de implantação da estratégia e-SUS AB”.

É fato que o surgimento de contratempos e, conseqüentemente, demora na adesão ao e-SUS AB, houve atraso no cadastramento de todos os usuários dos serviços no novo sistema, diminuindo assim, a porcentagem de acompanhamento em alguns momentos. Sabe-se que o processo de saúde é dinâmico e flexível pela rotatividade de indivíduos que fazem uso dos serviços ofertados pela atenção básica, o que leva a necessidade de um monitoramento contínuo do território.

Essas situações são comprovadas nos relatos a seguir:

[...] Mas, acho que a parte mais difícil foi enfrentar o novo e também a parte dos treinamentos, foi um pouco cansativo, porque tivemos que treinar profissional por profissional, treinamos por categoria, então foram vários meses fazendo esse treinamento (G13).

[...] Mas, assim, pela rejeição de alguns profissionais, não conseguimos fechar o cadastro de uma comunidade como um todo, em alguns pontos do território. E isso dificulta de termos um retrato de uma forma bem fechada, cadastrou 100%, tá acompanhando 80%, 90%, 100%, então é muito dinâmico, entra usuário sai usuário, isso é uma coisa diária (G11).

[...] Eu não estava aqui no município ainda na época de implantação do e-SUS, mas pelo que eu vejo e isso vê até hoje é a dificuldade do profissional aderir ao sistema de informação, principalmente, os médicos (G8).

É notório que, o processo de trabalho das equipes de atenção básica é permeado por mudança constantes, visto a rotatividade do serviço e a constante implementação de novos

programas e ações em saúde por parte do Ministério da Saúde. No entanto, estudos enfatizam que o uso da tecnologia é tido como principal parâmetro de reestruturação de práticas. Logo, as inovações tecnológicas incorporadas pelos serviços de saúde, decorrem de mudanças organizacionais e gerenciais, promovendo mudanças significativas no processo de trabalho e no caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde, levando ao atendimento de necessidades de trabalhos especializados garantindo a qualificação profissional para o desempenho das atividades (PIRES, 2000; PEDUZZI, 2003; BRASIL, 2012a).

Dessa forma, é de suma importância que a gestão tenha conhecimento da organização interna do trabalho em saúde, facilitando a adesão dos profissionais aos projetos de mudanças propostos e também amenizando possíveis situações conflituosas em momentos de troca de gestores, portanto, o trabalho em conjunto é fundamental para implementar e desenvolver ações no âmbito da saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016d).

Identificando incompatibilidade nas atribuições do ACS quanto as atividades na atenção básica à saúde.

Outra dificuldade para avaliar o processo de trabalho dos profissionais, diz respeito a subjetividade da ficha do ACS que não contempla o campo de confirmação da visita domiciliar, não permitindo, dessa forma, a comprovação por parte do usuário de que a visita do agente de saúde foi realizada. Ainda um aspecto ressaltado por outro gestor acerca do ACS, relaciona-se a identificação de incompatibilidade nas atribuições desse profissional, algumas atribuições do agente comunitário no e-SUS não correspondem ao que determina a Política Nacional de Atenção Básica.

Seguem os discursos:

[...] A questão de trabalhar a subjetividade dos profissionais é complicado, um ponto negativo é a subjetividade do ACS, onde no SIAB, tínhamos o AVEAN, que constata a visita do ACS, dentro do e-SUS não, há uma subjetividade muito grande, que é uma ficha que não tem onde ver se o usuário foi visitado ou não (G11).

[...] E algumas atribuições, por exemplo, que constam nas fichas do e-sus elas não dialogam com a portaria nacional de atenção básica, por exemplo, na ficha do e-sus trás que o ACS pode entregar exames, entrega de exames e consultas ao usuário na visita domiciliar, na portaria isso não tá claramente, então seria interessante que dialogasse com a portaria e principalmente pela mudança das atribuições do ACS (G6).

É notório que a Política Nacional de Atenção Básica articula a atenção primária com iniciativas importantes do SUS, apresentando as competências de cada membro das equipes de atenção básica, dentre eles, o Agente Comunitário de Saúde, que é responsável por cadastrar todos

os indivíduos de sua microárea e manter os cadastros atualizados, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, visitas domiciliares e desenvolvendo ações que promovam integração entre família e equipe de saúde (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, dispõem legalmente acerca das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, ressalta que a entrega de consulta e/ou exames especializados não é uma responsabilidade do ACS, sendo esse um ato aos cuidados da parte administrativa da unidade de saúde, salvo exceções. Porém, contrariando a legislação, na prática, essa atribuição é desempenhada na maioria das vezes por esses profissionais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011c).

Mas, com a implantação do e-SUS, o ACS fica responsável por preencher as fichas de cadastro individual, cadastro domiciliar e territorial, visita domiciliar e territorial, marcador de consumo alimentar e ficha de atividade coletiva. De fato, na ficha da visita domiciliar há um campo para confirmação da realização da visita, mas para ser assinalado apenas pelo profissional que está preenchendo e há campos que contemplam a entrega de exames e consultas, porém isso contraria as atribuições previstas na legislação que rege a profissão (BRASIL, 2015b).

Relatando a ausência de uma orientação sistemática para o processo de implantação da estratégia e-SUS AB.

A ausência de uma orientação sistemática para o processo de implantação da estratégia e-SUS AB no município de João Pessoa, levou a desconfortos e inseguranças por parte de profissionais de saúde e gestão como um todo. Pelos relatos, percebeu-se a falta de apoio por parte do Ministério da Saúde para capacitação dos gestores e posterior capacitação das equipes de saúde da família. Logo, os gestores tiveram que se autocapacitarem e, a posteori, realizar a capacitação dos profissionais de saúde. Além disso, a transição entre os sistemas gerou outra inquietação, no sentido de ter medo de abrir mão da alimentação das informações através do SIAB, na confiança de obter retorno aprimorado do e-SUS. Seguem os relatos:

[...] A partir do momento que é uma novidade, mesmo já trabalhando com sistemas de informação, mas era um sistema novo, acho que no início tinha que ter vindo alguém, tivemos apenas uma reunião com os representantes do Ministério aqui na Paraíba, mas não tivemos uma capacitação para os gestores, então tivemos que estudar e capacitar os profissionais (G12).

[...] No início, ficamos meio assustados com a novidade, porque trabalhávamos com vários sistemas, vários impressos e a princípio nosso medo era o seguinte, vamos deixar de alimentar mesmo os outros sistemas, e se esse sistema não der certo? (G12).

[...] Até porque não teve tempo para que ele fosse implantando de uma forma mais sistemática, onde as pessoas fossem trabalhadas dentro de uma orientação maior (G11).

[...] Eu acho que esse e-sus foi colocado de uma forma muito direcionada, eu em nenhum momento, vi, li ou participei de algum movimento na perspectiva da mudança do SIAB. Sabemos que toda mudança tem uma inquietação própria, tanto de quem vai gerenciar o processo como de quem vai executar (G9).

No setor de saúde, convencionalmente surgem situações com alto grau de complexidade, envolvendo relações adversas e com pressão por resultados, para que sejam feitas intervenções e avaliações adequadas, diversas demandas e necessidades de indivíduos e coletividade devem ser levadas em consideração (FARIA et al., 2009).

Sabe-se da complexidade envolvida na implantação de um sistema de informação, primordialmente quando ocorre a substituição de um sistema e remodelação importante de toda uma rotina de trabalho dos profissionais, gerando na maioria das vezes inseguranças. Assim, enfrentando os desafios propostos, o estudo de Oliveira et al. (2016) relatam a realização de reuniões para implantação do e-SUS AB no município de João Pessoa, com a participação das cinco referências da gestão da informação e a Gerência de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde. Após o desempenho do cronograma de atividades para a implantação, foi elaborado um relatório com as dificuldades enfrentadas nesse processo e repassaram para Diretoria de Atenção Básica, em busca da otimização do sistema e correção das falhas.

c) Destacando as condições intervenientes

As dificuldades relatadas nas causas e contexto do fenômeno 2 podem ser atenuadas, através das condições intervenientes que constituem a categoria “**Relatando a necessidade de aprimoramento do e-SUS AB**”, que engloba três subcategorias: “Vendo as atualizações do e-SUS AB como meio para a correção das dificuldades”; “Percebendo a necessidade da emissão de relatórios e melhoria no modo CDS como ferramenta para direcionar estratégias e realizar a vigilância em saúde” e “Reconhecendo que o PEC pode trazer melhorias ao processo, mas é necessária uma logística para sua implementação”.

Assim, a reestruturação completa do sistema de informação da atenção básica, através do SISAB, só será possível, se houver envolvimento da gestão, dos profissionais de saúde e trabalhadores do SUS, o que promoverá uma utilização efetiva do sistema e aprimoramento contínuo por meio das versões lançadas para estratégia e-SUS AB. O SISAB contempla o registro

das informações das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Atenção Domiciliar e ações realizadas no Programa Saúde na Escola e Academia de Saúde (BRASIL, 2016a).

Vendo as atualizações do e-SUS AB como meio para a correção das dificuldades

O e-SUS AB tem passado por atualizações de suas versões desde sua elaboração e implementação do SISAB em substituição ao SIAB. A cada nova versão algumas modificações importantes são realizadas, e alguns gestores relatam a demora em chegar a uma versão que possibilite a geração de relatórios completos para o aperfeiçoamento do seu processo de trabalho, no que diz respeito, ao monitoramento e avaliação da informação para a tomada de decisão. Ressaltaram também, que algumas atualizações requerem a realização de um novo treinamento, recolhimento de fichas e introdução de novas, que podem ser observado nestes discursos:

[...] Acho que foi implantando mais ou menos em abril de 2014 e que até agosto de 2014 que íamos ter a versão 2.0 com relatório, e essa versão nunca foi chegando, demorando, demorando, e aí perdemos tudo que tínhamos de relatórios, de acompanhamento com o SIAB, porque ficamos com aquela solução de descontinuidade (G14).

[...] Outra dificuldade é a questão das mudanças, já temos várias versões, então temos muitas modificações, que visa melhorar, claro, mas acaba gerando mais outra coisa, é uma nova versão, tem que ter outro treinamento, explicar tudo de novo, modificar ficha, recolher as anteriores, confeccionar novas, então tem todo esse trabalho dinâmico (G4).

[...] Então, com o e-SUS não seria diferente, é um sistema novo, que os profissionais estão se adaptando, já faz um tempo, mas a cada nova versão esses profissionais tem que estar capacitados para manusear o sistema e adequar de acordo com a realidade (G6).

