



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

RAQUEL DOS SANTOS DE SOUZA

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO:  
Ótica do profissional de saúde da atenção primária**

PORTO ALEGRE

2017

RAQUEL DOS SANTOS DE SOUZA

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO:  
Ótica do profissional de saúde da atenção primária**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador Prof. Dr. Clécio Homrich da Silva

PORTO ALEGRE

2017

## CIP - Catalogação na Publicação

SOUZA, RAQUEL DOS SANTOS DE  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: Ótica do profissional de  
saúde da atenção primária / RAQUEL DOS SANTOS DE  
SOUZA. -- 2017.  
66 f.

Orientador: CLECIO HOMRICH DA SILVA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-  
RS, 2017.

1. educação em saúde. 2. atenção primária à saúde.  
3. tecnologias de informação e comunicação. 4.  
profissionais de saúde. 5. prontuário eletrônico. I.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados  
fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedico este trabalho ao meu filho (a), que está em meu ventre ainda tão pequenininho (a), e já é o motivo de meu viver!

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, pelo apoio e compreensão.

Ao meu companheiro, Marcos, pela apoio acadêmico e emocional, incentivo, dedicação e paciência;

Aos profissionais da saúde da Atenção Primária de Esteio/RS.

Aos coordenadores da Atenção Primária, Gilson e Flávia.

Ao diretor de planejamento e estratégias de saúde, Tiago, que tornou esse trabalho possível.

A minha amiga, Miria que foi minha professora/orientadora/tutora na residência, por incentivar essa busca de minhas inquietudes profissionais.

Aos colegas da Residência Multiprofissional, Enfermeiro Bruno, Psicóloga Débora, Dentista Luciana e Fonoaudióloga Juliana, que me apoiaram nesta aventura.

Aos colegas do mestrado, pelas trocas de saberes.

*“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.”*

(Paulo Freire)

## RESUMO

As unidades básicas de saúde utilizam tecnologias de informação e comunicação (TIC) desde o ano de 1997, com a finalidade de potencializar a comunicação entre os serviços. A compreensão e conhecimento dos profissionais que as utilizam é fundamental para obter-se a qualidade do cuidado integral ao paciente. Esta pesquisa teve como objetivo descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a implementação e o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Estudo transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa breve, tendo como campo de estudo os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Esteio na região Metropolitana de Porto Alegre (RS). Para a avaliação do prontuário eletrônico foi utilizado um questionário com perguntas e respostas assertivas padronizadas numa escala de concordância do tipo Likert. As análises descritivas preliminares apresentaram as variáveis contínuas em média e desvio padrão e, as categóricas, em frequência absoluta e relativa. O teste de confiabilidade de Cronbach's Alpha foi aplicado, preliminarmente, ao instrumento de avaliação do Prontuário Eletrônico. A análise fatorial foi realizada com o objetivo de identificar uma menor quantidade de variáveis que apresentem uma identidade comum. Inicialmente, para verificar a presença de correlações entre variáveis foi utilizado o teste de Bartlett de esfericidade. Após foi utilizada a Medida de Adequação da Amostra (MAS) para quantificar o grau de intercorrelações entre as variáveis e a adequação da análise. A percepção dos profissionais da APS frente a implementação do prontuário eletrônico do paciente demonstrou ter associação com as capacitações e informações recebidas e com as adequações realizadas nos prontuários. O pessoal da recepção foi a categoria profissional ( $p=0,001$ ) que demonstrou ter maior necessidade de acesso a capacitações e informações sobre a implementação do prontuário assim como aqueles que atuam no município há menos de dois anos ( $p=0,024$ ). Os enfermeiros demonstraram que a adequação do prontuário ( $p= 0,025$ ) pode ser um fator a ser aprimorado para a implementação do PEP. Embora o prontuário eletrônico do paciente tenha qualificado a assistência, os profissionais de saúde que o utilizam ainda sentem necessidade de maior treinamento, capacitações e informações sobre esta ferramenta visando uma melhor qualidade na assistência prestada aos usuários do SUS.