Desde sua implantação o e-SUS AB passou por três atualizações nas modalidades Coleta de Dados Simplificada e Prontuário Eletrônico do Cidadão, que foram versão 1.3 de implantação em 2014, a versão 2.0 lançada em 2015 e a versão 2.1 com novos aprimoramentos instituída em 2016.

Destacando as modificações nas versões da modalidade CDS, pode-se verificar mudanças e implantação de novas fichas de utilização dos profissionais. A versão 1.3 foi composta inicialmente por 7 fichas: Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual, Cadastro Domiciliar, Cadastro Individual, Ficha de Atendimento Odontológico Individual (BRASIL, 2014a).

Em relação a versão 2.0 foram acrescentadas a Ficha de Atendimento Domiciliar e a Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão, que são de uso exclusivo do Serviço de Atenção

Domiciliar (SAD), serviço que atua em parceria com a atenção básica, porém tem sua própria equipe atuando numa dinâmica independente da ESF; e, por fim, foi implementada a Ficha Marcadores de Consumo Alimentar, que acrescentou a realidade do processo de trabalho das equipes de ESF (BRASIL, 2015a).

Enquanto que, a versão 2.1 trouxe diversas modificações nas fichas já utilizadas, acrescentando ainda o campo de cadastro territorial, modificando as fichas agora chamadas de Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial e Ficha de Visita Domiciliar e Territorial. Houve a implantação ainda da Ficha Complementar, que está relacionada ao Registro de Emergência em Saúde Pública de Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia de Zika Vírus (BRASIL, 2016a).

Atualmente, o município de João Pessoa faz uso de oito fichas, não utilizando apenas as fichas de Avaliação de Elegibilidade e Admissão e de Atendimento Domiciliar, que são de uso exclusivo do SAD e a Ficha Complementar, que está passando por avaliação da forma de preenchimento para implementação e uso das equipes de saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Percebendo a necessidade da emissão de relatórios e melhoria no modo CDS como ferramenta para direcionar estratégias e realizar a vigilância em saúde.

Na visão dos gestores, as atualizações que o e-SUS AB vêm passando já acarretou melhorias na manipulação do sistema, no entanto, alguns gestores ainda relatam as suas expectativas e a necessidade de aprimoramento do sistema para atingir o objetivo inicialmente proposto, o de fornecer informações completas que darão suporte para o planejamento e ações na atenção básica.

[...] Então, o ponto positivo que acho é o diálogo que vem tendo até com os profissionais que realmente preenchem, fazemos essa avaliação com eles, e devolve isso para as reuniões que vem tendo, e a cada nova versão ele vem sendo atualizado com o que a gente vem falando, não só a gente, mas no Brasil todo, de dificuldades que vem encontrando e que poderia melhorar. Então, acho isso um ponto positivo do sistema, mas acho que ainda ele não conseguiu atingir o que ele foi proposto (G14).

[...] Como profissional da saúde influencia bastante, porque é através desses dados do e-SUS que podemos estar fazendo planejamentos e ver a situação da população. Mas, infelizmente, como não temos acesso aos relatórios acaba que não tá vindo por completo. Desejamos que o mais rápido consiga ter acesso a esses relatórios, para poder ter uma munção maior para podermos trabalhar (G13).

O município de João Pessoa, utiliza até o momento a modalidade CDS, que é um dos componentes do e-SUS AB para unidades sem informatização. Nessa modalidade, o preenchimento das fichas é realizado para coletar os dados durante os atendimentos e atividades desenvolvidas

pelas equipes de saúde da família. Os dados são digitados no CDS off-line ou PEC e depois são encaminhados para o SISAB, através do PEC com conectividade (BRASIL, 2016a).

No entanto, a modalidade CDS ainda não gera relatórios consistentes para realização da vigilância em saúde, dessa forma, o planejamento e avaliação são deficitários, prejudicando o trabalho da gestão e o *feedback* com os profissionais de saúde. O que se tem hoje são estatísticas gerais de atendimento, procedimentos realizados e também cadastros individuais e domiciliares. Eis alguns relatos:

[...] O relatório mostra quantos atendimentos médicos daquela equipe, quantos atendimentos de enfermagem, x educação em saúde que foi feito, daí dá pra gente ver como anda o atendimento daquela equipe, como é que anda o território, no que tá falhando (G8).

[...] Hoje, os relatórios trazem apenas o número de consultas que aquele médico, enfermeiro ou dentista fez naquele mês, aonde foi essa consulta, número de exames solicitados, quantos cadastros individuais e domiciliares o ACS fez naquele mês, então é uma coisa pouco palpável, por isso temos a sala de situação. Mas, assim o pessoal da secretaria consegue puxar um relatório melhor, como temos essas reuniões mensais, ainda conseguimos ter um acesso um pouquinho melhor, mas não chega a ser muito qualitativo não (G13).

Para fins de discussão com as equipes, apenas com as informações fornecidas pelos atuais relatórios, o processo de planejamento e a avaliação das ações realizadas torna-se fragilizado pela falta de qualidade das informações, o que acarreta a necessidade de um trabalho paralelo ao e-SUS chamado “sala de situação”, que oferece um suporte à essas discussões, ampliando qualitativamente às informações, para realizar monitoramento e a vigilância em saúde com as equipes. Como pode ser observado nos relatos dos gestores abaixo:

[...] E, o que vejo do e-SUS, é a questão de não termos um relatório, como tínhamos no SIAB, de trabalhar com as equipes, a produção dos dados que eles tinham, então acaba que hoje, trabalhamos muito com a sala de situação que criamos, e não com os dados vindos do e-SUS (G14).

[...] Se existisse o relatório como precisamos trabalhar vigilância em saúde, não precisaria fazer o trabalho paralelo que criei. Fazer uma sala de situação, mas aí não precisaria criar uma outra planilha para a sala, eu poderia alimentar a sala de situação com o relatório do e-sus, isso é o que os profissionais até no início reclamaram, mas já tem os relatórios do e-sus, porque precisa de um registro paralelo dessas informações (G12).

[...] Se ele tivesse o relatório mais detalhado para vigilância em saúde seria uma peça chave, infelizmente como não tem, a gente trabalha vigilância em saúde por meio de salas de situação com dado referido (G1).

[...] A gente pode discutir isso aí a nível de atenção básica, era o objetivo maior, até para mim quanto direção técnica, mas no momento não acontece, por não ter essa

questão do relatório, a gente elencou alguns indicadores extra e-SUS, para tá acompanhando juntos a equipes e discutindo junto as equipes (G2).

[...] Outra coisa é o programa não ter um campo que contemple saúde da mulher, somente citológico, saúde do idoso, hiperdia, que antes no SIAB tinha, hoje não tem, então tivemos que fazer uma sala de situação para termos um acompanhamento mais afinho disso, e que com o SIAB tínhamos o SSA2 que acompanhava todo o processo (G11).

O conceito de vigilância considerado “moderno” foi apresentado por Langmuir (1963, p. 182)

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Atualmente, a vigilância em saúde teve seu conceito ampliado e está ligada a todas as ações de prevenção e promoção a saúde, controle de agravos, monitoramento epidemiológico, sanitário, ambiental e de saúde do trabalhador, utilizando ferramentas em todos os níveis federativos, federal, estadual, municipal e regional, para elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, como também medidas de controle, entre outras ações (BOCCATTO, 2012).

A vigilância em saúde torna-se desse modo, função indissociável das práticas de saúde, sendo também um dos objetivos de utilização do sistema de informação em saúde. Assim, a necessidade de emissão de relatórios completos pelo e-SUS AB é uma expectativa relatada pelos gestores, a fim de que se tenham ferramentas que direcionem estratégias na busca de aperfeiçoamento nas ações em saúde, elevando a qualidade dos serviços ofertados à população e cumprindo um trabalho eficaz de vigilância em saúde, conforme demonstram as falas seguintes:

[...] Não conseguimos ter acesso aos relatórios, um relatório mais qualificado, por isso tivemos que entrar com a sala de situação pra termos alguma discussão sobre indicadores, não podíamos só ficar com dado, porque não conseguimos ter uma informação completa se não trabalhamos aquele dado (G13).

[...] E tem mais as pessoas que vieram do ministério da saúde para fazer os treinamentos deixou claro, não precisa dar continuidade a isso, porque o e-sus dá o resultado, a gente não conhecia, quando fomos colocar na prática, eu não tenho esses relatórios, então esses anos todos de e-SUS, de 2014 para cá não consigo tirar uma série histórica para fazer um processo avaliativo (G9).

[...] Devido ao sistema não disponibilizar esses relatórios para gente, então fica difícil, os relatórios que a gente tem ultimamente são mais quantitativos, onde a gente monitora como tá a alimentação de cada unidade no sistema (...) mas, infelizmente fazer vigilância em saúde pelo e-SUS, pelos relatórios que tem hoje não dá (G1).

[...] E outro ponto negativo, é que o relatório ele não é emitido da forma como a gente espera, para poder adequar esse relatório a um planejamento efetivo da prática (G6).

[...] Hoje, ainda não influencia muito não, porque como o sistema de informação em saúde é utilizado para vigilância em saúde, a gente não consegue ainda fazer esse tipo de trabalho (...) com o sistema CDS ainda, dificulta essa parte de vigilância em saúde (G8).

[...] Então, acabamos que pegamos alguns pontos que consideramos mais chaves de trabalhar e outros estamos deixando de lado um pouquinho, porque não consegue chegar a analisar esses dados, a vigilância fica prejudicada (G14).

Bocatto (2012) destaca que, com o foco na Saúde da Família e Comunidade, foi promovido pela equipe de profissionais de vigilância reforma na logística do processo de trabalho e fluxograma de informações no âmbito de prestação de serviços em saúde, elencando os seguintes princípios norteadores: a manutenção da qualidade na coleta de dados; a consolidação desses dados em informações fidedignas; a ampla disseminação dessas referidas informações a todos aqueles que as geraram e que delas necessitam tomar conhecimento, servindo de ferramenta para a elaboração de programas, a identificação de fatores de risco, a aplicação de medidas de controle; a capacitação e o aprimoramento de pessoal; a aquisição de equipamentos e tecnologias e o desenvolvimento de produções científicas.

Com base nisso, nota-se que a utilização do e-SUS AB para aplicabilidade de ações preconizadas no âmbito da vigilância em saúde ainda é incipiente, após dois anos de implantação, e ainda são identificadas fragilidades relacionadas a ausência de mecanismos de avaliação e controle dos dados produzidos, dificultando a análise territorial da situação de saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Reconhecendo que o PEC pode trazer melhorias ao processo, mas é necessária uma logística para sua implementação.

Frente ao exposto acerca das dificuldades enfrentadas com o uso da modalidade CDS, os gestores relataram suas expectativas de melhorias se houver a implantação do PEC, a modalidade destinada a Unidades Básicas de Saúde informatizada e com algum grau de conectividade. No entanto, a logística necessária para tal processo e os recursos para sua implementação são amplamente discutidos, visto que é preciso um forte investimento para a reestruturação das unidades e a adaptação frente à nova tecnologia que será utilizada.

Dessa forma, observa-se que a percepção dos gestores acerca do uso do PEC é positiva, porém a falta de recursos financeiros e apoio do Ministério da Saúde, tem dificultado sua implantação e, conseqüentemente, retardando as melhorias no processo de coleta e entrada de dados, no fluxo de dados na rede e no *feedback* com os profissionais dando suporte ao trabalho fundamental que é a vigilância em saúde. Seguem as falas:

[...] Ainda não conseguimos utilizar o PEC, que seria no momento que o profissional está atendendo o usuário, ele estaria ali fazendo a evolução, tudo informatizado e iria direto para o sistema. Então, acho isso o ponto mais negativo que temos, porque infelizmente ainda não temos estrutura para isso (G13).

[...] Se o PEC fosse instalado logo, mas o financiamento do ministério da saúde não existe para isso, nós temos hoje 192 equipes, é muito caro, para cada profissional ter seu computador para tá fazendo aquela informação diária, e temos ainda muitos profissionais que não tem muita noção de informática (G8).

[...] As várias realidades existentes no Brasil, que permitem o uso do PEC melhora a questão da captação dos dados facilita bastante. Em João Pessoa temos 191 equipes da família, e não tivemos condições de adaptação de aparato tecnológico para cada profissional usar o PEC (G1).

[...] A mudança para o PEC, que é o ideal do sistema de informação, que esse usuário esteja conectado em toda a rede, e ter as informações desse usuário em toda a rede, então a gente vislumbra que o ideal será o PEC, mas aí a gente tem que pensar em toda a logística e infraestrutura de manutenção que é necessária também para o PEC (G6).

[...] Tem como melhorar se a gente entrar na questão do PEC, que a gente precisa ter computadores em todos os locais, que isso é uma vontade da gestão, mas que gera as dificuldades, 86% de cobertura de ABS, é uma rede grande, então tem a questão da informatização, manutenção, segurança, tudo isso que influencia (G5).

[...] A ideia é implantarmos o PEC o mais rápido possível, mas que para isso precisamos de investimento, de segurança nas unidades, precisamos de técnicos de informática (G12).

O sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi elaborado para o atendimento de equipes de atenção básica atuantes em Unidades Básicas de Saúde, parcial ou totalmente informatizadas, essa modalidade amplia integração e gestão do cuidado pelos profissionais, e são indispensáveis do ponto de vista de gerar valor de uso aos sistemas de informação em saúde. No entanto, um prontuário eletrônico pode ser implementado de diversas formas, considerando diferentes processos de trabalho (BRASIL, 2014a).

Vale ressaltar que, além do incentivo financeiro necessário para adaptação das unidades à nova tecnologia e também, treinamento dos profissionais de saúde para manipulação do PEC, temos

a questão da segurança pública, infelizmente em alguns locais existe uma onda de insegurança e acontecimentos de furtos a equipamentos das unidades.

[...] Porque, não temos ainda o e-SUS automatizado, com tablet, computador nas unidades, até porque o índice de violência e de furto é altíssimo, as unidades estão sendo depredadas, furtadas, estão sendo saqueadas, e você colocar um investimento nessa magnitude para saber, tivemos uma exemplo de ter colocado um computador de três horas da tarde no outro dia já não estava mais lá, então tem essa dificuldade (G9).

Os desafios para o fortalecimento da estratégia e-SUS AB podem gerar frutos na efetivação dos princípios doutrinários do SUS no âmbito da promoção a saúde, através do uso de inovações tecnológicas no campo da saúde pública. No entanto, alguns aspectos dificultam a viabilização, por exemplo, de implantação e plena utilização do e-SUS com a modalidade PEC. Sabe-se que o subfinanciamento da Atenção Básica tem impossibilitado em vários contextos, a compra e instalação de computadores com conectividade a internet nas unidades de saúde da família, além da adaptação dos profissionais ao uso da tecnologia e demanda de tempo para cumprir o preenchimento dos dados requeridos no prontuário eletrônico (CABRAL et al., 2015).

Em alguns Distritos Sanitários foi realizado um levantamento dos recursos necessários para realização de um teste piloto em algumas USF para a utilização do PEC, no entanto, encontra-se em fase de planejamento e discussão pela Secretária Municipal de Saúde do município. Seguem os discursos:

[...] Em relação ao PEC pensamos em fazer com algumas equipes a priori, não dá pra fazer com todas ainda por falta de estrutura, mas já contabilizamos o que precisa, a quantidade de computadores que precisamos, então isso já é uma coisa que a secretaria está planejando, ainda não tem uma data (G13).

[...] Em relação ao PEC, o município vem dialogando nessa perspectiva, tem até um projeto de se fazer em unidades pilotos, está no processo de discussão, mas com essa crise toda que enfrentamos, tem um custo bem significativo (G10).

[...] O PEC para ser implantado necessitaria passar por um processo de adaptação grande, com um teste piloto, e reestruturação das unidades, acesso a internet, educação permanente em saúde com os trabalhadores para manusear o equipamento tecnológico. E há locais que teriam dificuldades para tal. Mas, acredita que o município caminha bem para esse processo (G4).

[...] Foi feito um projeto piloto para implantação do PEC em um distrito, mas ainda está parado, não conseguiu executar, porque não temos equipamento, segurança, precisa de tudo isso. Temos que ir devagar, pensando também que temos profissionais na ponta que são bem antigos na rede, ainda tem dificuldade pra preencher as fichas, ainda tem profissional que preenche suas fichas é a técnica, a pessoa da recepção, então imagina a dificuldade para usar computador (G12).

Relatos demonstraram a existência de uma pressão por parte do Ministério da Saúde para implantação do PEC no município, no entanto, não há recurso financeiro para investimento, o que dificulta e atrasa o processo. Além disso, a de se considerar em relação à forma que o e-SUS foi colocado por parte do Ministério da Saúde. Um dos gestores entrevistados, relatou que a efetividade do e-SUS seria possível se houvesse implantação da modalidade PEC, no entanto, com o modo CDS ainda não foi possível identificar pontos positivos e ressalta a vontade de usar novamente o SIAB, como mostram essas opiniões:

[...] Na verdade, o Ministério vem pressionando para que tenhamos o PEC, mas a grande dificuldade em relação ao PEC é o custo, porque eu tenho que ter vários computadores, e aí o ministério também não quer dar nenhuma contrapartida em relação ao incentivo financeiro, que tem que ter, para conseguirmos implantar (G14).

[...] Então, é essa a crítica que faço em relação ao e-SUS, talvez a intenção dele tenha sido pensada nesse sistema de informação completo, no momento que o agente de saúde, por exemplo, faz uma visita na residência, ou qualquer outro trabalhador, essa informação imediatamente já está no sistema, mas não é bem assim, então se for avaliar como tem hoje, eu juro a você eu preferia o SIAB. Não consigo enxergar nenhum ponto positivo nesse momento não, se tem a gente não teve oportunidade de percebê-lo ainda. Qual foi a real intenção do ministério em relação a isso, eu não sei (G9).

O e-SUS AB com a modalidade PEC permite a integralidade no processo de cuidado, pela continuidade da assistência com o uso de dados ininterruptos do local onde for realizado as práticas de saúde, através da utilização de recursos tecnológicos, dando suporte para realização de planejamento estratégico e ações pontuais, e também nas ações gerenciais da Atenção Básica, no controle das condições organizacionais e de funcionamento dos serviços de saúde, além do suporte as atividades essenciais no funcionamento do serviço (BRASIL, 2014a; CABRAL et al., 2015).

Apesar de serem muitos os requisitos de um Prontuário Eletrônico para a AB, sabe-se da necessidade do investimento financeiro que viabilize a efetividade do sistema e uso por parte da gestão e profissionais de saúde, o que traria melhorias para ambos, pela elevação da qualidade da informação produzida e, conseqüentemente, o fornecimento de subsídios para aprimoramento das práticas assistenciais e gerenciais.

d) Elencando as estratégias de ação

Com base nas perspectivas de mudanças relacionadas para melhoria no processamento do e-SUS AB, o fenômeno 2 foi moldado, através de atos que buscaram atenuar os problemas encontrados até o momento, o que originou a categoria: **“Buscando soluções gerenciais para o**

aprimoramento do e-SUS AB”, que foi composta por duas subcategorias: “Procurando soluções gerenciais, através da motivação e supervisão do processo de trabalho da equipe de saúde” e “Repassando as dificuldades às instâncias de saúde em busca de novas soluções para melhor funcionamento do sistema”.

Procurando soluções gerenciais, através da motivação e supervisão do processo de trabalho da equipe de saúde.

Novamente, a vigilância em saúde é destacada como ponto crucial no processo gerencial. A literatura destaca que é necessário o reconhecimento da valorização da informação para o planejamento e ações e promoção de melhorias na supervisão do processo de trabalho em saúde (RADIONGA et al., 2010).

Assim, a realização do *feedback* com os profissionais de saúde é primordial, tanto para o trabalho, na obtenção de parâmetros e indicadores que embasem as ações, como para o trabalho da gestão de vigilância em saúde, porém, infelizmente ambos estão prejudicados por conta da emissão de relatórios pouco detalhados que ainda são ofertados pelo e-SUS. Dessa forma, a avaliação é realizada de forma superficial por falta de informações concretas, que possam subsidiar as ações em saúde. Esses elementos foram trazidos na fala de alguns gestores:

[...] E um ponto negativo é a questão que o trabalhador também se preocupa em preencher as fichas e informar os dados para quem quer que seja, no caso o distrito, mas não tem o feedback (G2).