**Palavras-chave:** Sistemas Computadorizados de Registros Médicos; Atenção Primária à Saúde, Tecnologias de Informação e Comunicação, Profissionais de Saúde e Prontuário Eletrônico e Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

Basic health units have been using information and communication technologies (ICT) since 1997, in order to enhance communication between services. The understanding and knowledge of the professionals who use them is fundamental to obtain the quality of integral care to the patient. This study aimed to describe the perception of health professionals about the implementation and use of the Electronic Patient Record (PEP). This is a cross-sectional study with a brief quantitative and qualitative approach, with professionals working in Primary Health Care (APS) in the city of Esteio in the Metropolitan Region of Porto Alegre (RS) as a field of study. For the evaluation of the electronic medical record, a questionnaire with standardized assertive questions and answers was used on a Likert-type agreement scale. The preliminary descriptive analyzes presented the continuous variables in mean and standard deviation, and the categorical variables, in absolute and relative frequency. The Cronbach's Alpha reliability test was applied, preliminarily, to the electronic Record evaluation instrument. Factor analysis was performed with the objective of identifying a smaller number of variables that present a common identity. Initially, Bartlett's sphericity test was used to verify the presence of correlations between variables. Afterwards the Sample Adequacy Measure (MAS) was used to quantify the degree of intercorrelations between the variables and the adequacy of the analysis. The perception of APS professionals regarding the implementation of the patient's electronic record showed to be associated with the training and information received and with the adjustments made in the medical records. The reception staff was the professional category ( $p = 0.001$ ) who showed a greater need for access to training and information about the implementation of the medical record, as well as those who worked in the municipality for less than two years ( $p = 0.024$ ). The nurses demonstrated that the adequacy of the chart ( $p = 0.025$ ) may be a factor to be improved for the implementation of PEP. Although the patient's electronic medical record has qualified care, health professionals who use it still feel the need for more training, skills and information on this tool aiming at a better quality of care provided to SUS users.

### **Keywords:**

Computerized Medical Records Systems; Primary Health Care, Information and Communication Technologies, Health Professionals and Electronic Records and Health Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas 24horas
CAPS II	Centro de Apoio Psicossocial – Tipo 2
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
RH	Recursos Humanos
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Program for Social Sciences
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TSB	Técnico Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
2.1 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E SUA IMPORTÂNCIA.....	13
2.2 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: SEUS DESAFIOS E LIMITAÇÕES .....	18
2.3 A UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM OUTROS PAÍSES .....	20
2.4 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NO BRASIL .....	24
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>55</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DA PESQUISA .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As tecnologias em informação melhoram a assistência, diminuindo a margem de erro e aumentando a qualidade da informação referente à história clínica do indivíduo. O setor da saúde tem aumentado a utilização das novas tecnologias tanto na gestão como na assistência (FURUIE, 2002). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) utilizam tecnologias de informação e comunicação (TIC), as quais foram iniciadas em 1997, como forma de otimizar seus processos de trabalho (STEVENSON, 1997), objetivando atingir um patamar de maior eficiência e eficácia na gestão de tais instituições. Os sistemas de armazenamento do prontuário do paciente, em muitos locais e principalmente na rede pública de saúde, ainda são manuais, não acompanhando a evolução digital que vem acontecendo. Frequentemente, encontra-se uma situação precária e demorada no que tange ao armazenamento dos dados dos pacientes em papel realizado em unidades de saúde. A informática na saúde ainda é considerada um desafio, pois os recursos tecnológicos locais demoram para atingir a necessidade da demanda, como por exemplo a conexão com a internet. Em se tratando de Estratégias de Saúde da Família, que geralmente estão localizadas nas periferias do município, essa dificuldade se potencializa.