[...] Antes eu tinha uma fichinha que eu só ia marcar o consolidado no final do mês e tal, e aí de repente, eu tenho que marcar de cada usuário, o cartão SUS, cada procedimento, e como é que vou saber, e a angústia que antes eu tinha esse relatório comigo, uma cópia ficava na equipe de quantos atendimentos eu fiz, quantas gestante, quantos procedimentos, e agora vai para o distrito, e não sei se retorna, e quando retorna é a mesma fichinha, sem um consolidado (G7).

[...] A gente avalia, mas não é nem epidemiologicamente falando, a gente avalia mais, quem entrega, quem não entrega, qual o quantitativo de entrega, a quantidade de fichas que as pessoas fizeram, quantas pessoas foram atendidas, mas assim é muito frágil (G9).

Assim, a motivação da equipe para uso do e-SUS visando melhorias no processo de trabalho é um ponto que vem sendo trabalhado, para estimular a aceitação e adesão dos profissionais ao novo sistema é fundamental seguir com o acompanhamento da situação de saúde dos territórios.

O uso das fichas também são impulsionados, pois algumas delas ainda são deixadas de lado como a de acompanhamento nutricional, dessa forma, a gestão também atua estimulando e

conscientizando esses trabalhadores para fazer o preenchimento desse impresso, para a alimentação e acompanhamento da parte de informações nutricionais, através do e-SUS. Como relatado a seguir:

[...] A dificuldade maior, na verdade, não vejo como uma grande, mas é fazer com que as equipes entendam a importância, que o e-SUS precisa ser acompanhado, bem direitinho, porque a partir dali que a gente vai ter um banco de dados, e assim vai poder ter uma sala de situação mais fidedigna (G3).

[...] Então, estou nesse processo de trabalho para impulsionar o uso da ficha, para que a gente possa ter esses dados nutricionais, então precisamos estar alimentando esses dados nutricionais no e-SUS e para isso, a gente precisa está estimulando as equipes a estar fazendo o uso da ficha (G1).

Um dos principais desafios da atual gestão pública é a motivação pessoal dos profissionais, considerada uma estratégia fundamental para estimular o potencial dos indivíduos no alcance de objetivos e ideais. Dessa forma, por meio da educação permanente instituída por meio da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, tem-se uma grande ferramenta de motivação, de aprendizagem no trabalho construindo novos conhecimentos, conscientização dos profissionais e transformações de práticas nos serviços de saúde e pactuação no trabalho (SILVA; PEIXOTO; BATISTA, 2011; UNA-SUS/UFMA, 2016d).

Repassando as dificuldades às instâncias de saúde em busca de novas soluções para melhor funcionamento do sistema.

Os relatos acerca das dificuldades enfrentadas foram pautados na busca de soluções para as problemáticas encontradas e por meio do repasse das dificuldades para as outras instâncias de saúde, onde são relatadas as necessidades de aprimoramento do e-SUS e a busca da potencialização no uso do sistema de informação. Para tanto, são realizadas reuniões mensais com os gestores da informação de cada Distrito Sanitário e o gestor da Secretaria Municipal de Saúde para discussão do trabalho desenvolvido, através da análise das informações levantadas com a sala de situação, bem como, os pontos fortes e fracos do e-SUS AB.

[...] Têm algumas reuniões na secretaria de saúde também, como se fosse um GT, em cada distrito tem um representante, somos cinco e mais uma pessoa da secretaria que fica dando apoio a nós em relação a isso, então nos reunimos mensalmente, ou então mais de uma vez quando necessário, para discutir a sala de situação e discutir também alguns problemas ou falhas no e-sus, como também as coisas boas que está trazendo de novidade (G13).

[...] Fazemos também essa conversa com o colegiado, sempre colocando em pauta a necessidade de potencializarmos o e-SUS, a digitação e a avaliação dos dados (G11).

[...] Tem, tanto que cada distrito tem sua referência de sistema e as meninas estão sempre em reuniões, e tanto que o sistema é atualizado constantemente, sempre tem uma nova versão, com o intuito de melhorar e chegar a esse objetivo maior (G2).

Nota-se que, há um bom contato com as outras instâncias para o repasse das dificuldades enfrentadas pelos gestores, a exemplo de um representante do Ministério da Saúde que faz o elo entre os gestores do município com a esfera federal, permitindo dessa forma, um *feedback* contínuo para análise das situações de adaptação e dificuldades com o novo sistema de informação, e em busca de aperfeiçoamento para o e-SUS.

[...] E, a referência em sistema na Secretaria, que é responsável pelos cinco distritos, se reúne mensalmente com as referências de cada distrito, para estar fazendo esse acompanhamento e está repassando essas dificuldades, e essa pessoa junto com o gerente de atenção básica e com a diretora da atenção à saúde fazem esse contato com o ministério da saúde, e a gente tem também o apoio institucional do ministério, que é uma pessoa que vem para JP, que tira alguma dúvida, leva o caso para o ministério, e faz o contato direto lá (G4).

[...] Há um *feedback* constante com a coordenadora dos sistemas de informação na secretaria que fica na gerência de atenção básica, que se reúne com as referências dos distritos, e entre em contato com o ministério e estar repassando as dificuldades (G7).

[...] Estamos em contato direto com um representante do ministério aqui na Paraíba, e estamos em contato com ela constantemente, ficamos levando as angústias (G12).

No âmbito gerencial, a compreensão de que o conflito torna-se um fenômeno esperado em locais de trabalho e organizações de pessoas, podendo ser visto como oportunidade de crescimento e mudanças no processo de trabalho ou até ponto de partida para a construção de novas ideias, através de espaços para discussão e exposição de opiniões, que serão exploradas, podendo levar a mobilização de novas práticas. Logo, os espaços criados para a busca de soluções gerenciais, proporcionando o diálogo com as partes envolvidas nas instâncias de gestão, abre um leque de oportunidades para firmação de novos pactos e iniciativas para adequação das necessidades na produção do trabalho em saúde (AYLMER, 2010; UNA-SUS/UFMA, 2016d).

e) Identificando as consequências

Os discursos demonstraram que algumas consequências do fenômeno 2 levaram à constituição da categoria “**Observando que a realização da vigilância em saúde não tem sido desempenhada de forma efetiva nas práticas assistenciais**”. Um aspecto bem discutido foi a modalidade CDS do e-SUS, alguns gestores relataram que dificultou a realização da vigilância em

saúde por parte da gestão e equipes, pois o acompanhamento fica limitado pela perda da riqueza de detalhes que dispunham, anteriormente com o SIAB.

[...] E outra o digitador, digita condicionado, então, a equipe fez, produz e vem pra cá, então é uma coisa muito de caixinha, não é aquele processo avaliativo, então tirou um pouco daquilo da pessoa está junto na equipe, discutindo, levantando quantos têm quantos não têm, é tudo muito individual. Até as de ações coletivas, ela é uma ação coletiva, teoricamente plural, mas na hora da ficha é individual, então é muito restrito nesse sentido, eu não consigo ainda identificar uma ação positiva não (G9).

[...] Mas, por outro lado as equipes, a gestão, perdeu um pouco do acompanhamento em si, trabalhamos com a modalidade CDS, e aí não temos a riqueza de detalhes trabalhando com essa modalidade do e-SUS, não conseguimos ter a riqueza de detalhes que tínhamos no SIAB, eu avalio que com esta modalidade do e-sus ficou um pouco prejudicado nesse sentido (G10).

Oliveira et al. (2016), destacaram que as maiores limitações do e-SUS AB com o modo CDS está na escassez de dados que são ofertados no relatório para exportação de informações do sistema, não passando por mudanças significativas mesmo com as novas versões, dificultando o acompanhamento da situação de saúde dos territórios e, conseqüentemente, o monitoramento, processamento de dados, planejamento e avaliação de ações por parte da gestão, no âmbito do distrito sanitário e Secretaria Municipal de Saúde.

Uma avaliação pessoal por parte de um gestor foi acerca do processo condicionado a preencher fichas que se estabeleceu por parte de alguns profissionais de saúde com o uso do e-SUS. Notou-se certo comodismo de alguns trabalhadores, deixando a vigilância em saúde em segundo plano ou mesmo deixando de ser realizada, tornando o uso do sistema de informação em saúde, um processo mecânico de mero preenchimento de impressos.

É importante ressaltar que com o antigo SIAB, a manipulação das fichas proporcionava vinculação a realização da vigilância em saúde. Mas hoje, algumas equipes de saúde da família ainda não compreenderam que a vigilância local deve ser um processo intrínseco a sua prática diária. Seguem os relatos:

[...] Então, diferente do SIAB, que trazia para equipe mais informações, que aí poderia se até fazer a vigilância em saúde, que se perdeu um pouco com o e-SUS. Existe uma confusão e até um comodismo dos trabalhadores, aí é bem pessoal essa minha avaliação, é de que eles não fazem na unidade a vigilância em saúde, eles simplesmente ficaram condicionados a preencher fichas (G9).

[...] Acho que perdemos a informação, porque a equipe vinculava essa ação de vigilância a ficha do SIAB, mesmo que não pensasse, o SIAB já dava a resposta, hoje para gente ter resposta precisa que a equipe dê, e a equipe não tem, eles não fazem mais o banco, agora não é só culpa do e-SUS, é culpa da própria equipe que ainda não compreendeu a necessidade da vigilância local (G9).

Nesta perspectiva, uma revisão integrativa da literatura retratou dificuldades enfrentadas desde a época de uso do SIAB, destacando aspectos negativos relacionados a pouca utilização do sistema pela equipe de saúde da família, as dificuldades na utilização dos dados para direcionar as práticas e ações de saúde, as deficiências no processo de coleta de dados, no manuseio das fichas, na omissão de informações, acarretando dessa forma, o comprometimento do processo de informação e também a falta de capacitação dos profissionais para a utilização e acompanhamento do sistema de informação (RADIGONDA et al., 2010; FREITAS; PINTO, 2005; GERHARDT et al., 2011). Logo, as dificuldades de lidar com o SIAB foram acerca da operacionalização do sistema e também a falta de utilização das informações geradas pelos integrantes da equipe (NOGUEIRA et al., 2014).

Assim, pode-se notar um desânimo na fala do gestor, pelo fato de não ver a tentativa de alguns colaboradores em busca de unir esforços para a transformação de realidades dentro dos territórios de cobertura da rede de atenção básica a saúde, o que pode acarretar melhorias para os usuários dos serviços. Além disso, alguns profissionais de saúde ainda associam que deve haver um incentivo financeiro para a realização do trabalho do e-SUS. Como mostra o fragmento a seguir:

[...] Hoje, as pessoas não querem fazer vigilância, só quer fazer se for instituída, é uma coisa que tem ser verticalizada, não é uma coisa que eu preciso conhecer o meu território, o processo avaliativo, isso entristece, porque o saúde de família veio para essa realidade da gente fazer uma transformação de personalização desse usuário (G9).

[...] Eles fazem a relação do e-sus com a gratificação financeira, e que o ministério não faz esse incentivo financeiro (G11).

Um gestor relatou a perda da essência de realização da vigilância em saúde por conta do e-SUS, o que é percebido na conduta de alguns profissionais que têm insegurança quanto as informações relacionadas ao trabalho desenvolvido. E, outro gestor expôs o diálogo com os profissionais para que realizem um registro e planejamento paralelo, pela falta de emissão de relatórios úteis pelo e-SUS AB.

[...] Então, se você perguntar um dado hoje a certa equipe, a certo ACS, ele vai titubear, não vai saber te responder, talvez ele não saiba, porque perderam a essência da vigilância e aí culpabiliza o e-SUS, que indiretamente tem, porque ele não fornece para gente as séries históricas, para gente dar de volta e avaliar (G9).

[...] O diálogo que a gente sempre faz com os profissionais, é que mesmo com o e-sus eles precisam ter um organização do processo de trabalho, e que não fiquem esperando uma resposta do e-sus, mas que eles consigam ter esse registro e esse planejamento em paralelo, devido ao e-sus não emitir os relatórios (G6).

Assim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca as atribuições comuns a todos os membros das equipes de atenção básica, como a de realização de reuniões de equipes, a fim de discutir o planejamento e avaliação das ações realizadas, com base nos dados disponíveis; acompanhamento sistemático das ações implementadas e a promover a garantia da qualidade do processo de registro das atividades nos sistemas de informação da atenção básica (BRASIL, 2012a).

Diante do exposto, para que possa se cumprir o que é preconizado na PNAB é necessário que a vigilância em saúde tenha um processo sedimentado na prática dos profissionais de saúde, partindo da educação continuada em serviço, com o objetivo de treiná-los a desenvolver o senso de incorporar as práticas de vigilância ao seu processo de trabalho e reforçando vínculos com os demais profissionais dos outros níveis de atenção a saúde, levando a facilitação do fluxo de informação e elevação da qualidade dos serviços prestados a população. Dessa forma, a logística da vigilância em saúde tem que ser de conhecimento dos gestores em saúde, para que abram espaços de discussão sobre conteúdos da área durante as reuniões técnico administrativas, como também reuniões de vigilância local (BOCCATTO, 2012).

O desapontamento na fala de alguns gestores fica claro, em relação ao e-SUS ter vindo com o objetivo de informatizar os serviços da atenção básica e melhorar o processo avaliativo das ações, potencializando o trabalho da equipe, no entanto, após dois anos de implantação ainda não se alcançou o objetivo proposto de ser mais eficaz para fins avaliativos que o SIAB. E, mais uma vez é citado que o e-SUS acarreta um trabalho a mais, aumentando a sobrecarga de trabalho.

[...] Mas, assim, hoje eu vejo muitos pontos negativos, assim, a gente vendeu uma ideia aos profissionais na época da implantação do e-sus, que seria um sistema que daria informações qualificadas, que a gente a partir dali ia ter um extrato bem melhor do que o SIAB nos dava, da produção da equipe, seria um relatório de fato qualificado e hoje até agora não vimos nada disso (G7).

[...] Acho que o sistema funciona, mas tem todo um trabalho paralelo ao sistema do e-SUS, e aí que mais tem impacto nesse fato é que os profissionais encaram o e-SUS como algo a mais um trabalho a mais, que não vem para somar com o que já é feito (G2).

Observa-se que, a percepção da gestão acerca da utilização dos sistemas de informação como ferramenta de trabalho para construção de indicadores e suporte para a tomada de decisão na rede de atenção a saúde, como um instrumento para conhecimento territorial e dos usuários dos serviços, norteador também as ações da equipe de saúde da família (OLIVEIRA et al., 2016).

No entanto, como evidenciado pelos participantes, o e-SUS não tem atendido a essas demandas da forma que se esperava, porém destaca-se que a implantação do sistema e as diversas atualizações que vêm sendo realizadas, levaram a grandes modificações no processo de trabalho dos

profissionais e gestores. Espera-se que com a implantação do PEC, em breve, seja uma forma de solucionar a falta de informação para planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços e ações, como é preconizado e a realidade de saúde do Brasil tão carente.

A figura 6 apresenta o diagrama de ligação de todos os elementos do modelo paradigmático na constituição do fenômeno 2.

Figura 6 – Diagrama representativo do Modelo Paradigmático do Fenômeno 2.



4.5 Conexão dos fenômenos para identificação da Categoria Central.

Conforme exposto, o **Fenômeno 1** – *Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e sua influência no processo de trabalho dos gestores de saúde*, e o **Fenômeno 2** - *Apontando dificuldades de adaptação e perspectivas de aprimoramento do e-SUS AB*, foram discutidos em propriedades (significado da categoria) e dimensões (variações das propriedades), conforme o modelo paradigmático de Strauss e Corbin (2008), englobando os elementos: condições causais, contextuais, intervenientes, estratégias de ação e consequências.

Com base na interligação de todos os elementos e utilizando as ferramentas de codificação seletiva realizou-se o refinamento da teoria dando origem a categoria central do estudo: **“Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde”**, que se encontra representada na Figura 7, através de um diagrama que sintetiza os principais conceitos e conexões da teoria.

A etapa final da teoria fundamentada nos dados, requer um alto poder de abstração e aprofundamento na discussão de dados, na busca de uma colocação central que sintetize todos os elementos do modelo paradigmático, levando a essência da compreensão dos gestores de saúde acerca da qualidade da informação ofertada pelo novo sistema de informação da atenção básica, e-SUS AB como boa, porém revelando também, que há necessidades de melhorias na operacionalização do sistema para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

A partir da união dos dois fenômenos apresentados, pode-se constatar que os gestores de saúde possuem percepção positiva acerca do uso da informação em seus processos de trabalho, desde o planejamento até a avaliação das ações, fortalecendo assim, a tomada de decisão em saúde, mesmo com a existência de limitações organizacionais e funcionais. No entanto, foram ressaltados diversos fatores que dificultam o desenvolvimento do e-SUS AB, havendo necessidade de aprimoramentos na forma de processamento do novo sistema de informação, para que se ofereça um melhor *feedback* aos profissionais de saúde, que estão na ponta do sistema.

Vale destacar, as aspirações com relação a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão, que na percepção dos gestores potencializaria 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.

Os achados corroborado em estudo que avaliou 16 publicações em artigos acerca do uso dos sistemas de informação em saúde e as dificuldades de sua aplicabilidade no SUS, revelaram que o SIS disponibilizado pelo SUS é mais utilizado para a captura de dados administrativos, para custos

financeiros, no auxílio de decisões gerenciais, quando comparado a sua utilização na assistência direta ao usuário de saúde, levando a conclusão de que o sistema de informação muitas vezes visibiliza os processos de trabalho gerenciais, no entanto, torna o usuário do serviço invisível, e para mudança desse quadro a implantação de prontuários eletrônicos seria ideal. Os sistemas de informação em saúde auxiliam a gestão municipal, estadual e federal em relação aos programas necessários à administração e manutenção da saúde, no entanto, destacou-se a necessidade de aprimoramentos para melhor atendimento as reais necessidades dos profissionais e usuários de saúde, enfatizando ainda a indispensabilidade da realização de outros estudos que avaliem a qualidade dos dados, para que haja adequação às diversas realidades de saúde encontradas no território nacional (SANTOS et al., 2014).

Reforçando essa ideia, a literatura destaca que o modelo de informação e decisão em saúde necessita de reformulações, visto que a discussão dos meios de compreensão e uso da informação pela gestão em busca de decisões estratégicas é primordial. Assim, o monitoramento e avaliação são funções gerenciais básicas no enfrentamento dos novos desafios para o aprimoramento do SUS, envolvendo o uso de ferramentas e tecnologias que aperfeiçoem o processo de reconhecimento e intervenção nos principais problemas de saúde existentes, fazendo-se necessário desse modo, a criação de espaços de aprofundamento dos conhecimentos para uma tomada de decisão eficiente e eficaz por parte da gestão (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011; TANAKA; TAMAKI, 2012; UNASUS/UFMA, 2016c).

Destacando os elementos do modelo paradigmático da categoria central: *Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde*, apresentou as seguintes condições causais: *Percebendo o uso da informação de qualidade através do sistema de informação como ferramenta valiosa para o planejamento, avaliação de ações e a tomada de decisão em saúde e Vivenciando dificuldades no processo de adaptação e uso do e-SUS AB*, que revelam os fatos que influenciaram os fenômenos 1 e 2, porém, apesar de compreenderem a importância da produção de uma informação de qualidade para permear as atividades gerenciais, foram listadas pelos gestores inúmeras dificuldades atreladas a adaptação ao e-SUS AB, demonstrando impacto significativo em seus processos de trabalho.

Em relação ao contexto, envolvendo a categoria central, essa é influenciada pelas seguintes categorias: *Identificando pontos positivos do uso do sistema de informação para a tomada de decisão e Reconhecendo fatores que atrapalham o processo de trabalho*. Tais elementos, apesar de

opostos, convergem para a ação gerencial que deve ser permeada pelo uso das informações do sistema de informação, no entanto, com o e-SUS AB, esse processo tem apresentado fragilidades.

Os aspectos que alteram o impacto das condições causais, foram identificadas como condições intervenientes, são as seguintes categorias: *Modificando o processo de trabalho com a evolução do e-SUS e a emissão de relatórios consistentes e Relatando a necessidade de aprimoramento do e-SUS AB*. Essas categorias relatam pontos que intervêm de forma direta ou indireta para a elevação da qualidade da informação produzida e, conseqüentemente, o aperfeiçoamento do processo de trabalho dos gestores.

Para tanto, as estratégias de ação e interação foram atos praticados para moldar o fenômeno: *Realizando o monitoramento da informação e seu fluxo na rede, a organização dos recursos humanos e a supervisão do processo de trabalho e Buscando soluções gerenciais para o aprimoramento do e-SUS AB*. Essas ações buscaram aperfeiçoamentos no processo de adaptação ao uso do novo sistema de informação.