O foco no registro eletrônico de saúde possibilita a visão multi-institucional, multiprofissional e de continuidade da assistência. Este estudo tem como enfoque a ótica do profissional de saúde sobre o processo de informatização das unidades de saúde de atenção primária do município de Esteio, localizado na região metropolitana de Porto Alegre (RS), via sistema de prontuário eletrônico do paciente, iniciado no ano de 2013 por intermédio do projeto chamado “Saúde Conectada”. Trata-se de uma ferramenta para aprimorar o processo de trabalho dos profissionais, possibilitando o cuidado integral do usuário conforme preconiza a lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), na qual diferentes unidades de saúde conseguem acessar o histórico clínico em diferentes locais da rede.

A utilização de sistemas eletrônicos para gestão dos prontuários - O Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP é um conjunto de informações de caráter legal, sigiloso e científico, geradas a partir do processo de trabalho dos profissionais (DUNCAN, 2014) - e resolve diversos problemas relacionados à infraestrutura, organização dos dados clínicos e recuperação de dados dos pacientes. Entre as suas facilidades está à rapidez observada na coleta e interpretação das informações obtidas dos pacientes

cotidianamente.

O município iniciou o projeto reestruturando a infraestrutura das unidades (compra de computadores e troca de rede elétrica, entre outros). O Ministério da Saúde - MS disponibiliza gratuitamente o sistema e-SUS AB (Portaria Nº 1.412/2013) que busca informatizar as redes de saúde em nível nacional e que necessita de suporte técnico e financeiro do município para sua implementação. Na gestão Estadual do RS, através da Secretaria Estadual de Saúde - SES no ano de 2013, foi ofertado aos municípios interessados um sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente privado custeado pelo Estado com suporte técnico da empresa responsável, para a implementação e suporte. Com isso, o município de Esteio optou em aderir a este sistema privado pelo fato de o custo ser menor e de não necessitar deslocar seus colaboradores para essa função.

Se tivéssemos optado pelo e-SUS naquele momento, não teríamos alcançado o objetivo, pois não teríamos pernas (pessoal capacitado) treinando os serviços, resolvendo as demandas geradas pelo projeto, pois a equipe na gestão era insuficiente". Gestor Municipal de Esteio/RS.

O projeto contemplou primeiramente as onze unidades básicas de saúde, para posteriormente implementar nas unidades especializadas como o Centro de Apoio Psicossocial-CAPS, Sistema de Atenção Especializada-SAE e futuramente integrar com o hospital. No momento da pesquisa, a implementação estava sendo iniciada nos CAPS e por este motivo, a pesquisa se deteve em focar tanto nas unidades básicas de saúde como nas Estratégias de Saúde da Família.

Com esse projeto o município contempla o cuidado integral ao paciente, via sistema, pois os profissionais conseguem ter acesso de forma prática ao histórico na rede, aumentando a qualidade das informações, melhorando a comunicação entre os profissionais envolvidos, reduzindo a repetição de exames, integrando as especialidades e diminuindo gastos de orçamento público, e concomitante a isso, otimizando o acesso ao serviço com a reorganização da rede (LOURENÇÃO e JUNIOR, 2016).

Pilz (2016), em sua tese de doutorado identificou no cenário de informatização da Atenção Primária em Saúde brasileira para a implementação do prontuário eletrônico uma situação preocupante com muitas carências, de infraestrutura, de planejamento e de entendimento dos profissionais envolvidos sobre a importância do projeto. A visão dos profissionais envolvidos torna-se fundamental para um perfeito

planejamento da incorporação de tecnologias da informação e comunicação no trabalho em saúde. A adequação dos sistemas que contemplem diferentes realidades e a compreensão da necessidade da ferramenta por parte dos profissionais facilita a adesão no processo de trabalho, agregando qualidade, aprimorando o desempenho e contribuindo na melhoria das condições de saúde da comunidade.

Assim, tem-se como problema de pesquisa: Qual a percepção do profissional de saúde com a implementação dessa ferramenta no processo de trabalho?