Como consequência de todas essas questões, os gestores estão: *Reconhecendo as influências positivas da informação do e-SUS AB no processo de trabalho e Observando que a realização da vigilância em saúde não tem sido desempenhada de forma efetiva nas práticas assistenciais*. Apesar do impacto da nova tecnologia e estabelecimento de interoperabilidade entre os sistemas de informação, foram identificadas consequências negativas na prática gerencial, como a perda da essência da vigilância em saúde nos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Portanto, a descoberta da categoria central consistiu na reunião de todos os produtos da análise, explanando através de poucas palavras a influência que a informação de qualidade exerce no processo de trabalho de uma gestão engajada com a missão do serviço.

Destacando uma outra vertente, nota-se a presença significativa de enfermeiros em cargos de gestão nesse estudo, mais de cinquenta por cento dos participantes, demonstrando que a enfermagem segue se destacando nas atividades de gerenciamento, fortalecendo sua prática do cuidado em saúde.

Neste contexto, vale ressaltar a presença ativa da Enfermagem no âmbito gerencial, reafirmando que o enfermeiro pode desempenhar sua prática em contextos dinâmicos, com uso de novas tecnologias, cujo método de trabalho pode ser aperfeiçoado, abrindo caminhos para o crescimento no conhecimento da administração em enfermagem, além de ser um campo riquíssimo para o desenvolvimento de novas pesquisas ligadas as organizações, liderança e gestão dos serviços de saúde e de enfermagem.

Destaca-se ainda a liderança atrelada ao processo gerencial do enfermeiro, uma vez que a presença do líder é fundamental para influenciar os membros de um grupo na busca da excelência no trabalho, frente aos avanços tecnológicos que acarretam mudanças dentro das organizações (VILELA; SOUZA, 2010; GAMA, 2012). Assim, ao lidar com novas tecnologias, como o caso dos sistemas de informação em saúde, o enfermeiro como gestor planeja, implementa e avalia ações, fortalecendo a rede de gestão compartilhada do SUS, além de que a liderança bem desempenhada acarreta benefícios para a saúde emocional dos gestores, trazendo possibilidades ainda de melhor desenvolvimento e crescimento profissional (LEE et al., 2010; KIAN; MATSUDA; WAIDMANN, 2011; ALBUQUERQUE et al., 2016).

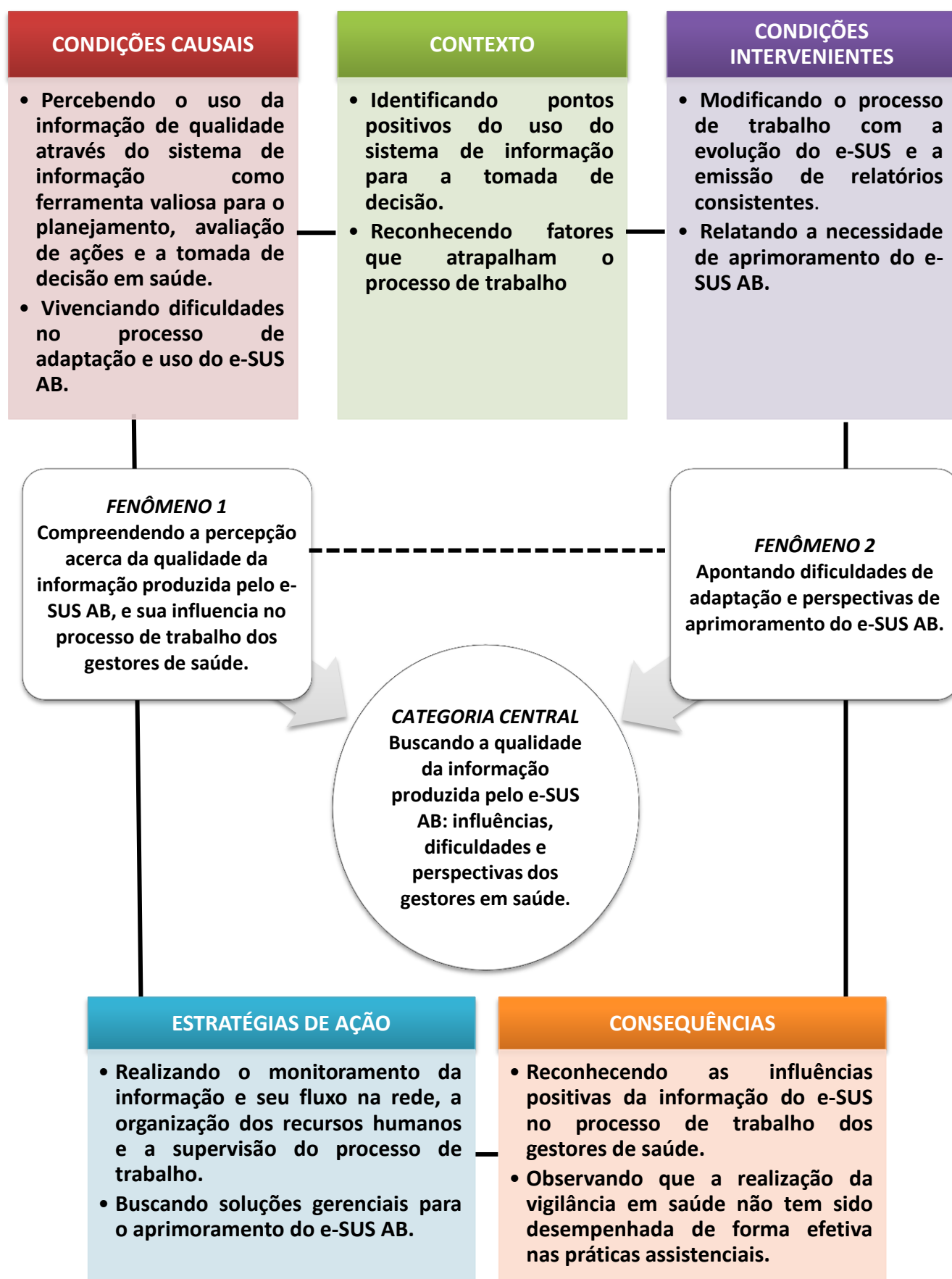
A teoria fundamentada na pesquisa em enfermagem e saúde é considerado um referencial metodológico de grande relevância, é uma das abordagens qualitativas mais utilizadas na pesquisa em enfermagem nos últimos anos, envolvendo conhecimento e reflexões progressivas, os procedimentos para o uso da TFD são estruturados e sistemáticos, levando a facilitação do uso, principalmente, para pesquisadores iniciantes (SANTOS et al., 2016). Outro destaque foi dado em um estudo que avaliou as pesquisas na pós-graduação no Brasil que utilizaram a TFD, revelando que 18% das teses pesquisadas apresentaram como objeto de investigação problemáticas envolvendo a área da gestão em saúde e o exercício profissional da enfermagem (SILVA et al., 2011).

Dessa forma, o presente estudo constitui respaldo científico para o desenvolvimento de outras pesquisas no campo da pós-graduação em enfermagem, trazendo diretrizes para o aprofundamento da temática sobre o SISAB, operacionalizado pelo e-SUS AB. Diante das considerações expostas, ressalta-se que as lacunas existentes no conhecimento científico da enfermagem acerca da prática e do sistema de informação em enfermagem podem encontrar respaldo com o uso da Teoria Fundamentada dos Dados no campo gerencial e da informação em saúde, havendo inúmeros desafios da gestão em serviços públicos de saúde a serem desvelados e enfrentados.

Além disso, revela-se através da categoria central, as perspectivas gerenciais acerca do uso de uma informação de qualidade na tomada de decisão, bem como, os impactos que a transição dos sistemas de informação da atenção básica tem causado nas atividades desempenhas pelos gestores de saúde. Contudo, nota-se uma forte motivação para implementação de mudanças positivas, a medida que o e-SUS AB passa por evoluções de suas versões, gerando expectativas por parte da

gestão para o aprimoramento das ações desenvolvidas e transformações de realidades fragilizadas, pela falta de informações consistentes para o acompanhamento das políticas e programas de saúde.

Figura 7 – Diagrama representativo do processo de desvelamento da Categoria Central.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação em saúde dão suporte para o planejamento, avaliação e a tomada de decisão dos gestores, as transformações e evoluções tecnológicas na área da saúde acarretam melhorias no nível de cuidado prestado à população, no entanto, pode haver contratempos durante a transição dessas tecnologias, bem como dificuldades para a adaptação ao novo, como foi o caso da mudança do SIAB para o novo sistema de informação da atenção básica SISAB, objeto investigado nesse estudo.

Diante dessa constatação e através da análise constante dos dados seguindo as etapas de codificação pautadas no aporte teórico metodológico da TFD, foi possível conhecer a compreensão dos gestores de saúde acerca dos significados da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e sua influencia no processo decisório. Assim, mostrou-se a importância do uso do sistema de informação para a efetivação das ações de vigilância em saúde, buscando elucidar os fatores que dificultam a realização do trabalho gerencial com o uso do e-SUS AB.

Os resultados deste estudo revelaram que, há diversidade na formação profissional nos cargos de gestão do município de João Pessoa-PB, o que pode ser positivo, quando se trabalha na perspectiva da interdisciplinaridade, permitindo visões diferentes em busca de soluções arrojadas para melhoria dos serviços de saúde, uma vez que o trabalho desenvolvido nos Distritos Sanitários de João Pessoa – PB pauta-se numa gestão compartilhada.

As funções gerenciais variaram de acordo com o cargo desempenhado, o que determina maior ou menor contato com o e-SUS AB, havendo o desenvolvimento de atividades diretas e indiretas ligadas ao sistema de informação. Destaque para os gestores de sistema de informação, que coordenam diretamente todas as atividades referentes aos sistemas de informação da atenção básica, havendo constante contato com os profissionais da ESF, gestores da Secretaria Municipal de Saúde e digitadores que atuam no processo de entrada de dados no sistema.

Diversos códigos preliminares foram empregados e categorias foram construídas ao longo da codificação dos elementos da TFD. E com a aplicação dos seis elementos do modelo paradigmático de Strauss e Corbin foi possível identificar o fenômeno 1 - Compreendendo a percepção acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB e sua influência no processo de trabalho dos gestores de saúde e o fenômeno 2 - Apontando dificuldades e perspectivas na adaptação e busca de aprimoramento do e-SUS AB.

O fenômeno 1 expôs a percepção da gestão acerca da qualidade da informação produzida pelo e-SUS, revelando que os gestores reconhecem a importância de ter ações pautadas pelo uso das

informações ofertadas pelo sistema de informação, configurando-se o retrato da realidade a ser trabalhada, em busca de estratégias para resolução de problemas.

Pode-se inferir, que a qualidade da informação produzida é dependente de diversos fatores, desde o preenchimento da ficha de coleta de dados até a entrada de dados no sistema, ambos os processos devem envolver reflexão e análise constante da situação de saúde que esses dados produzem, levando em consideração aspectos de dimensão da qualidade, como por exemplo: acessibilidade, confiabilidade, validade e cobertura das informações.

Ainda no fenômeno 1, foram apresentadas, as influências das informações produzidas pelo e-SUS no processo de trabalho dos gestores. Os relatos dos participantes explicitaram o e-SUS como uma ferramenta valiosa para a tomada de decisão, o desenvolvimento de ações e as formulações de políticas públicas, houve destaque também para alguns pontos positivos acarretados pelo uso do novo sistema de informação, no que diz respeito à redução da burocracia e retrabalho na coleta de dados.

Vale ressaltar, toda a logística necessária no processo de transição dos sistemas de informação e empenho de todos os gestores para a consolidação dessa nova proposta do Ministério da Saúde. Mesmo com uma orientação pouco sistemática, a gestão trabalhou amenizando atritos durante a capacitação dos profissionais de saúde e adaptações necessárias, como troca de fichas e contratação de pessoal para a digitação de dados no sistema centralizado de cada distrito sanitário.

O fenômeno 2 reuniu as principais dificuldades que os gestores enfrentaram no processo de adaptação e uso do e-SUS AB, assim como, os caminhos apontados para o aprimoramento do sistema. Em meio à nova tecnologia, muitas mudanças ocorreram desde a troca de impressos para o processo de coleta de dados, a adaptação da prática de envio das fichas semanalmente das USF para os Distritos Sanitários, a aceitação dificultosa por parte de alguns profissionais de saúde na adoção do e-SUS, número reduzido de digitadores para realizar o processo de entrada de dados no sistema, dentre outras referentes às especificidades locais. E a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no município é colocada como um ponto primordial para o aperfeiçoamento do fluxo informacional na rede.

A subjetividade e o pensamento crítico-reflexivo se fez presente em todo processo de análise tornando possível a descrição da experiência vivenciada pelos gestores de saúde no que tange a adaptação ao e-SUS AB e os desafios enfrentados desde sua implantação até o momento.

E seguindo as etapas de codificação, realizou-se a conexão dos dois fenômenos levando a construção da categoria central vivenciada pelos participantes, constituindo a teoria fundamentada:

Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde, possibilitando a constatação de que houve aceitação do e-SUS AB por parte da gestão, sendo demonstrado também o conhecimento acerca da importância do uso da informação para embasar os processos decisórios e mesmo em meio a adversidades enfrentadas no processo de adaptação, não foram relatadas apenas dificuldades, mas também foram apontadas estratégias para a melhoria do sistema de informação e aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados.

Destaca-se, no geral, uma perspectiva positiva por parte da gestão acerca da implementação do e-SUS AB, no entanto, a falta de recursos financeiros no município de João Pessoa-PB, limita a utilização plena do propósito de criação do sistema, que seria equipar a atenção básica com sistema de informatização qualificada, com vistas a tornar o SUS eletrônico.

O crescimento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município é notório, no entanto, faltam recursos (humanos e materiais) para ofertar melhor suporte às unidades de saúde da família e equipá-las, de forma que permita a instauração do PEC, assim como, a realização de treinamentos com os profissionais de saúde, para que se adaptem a nova realidade, de coleta e entrada de dados automática no sistema, que seria proporcionada pelo PEC, o que solucionaria boa parte das dificuldades relatadas pela gestão com a modalidade CDS.

Logo, com base no exposto, verificou-se que os gestores de saúde do município de João Pessoa-PB, se preocupam em utilizar informações de qualidade para a tomada de decisão, visando ao fortalecimento de estratégias para efetivação do e-SUS AB e elevação dos serviços prestados a população. O que pode se concretizar, a partir de melhores investimentos das instâncias estaduais e federais para reestruturação de unidades de saúde da família, adequando-se as necessidades tecnológicas para implantação efetiva do PEC e melhor preparo dos profissionais de saúde para atuarem nesse processo.

Este estudo apresentou limitações em relação à dificuldade de realizar a coleta de dados em alguns momentos, uma vez que os participantes possuem uma agenda de trabalho intensa, houve contratempos para a marcação das entrevistas. Como também, ocorreram impedimentos de acesso há dois gestores, que rejeitaram participar do estudo e o remanejamento de cargo de outros dois profissionais da gestão, impossibilitou incrementar a amostra com todos os gestores dos Distritos Sanitários do município.

Outra limitação diz respeito a escassez de publicações acerca do e-SUS AB, por ser um sistema de informação em saúde recentemente implantado há escassez ainda de pesquisas na área,

logo houve dificuldades de encontrar bibliografias consistentes para discutir alguns achados desse estudo. Desse modo, espera-se que este trabalho contribua para crescimento da literatura sobre a temática, proporcionando novos debates e pesquisas no campo da saúde e enfermagem.

Para tanto, é fundamental o envolvimento tanto da gestão, como dos profissionais de saúde e usuários nesse processo de efetivação do e-SUS AB, abrindo espaços para discussão de estratégias para aperfeiçoamento e enfrentamento de dificuldades. E por fim, ressalta-se a importância da instituição de protocolos de avaliação da qualidade da informação produzida pelo e-SUS, buscando criar uma cultura de vigilância em saúde em todos os envolvidos com planejamento, ações e avaliação dos processos de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, S.G.E et al. Liderança e os fatores potencializadores do cuidado na saúde do trabalhador: uma revisão integrativa. In: I CONBRACIS, v. 1, ISSN 2525-6696. Anais, Campina Grande: Realize, 2016, p. 1-12.
- ALMEIDA, D.B.; MELO, C.M.M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 75-80, jan./dez. 2010.
- AYLMER, R. Negociação e liderança: o papel da chefia direta na gestão da pressão. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.
- 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.
- BERNARDES et al. Fatores dificultadores no fluxo informacional do sistema de informação da atenção básica: influências sobre o processo decisório em saúde. **Rev. APS.**, v. 16, n. 4, p. 399-407, 2013.
- BITTAR, T.O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO.** v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.
- BOCCATTO, M. Vigilância em saúde. São Paulo: UNA-SUS/ Unifesp; 2012.
- 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. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do

art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

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, 2009a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. **Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Política de Atenção Básica. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Atualização sobre os Sistemas de Informação da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, 2013d. Disponível em :
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/DAB_e_SUS_AB_Adriana_Kitajima.pdf>. Acesso 20 Jan. 2017.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das Estratégias Saúde da Família. Unidade Geográfica: Município – João Pessoa/PB**, Competência: Janeiro de 2016 a Dezembro de 2016, 2016b. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso 20 Mar. 2017.

CABRAL, S.A.A. et al. A utilização do e-sus atenção básica (ab) no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do SUS. **INTESA** (Pombal - PB - Brasil) v. 9, n. 1, p. 01-04, 2015.

CAMPBELL, S.E. et al. A systematic review of discharge coding accuracy. *J Public Health Med*, v. 23, n.1, p. 205-211, 2001.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 5, supl. 1, 2005.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; REGO, D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CASANOVA, M. B. Information: the major element for change. In: WORMELL, I. (Ed.). **Information quality: definitions and dimentions**, London: Taylor Graham, 1990. P. 42-53.

CAVALCANTE, R.B. et al. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades e subutilização no processo decisório. **Cogitare enferm.**, v. 18, n. 3, p. 460-467, 2013a.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K.; GUIMARÃES, E.A.A. Sistema de informação da atenção básica como instrumento de poder. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 371-380, 2013b.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política nacional de informação e informática em saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 91-104, 2011.

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

CONASS. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS: monitoramento e avaliação**. 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>. Acesso em: 11 jul. 2016.

CONASS. Progestores. Nota técnica. **Estratégia E-SUS Atenção Básica e Sistemas de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. Brasília: DF, 2013.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Vigilância em Saúde**. Brasília: DF, 2007. (Coleção progestores: para entender a gestão do SUS).

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010.

CRUZ, M.M.; REIS, A. C. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp, 2011. 480p.

DANTAS, C.C. et al . Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-18, 1990.

DUARTE, M.L.C.; TEDESCO, J.R.; PARCIANELLO, R.R. The use of information systems in family health strategies: nurses'perceptions. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). Introdução a Interoperabilidade. Fundação Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/2399/M%C3%B3dulo_1_EPING.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso 15 Out 2016.

- FARIA H. et al. Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.
- 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.
- FIGUEIREDO, L.A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad Saúde Col.*, v. 18, n. 3, p. 418-423, 2010.
- FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de Informação da atenção básica-siab. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 547-54, 2005.
- GAMA, B.M.B.de M., **Material instrucional para disciplina de Administração em Enfermagem II**. Conteúdo: Liderança em enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.
- GERHARDT, T.E. et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1221-1232, 2011.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine, 1967.
- GLASER, B.G. **Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory**. Mill Valley, Ca.: Sociology Press, 1978.
- GUTIERREZ, M. A. Sistemas de Informação Hospitalares: progressos e avanços. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 3, n. 2, abr./jun, 2011.
- GUIMARÃES, E.M.P; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ci. Inf.*, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2004.
- HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L.MV. Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- HILLESTAD, R. et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Affairs*, v. 24, n. 5, p. 1103-1017, 2005.
- HURST, J.; HUGHES, M.J. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n. 47, OECD, Paris, 2001.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2016. Disponível em: <www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm>. Acesso 10 Nov 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, 2016. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/45D8B>>. Acesso 23 Out. 2016.

JOÃO PESSOA. **Plano Municipal de Saúde de João Pessoa – PB 2014-2017**. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

JOÃO PESSOA. **Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013**. Secretaria Municipal de João Pessoa – PB. 2010.

JORGE, M.H.P.M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010.

JUNQUEIRA, S.R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor. UMA-SUS/ UNIFESP. 2010.

KAHN, B. K.; STRONG, D. M.; WANG, R.Y. Information quality benchmarks: product and service performance. *Communications of the Association of Computing Machinery*, v. 45, n. 4, p. 184-192, 2002.

KIAN, K.O.; MATSUDA L.M.; WAIDMANN, M.A.P. Compreendendo o cotidiano profissional do enfermeiro-líder. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, p. 724-731, 2011.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANGMUIR, A.D. The surveillance of communicable diseases of national importance. **New England Journal of Medicine**, v. 268, p.182-192, 1963.