Para a discussão do tema proposto, a dissertação está organizada da seguinte forma: Introdução, referencial teórico, resultados (em formato de artigo científico), conclusões e considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E SUA IMPORTÂNCIA

Florence Nightingale, a precursora da enfermagem, quando tratava feridos na Guerra da Criméia (1853-1856) afirmou:

Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Estes registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito com ele [...] (MASSAD; MARIN; AZEVEDO, 2003 p.2).

Surge o prontuário, inicialmente chamado de “Prontuário Médico”, indispensável no cuidado que posteriormente passou a ser chamado de Prontuário do Paciente com a proposta de defender o direito dos pacientes (PATRÍCIO et al. 2011).

Em 1972, após um congresso nos Estados Unidos, organizado pelo National Center for Health Services Research and Development e o National Center for Statistics, surgem os primeiros prontuários eletrônicos (PATRÍCIO et al., 2011). Segundo os autores, o meio acadêmico se interessa em sugerir novos modelos de prontuários eletrônicos, chegando ao Brasil pela década de 90.

Conforme Pinto e colaboradores (2013), o prontuário do paciente é definido como documento de referência relativo ao histórico do mesmo, sendo, portanto, extremamente necessário para que haja uma comunicação eficiente entre a equipe de saúde e o paciente. Ainda segundo o autor, o documento guarda informações acerca da continuidade, da segurança, da eficácia e da qualidade do tratamento prestado e, além disso, guarda informações relacionadas à gestão dos hospitais e Unidades Básicas de Saúde. Em um vocabulário mais simples, é possível definir o prontuário do paciente como o documento em que todas as informações acerca de uma pessoa, com necessidade de acompanhamento de saúde, bem como as ações relativas ao cuidado e tratamento a ela dispensados, estão nele contidos, possibilitando um gerenciamento da patologia, identificando os sintomas, causas e os remédios utilizados (BRASIL, 2002; NAMORATO et al, 2013).

O prontuário do paciente é uma fonte de informação primária, imprescindível para o paciente bem como para os profissionais de saúde no acompanhamento da saúde e doença, e, figura, portanto, de forma estratégica para o serviço de saúde, de modo que pode conter conhecimentos de ordem administrativa, de ensino, pesquisa

e aspectos legais (JENAL e ÉVORA, 2015).

Um prontuário do paciente é, portanto, uma fonte de informação rica e um elo de comunicação indispensável da equipe de saúde entre si, e para com o paciente. Estabelece uma conotação exclusiva já que se deve se considerar suas questões éticas e jurídicas, que regulamentam o acesso de terceiros como também sua disponibilidade (PINTO, 2005; PINTO et al.; 2011).

Conforme Pinto e colaboradores (2005) e o Conselho Federal de Medicina, a demanda cada vez maior de novos procedimentos, a constante expansão no que se refere aos tipos de tratamentos e a maior longevidade da população, geram um acúmulo de papéis, os quais, a longo prazo, para que sejam armazenados, produzem um custo muito alto. Deste modo, a utilização do PEP tem a finalidade de, através do uso dos sistemas de informação, unir todos os dados referentes ao paciente, contendo informações de diferentes profissionais, épocas e locais.

Para Van Bennel e Musen (1997), desde sua origem, o PEP tem suas vantagens e desvantagens em relação ao prontuário de papel, tomadas como objeto de estudo por muitos autores. Entre os fatores positivos à implantação do PEP figuram a possibilidade de acessá-lo em diferentes locais, melhor legibilidade, dinamicidade, segurança dos dados, informações de toda a rede referente aos cuidados em saúde daquele indivíduo, oferecendo maior suporte às decisões tomadas pelos profissionais de saúde (NAMORATO et. al., 2013; VAN BENNEL & MUSEN, 1997; MASSAD et. al., 2003). Em contrapartida, como desvantagens estão a facilidade de carregamento do prontuário de papel, liberdade no ato de redigi-lo, além de não necessitar de um treinamento especial para ser utilizado (NAMORATO et al, 2013).

Existe uma tendência crescente em adotar registros eletrônicos de saúde, prontuário eletrônico do paciente, já que surgem com a promessa de imprimir qualidade e segurança aos cuidados médicos. Além disso, a adoção do PEP incrementa a capacidade dos profissionais de modo a avançar a ciência e a prática biomédica e os cuidados de saúde por meio da reutilização de dados clínicos (HIRSCH et al, 2014).

O investimento em softwares para o gerenciamento de informações sobre os pacientes oferece “bases” para uma melhor aprendizagem do sistema de saúde, já que facilita a pesquisa clínica, melhora da qualidade, e orienta os esforços de modo a converter dados à melhoria em saúde (HERSCH et al, 2014)

Conforme Cox (2003) o prontuário do paciente tem por finalidade desenvolver

registros clínicos concebidos em torno do paciente, e assim, possibilitar a integração de todas as configurações de saúde, sendo capaz de embasar a implementação de programas de cuidados no âmbito dos quadros de serviço nacional de saúde. Para a autora, registros eletrônicos de boa qualidade colaboram para um melhor cuidado para com o paciente, como também melhoram a coordenação entre os cuidados primários e secundários, sendo assim, possibilitam um melhor monitoramento da saúde das populações (COX, 2003).

O prontuário do paciente é uma fonte de informação primária, imprescindível para o paciente bem como para os profissionais de saúde no acompanhamento da saúde e doença, e figura, portanto, de forma estratégica para o serviço de saúde, de modo que pode conter conhecimentos de ordem administrativa, de ensino, pesquisa e aspectos legais (JENAL e ÉVORA, 2015).

Para Price e colaboradores (2013), a concepção de que o prontuário eletrônico é simplesmente igual aos registros feitos em papel, porém mais legível, deve ser abandonada, já que sua pesquisa revelou que tal pensamento constitui um desafio na adoção do PEP, pois sua importância não é considerada, afetando a qualidade dos dados, deixando-se de aproveitar diversos recursos dos sistemas operacionais.

Prontuário eletrônico do Paciente é um registro de informações relativas à saúde de um indivíduo, criado em conjunto, gerenciado e consultado por médicos licenciados e funcionários de uma única organização que estão envolvidos no cuidado (NEVES, 2008).

Segundo Neves (2008), um PEP pode incluir:

- Passado e presente da vida clínica sobre um paciente, resultante de cuidados prestados por uma organização de fornecedor único;
- Observações e achados clínicos observados pela equipe;
- Os resultados dos testes decorrentes de tais cuidados, proporcionando procedimento;
- As informações decorrentes da interação paciente-profissional, tais como informações que podem ser transmitidas por telefone ou e-mail;
- Informações e dados resultantes de cuidados fora da organização que são solicitadas ou encomendadas pelo médico de registro e introduzidas manualmente pelo pessoal da organização.

Para Warrer (2012), o prontuário eletrônico do paciente pode, inclusive, ajudar a identificar reações adversas não conhecidas no momento da comercialização do

fármaco, pois com todo o histórico do paciente em um arquivo eletrônico pode-se entender mais facilmente o que se passa com ele. No entanto, para o autor, a investigação por esta ótica está apenas iniciando, tendo, portanto, muito ainda por se conhecer acerca do prontuário eletrônico no auxílio à detecção de novas reações adversas.

O uso da tecnologia no gerenciamento das informações em saúde possui um potencial enorme de benefícios, os quais incluem um retorno financeiro positivo sobre o investimento, incremento na eficiência da comunicação, melhoria na coordenação e cuidados dentro de uma prática, melhor controle do diabetes e de todo o processo de cuidado (PRICE et al. 2013).

Além da dinamicidade, o PEP apresenta outras vantagens, desde o cuidado primário até o cuidado clínico integral, já que possibilita os acessos a registros anteriores por meio de ferramentas simples, podendo ser incorporadas outras informações para alertar sobre potenciais problemas como drogas incompatíveis. Há também a possibilidade de os médicos ou enfermeiros acessarem os resultados dos indivíduos ou grupos de pacientes para assim, realizar pesquisas e estudos. Apesar de muitas dessas funções serem possíveis também com o uso do papel, quando o número de entrevistados é elevado, este é um trabalho que se torna demorado e cansativo, de modo que eletronicamente é possível analisar mais de dez mil registros, o que seria inviável com prontuários de papel (FRASER et al, 2013).

Cox (2013) testou a eficiência do prontuário eletrônico em relação ao papel, já que existia a dúvida se num prontuário eletrônico poderia entrar menos informação geral e menos detalhes no registro informático e ou recordar menos sobre a consulta. Sua conclusão foi de que o prontuário eletrônico supera o feito em papel, de modo que a qualidade da informação do papel mostrou-se inferior ao eletrônico, bem como no eletrônico foi possível encontrar-se mais informações acerca de doses das drogas, tratamentos propostos. O estudo revelou, inclusive, que os profissionais se sentem mais à vontade e melhor assistidos por um prontuário eletrônico.

Um registro codificado permite ao médico prontamente descrever o cuidado que foi fornecido, pode também realizar diagnósticos precisos; o que configura um grande avanço no cuidado, já que se revela especialmente importante para o faturamento após o atendimento, e inclusive para sistemas de saúde realizarem estatísticas, através de uma análise primária de dados que podem ser resumidos facilmente e em grande escala, enquanto que o texto livre não tem essa facilidade

(FORD et al.,2016).

O prontuário eletrônico é utilizado principalmente para fins de fixação de objetivos e planejamento no cuidado do paciente, documentando a prestação de cuidados e avaliando os resultados. Seu conteúdo versa sobre as necessidades do paciente durante os episódios dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde (HAYRINEN, et al. 2008).

Os dados contidos nos PEP, além de favorecerem o atendimento, são de grande valia quando utilizados em pesquisas acadêmicas. É através deles que se pode construir o diagnóstico e tratamento da doença, como também permitir a inclusão de mais diversas populações e as doenças raras (HRIPCSAK e ALBERS, 2013).

Para Neves e colaboradores (2008), as vantagens da implementação do PEP são:

- Fornece uma segura, confiável, eficiente, clara e estruturada forma para registrar todos os dados recolhidos sobre o paciente, suas patologias e terapias;
- Reproduz e complementa os processos de registro de informações bem como a sua divulgação;
- Registra a situação clínica do paciente e avaliações correspondente pelo profissional;
- Apoia as ações tomadas relacionadas com a prática clínica e tratamento do paciente;
- Apoia ações de prevenção e promoção de saúde;
- Apoia os serviços de saúde continuamente;
- Fornece evidência explícita de cuidados de saúde e serviços (NEVES et al., 2008).

Seu diferencial está na possibilidade de ser utilizado em larga escala, alimentando automaticamente a pesquisa clínica, implicando na melhoria da qualidade da saúde pública. No entanto, para que isso aconteça, faz-se necessário possuir dados de alta qualidade, que, por muitas vezes, não são encontrados nos PEP atuais (HRIPCSAK e ALBERS, 2013).

## 2.2 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: SEUS DESAFIOS E LIMITAÇÕES

A quantidade e qualidade das informações disponíveis aos profissionais de saúde através do PEP têm um impacto tanto nos resultados de atendimento ao paciente como na continuidade do atendimento. Além disso, as informações incluídas no PEP possuem diversas finalidades diferentes no processo de tomada de decisão na assistência ao paciente, assim como suporte na gestão e na política de saúde de decisão. O incorreto preenchimento do PEP inviabiliza a troca de informações em saúde, e como resultado tem-se a fragmentação de dados para a pesquisa e a descontinuidade dos cuidados clínicos (HAYRINEN, et al. 2008).

Todavia, há que se considerar uma inconsistência do processo totalmente eletrônico, a saber: o texto narrativo é altamente variável e mais envolvente, capta narrativa do paciente, pode ser contado a partir de diferentes perspectivas, e permite a expressão de sentimentos. Além disso, os médicos deram um número de razões pelas quais eles acham codificação onerosa; tais como a quantidade limitante de opções disponíveis dentro do software para classificar a doença ou suspeita, não permitindo a expressão de nuances. Assim, o processo de encontrar e introduzir códigos no computador representa uma carga cognitiva adicional e pode demorar mais do que a consulta com prontuário em papel, já que este pode ser escolhido quando nenhum código descreve precisamente achados clínicos, ou quando há uma necessidade de dar provas de um diagnóstico ou suspeitas (FORD et al., 2016).

Sintetizar as informações contidas no PEP constitui uma difícil tarefa por várias razões, nem todos PEP utilizam a mesma plataforma de gestão, alguns são construídos para integrar todo o serviço, enquanto a maioria são produtos comerciais, não tão abrangentes (FAIRLEY, 2013). Estas diferenças são importantes porque softwares de PEP podem ser mais propensos a reduzir o tempo necessário para as tarefas se forem desenvolvidas em torno das necessidades práticas individuais. Outra questão que dificulta a interpretação de estudos que utilizam o PEP é a difícil concepção das avaliações publicadas, visto que todos estudos são observacionais e, portanto, existe uma incerteza substancial sobre se as diferenças observadas nesses estudos são devido ao sistema de PEP (FAIRLEY, 2013).

Desde sua criação até os dias atuais, os PEP apresentam-se de diversas maneiras: forma não estruturada, com texto narrativo, mas também estruturados com dados codificados. Isso configura uma disparidade nas informações. No futuro, será

necessária a implementação de terminologias e códigos mais sistemáticos para que os dados contidos nesses registros possam ser melhor aproveitados em pesquisa clínica, gestão de cuidados de saúde, serviços de saúde, planejamento e relatórios. Atualmente a configuração dos PEP tem seguido a tendência da informatização, no qual o foco principal são elementos de dados estruturados, isto é, códigos, classificações e nomenclaturas (HAYRINEN, et al. 2008).

Conforme Neves e colaboradores, as metodologias de representação de dados, gravação e difusão de dados médicos e clínicos têm sido objeto de vários estudos, podendo ser encontrado um grande número de projetos e iniciativas ao redor do mundo. Uma dificuldade na padronização encontra-se na diversidade de nomes que são atribuídos ao PEP ao redor do mundo, já que vocabulários e questões semânticas distintas podem ser encontradas para designar o mesmo termo, e, em alguns casos, é o mesmo termo atribuído a coisas diferentes (NEVES et al, 2008).

Em seu estudo, realizado na Inglaterra, afirma que embora o prontuário eletrônico representa um avanço no cuidado ao paciente, há dois itens fundamentais para seu sucesso: o primeiro em relação à confiabilidade de hardware, sua confidencialidade e legalidade do Prontuário Eletrônico do Paciente; o segundo é acerca da sistemática eletrônica que pode sacrificar algum detalhe, minimizando a qualidade dos dados em relação ao registro médico escrito, em virtude da falta de formação ou conhecimento de informática adequada ou até mesmo de limitações no software. Neste sentido, registros escritos podem ser mais eficientes, bem como trazer a lembrança do médico mais facilmente o paciente do que um plano de gestão a partir de uma tela de computador (COX, 2013).

Outro ponto elencado pelo autor, baseou-se em um estudo no qual pesquisadores de cada instituição analisada determinaram quais elementos de dados eram necessários no PEP e como eles podem ser extraídos de seu prontuário. Sua conclusão foi de que existem cinco categorias de razões pelas quais os dados são salvos ou inseridos de métodos errôneos, são eles: dados que foram perdidos, notas de texto incorretas, interpretáveis, inconsistentes e / ou inacessíveis (HERSH et al, 2012).

Dessa forma, são inúmeros os desafios relacionados à reutilização de