LEE, H. et al. Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. **J Nurs Manag**, v. 18, n. 8, p. 1027-1039, 2010.

LIMA, C.R.A. et al. 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. 2010a. 154 f. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)** - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

LIMA, C.R.A. Qualidade dos Sistemas de Saúde no Brasil. [Editorial]. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2010b.

LIMA, C.R.A.; RIZZI, J.B. Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde. [Editorial]. **Cadernos Saúde Coletiva**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, 2010.

LOPES, H.R.; PIRES, G.A.C.; PIRES, C.L.C. Breves considerações sobre o pragmatismo. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVII, n. 122, mar 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14530>. Acesso 20 Out. 2015.

LORENZETTI, J et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014.

MAGALHÃES, M.C.; et al. Indicadores relacionados ao nascimento da população adscrita a duas Unidades de Saúde da Família. **Cad Saude Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 299-304, 2011.

MARCOLINO, J.S.; SCOCHI, M.J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev. gaúch. enferm.**, v.31, n. 2, p. 314-320, 2010.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.20-4, 2010.

MARTINS, C.C.; WACLAWOVSKY, A.J. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, 2015.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária a Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso 20 Mar. 2017.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**.12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORAES, I.H.S.; GOMEZ, M.N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MORAES, R.M.; SOARES, R.A.S. Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e prática [Editorial]. *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, v. 10, n. 2, p. 07-10, 2016.

MORENO, A.B.; COELI, C.M.; MUNC, S. Informação em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infosau.html>>. Acesso em 18 Nov 2016.

NEHMY, R.M.Q. Leitura epistemológico-social da qualidade da informação. 1996. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, UFMG, Belo Horizonte. p 5-6.

NOGUEIRA, C. et al. Sistema de informação da atenção básica: revisão integrativa de literatura. **J. res.: fundam. care. online**, v. 6, n. 1, p. 27-37, 2014.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLETO, R.R. Percepção da qualidade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 35, n. 1, p. 57-62, 2006.

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

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

PAIM, I.; NEHMY, R.M.Q. Questões sobre a avaliação da informação: uma abordagem inspirada em Giddens. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 81-95, jul./dez. 1998.

PAIM, I.; NEHMY, R.M.Q.; GUIMARÃES, C.G. Problematização do conceito “qualidade” da informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 111-119, 1996.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

PINTO, I.C. Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto - SP. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2000. p.3.

PINHEIRO, A.L.S. et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, 2016.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 53, n. 2, p. 51-63, 2000.

RADIGONDA, B. et al. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Espaç. saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

REEVES, C. A.; BEDNAR, D. E. Defining quality: alternatives and implications. **Academy of Management**, v. 19, n. 3, p. 419–445, 1994.

RIPSA. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE NO BRASIL. Conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. s69-s78, 2008.

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.; NÓBREGA, M.M.L. A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 55, n. 5, p. 575-579, 2002.

SANTOS, S.R. et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 833-840, 2014.

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. p.121-52.

SANTOS, J.L.G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 33, 2016.

SMITH P.C. et al. (eds). **Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects**. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Snijders TAB, Bosker, 2009.

SILVA, R.F. A importância da interoperabilidade. 2004. Disponível em: <<http://phpbrasil.com/articles/article.php/id/851>>. Acesso em 20 Dez. de 2016.

SILVA, M.M. et al. A Teoria Fundamentada nos Dados nos estudos de Pós-Graduação Stricto Sensu da Enfermagem brasileira. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 4, p. 671-679, 2011.

SILVA, C.M.C; PEIXOTO, R.R.R.; BATISTA, J.M.R. A influência da liderança na motivação da equipe. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*, v. 13, n. 13, p. 195–206, 2011.

SILVA, S.F; SOUZA, N.M.; BARRETO, J.O.M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Cien Saude Colet*, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

SWAROOP, S. Estadística sanitária, México. DF: Fondo Cultura Económica, 1964.

SOUZA, E.D.; DIAS, E.J.W.; NASSIF, M.E. A gestão da informação e do conhecimento na ciência da informação: perspectivas teóricas e práticas organizacionais. **Inf & Soc: Est**, v. 21, n. 1, p. 55-70, 2011.

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

TAMAKI, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Cienc Saude Colet.**, v. 17, n. 4, 2012.

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.

THAINES, G.H.L.S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto & contexto enferm.**, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UNA-SUS/UFMA). **Sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**. Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2016a.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UNA-SUS/UFMA). **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2016c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UNA-SUS/UFMA). **O Processo de trabalho na gestão do SUS**. Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil (Org.). - São Luís, 2016d.

UNITED NATIONS PUBLIC ADMINISTRATION NETWORK (UNPAN). Featured Learning Materials, Gestão do Conhecimento na Organização Governamental. Sessão II - Gestão do Conhecimento em Organizações Governamentais e Programas, 2014. Disponível em: <[http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/ UNPAN93043 .pdf](http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN93043.pdf)>. Acesso em 15 Nov. 2016.

VILELA, P.F.; SOUZA, Â.C. Liderança e o enfermeiro recém-formado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 591-597, 2010.

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

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Design and implementation of health information systems. Geneva, 2000.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Metrics Network. Framework and standards for the development of country health information systems. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization, 2008.

ZORRINHO, C. Gestão da Informação. Condição para Vencer. Iapmei, 1995.

APÊNDICE A - Formulário de dados sócio-demográficos e profissionais

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade _____ anos

3. Formação Profissional: _____

4. Quantos anos você tem de formado(a)? _____ anos

5. Você tem algum curso de pós-graduação? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

6. Há quantos anos trabalha na área de gestão? _____ anos

7. Tem experiências anteriores com sistemas de informação da atenção básica?

() Sim () Não

Se sim, onde? _____

8. Qual o cargo que ocupa atualmente:

() Diretor geral do Distrito Sanitário

() Diretor técnico do Distrito Sanitário

() Diretor administrativo do Distrito Sanitário

() Gestor de Sistemas de Informação

() Outro _____

9. Qual seu vínculo com a instituição? () Efetivo () Prestador

10. Possui outro vínculo empregatício na área da gestão? () Sim () Não

Se sim, onde? _____

11. Quais atividades desenvolve na sua função?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

1. O que você entende por qualidade da informação?
2. Quais atividades relacionadas ao e-SUS AB são desenvolvidas por você durante o seu trabalho?
3. Relacione pontos positivos e negativos que você identifica no processo de coleta e entrada dos dados do e-SUS AB.
4. Como as informações do e-SUS AB influenciam o seu processo de trabalho?
5. Quais as principais dificuldades enfrentadas no processo de implantação do e-SUS até o momento?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre a Qualidade da Informação no e-SUS: o olhar dos gestores da Rede de Atenção à Saúde e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos.

O estudo tem por objetivo compreender como o gestor percebe a qualidade da informação produzida pelo e-SUS. Desse modo, a finalidade deste trabalho é favorecer o fortalecimento do processo de trabalho dos gestores a partir da análise da situação de saúde da população, através das informações produzidas pelo e-SUS, oferecendo suporte para a tomada de decisão.

Solicitamos a sua colaboração para responder aos instrumentos de coleta de dados deste estudo, os quais consistem num formulário com perguntas diretas e um roteiro de entrevista semiestruturada, a qual será gravada e terá a duração aproximada de 15 minutos; como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revistas científicas.

Salienta-se que, por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde e quaisquer desconfortos possíveis de serem ocasionados serão minimizados pela pesquisadora no momento da entrevista.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá qualquer modificação no desempenho de suas atividades na Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora: Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque.

Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Bairro: Jardim Cidade Universitária. João Pessoa / PB. CEP: 58051-900.

☎ Telefone: (83): 3216-7109 ou 98706-6546

E-mail: saemmy6@hotmail.com

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB.

☎ Telefone: (83) 3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

ANEXO 1 – Certidão de Aprovação do Projeto pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CERTIDÃO

Certifico, para fins de comprovação, que o Projeto de Dissertação intitulado: *“Qualidade de informação no e-SUS: o olhar dos gestores da Rede de Atenção à Saúde”* da mestrand: **SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE**, sob orientação do Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos, foi **APROVADO** pelo Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Administração e Informática em Saúde, no dia 13 de novembro de 2015, e a aprovação foi **HOMOLOGADA** pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no dia 16 de novembro de 2015.

João Pessoa, 17 de novembro de 2015.



Prof. Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde, Campus I da UFPB
Ramal: 3216-7109
E-mail: enfermagemposgraduacao@gmail.com
Endereço eletrônico: <http://www.ufpb.br/pos/ppgenf>

ANEXO 2 – Encaminhamento da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Ofício UFPB/CCS/PPGENF N° 12/2015

João Pessoa, 17 de novembro de 2015.

Da: Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Para: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

Assunto: Encaminhamento para pesquisa científica.

Prezada Secretária,

Apresentamos **SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB - para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação intitulado “**QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NO E-SUS: O OLHAR DOS GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**”, sob orientação da profa. Dra. Sérgio Ribeiro dos Santos.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde, Campus I da UFPB
Ramal: 3216-7109
E-mail: enfermagemposgraduacao@gmail.com
Endereço eletrônico: <http://www.ufpb.br/pos/ppgenf>

ANEXO 3 – Termo de Anuência para Pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 27 de novembro de 2015.

Processo Nº: 19.371/2015

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "**QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NO E-SUS: O OLHAR DOS GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**", a ser desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) **SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE**, sob orientação de **SÉRGIO RIBEIRO DOS SANTOS** e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa **Rede de Serviços**.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012 do CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde
Mat. 84.299-1 3445-1P

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde

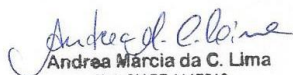
ANEXO 4 – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião realizada no dia 10/12/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NO E-SUS: O OLHAR DOS GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”**, da pesquisadora Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque. Prot. nº 0643/15. CAAE: 51441215.3.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO 5 – Encaminhamento para Realização de Pesquisa nos Distritos Sanitários

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 16 de fevereiro de 2016

Processo nº 19.371/2015

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DS I, DS II, DS III, DS IV, DS V e o Sistema de Informação SMS**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **SAEMMY GRASIELY ESTRELA DE ALBUQUERQUE**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NO E-SUS: O OLHAR DOS GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE"**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Ana Paula Vasques Nogueira
Técnica da Gerência de
Educação na Saúde
Mat.: 66.939-0

P/Ana Paula V. Nogueira
Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde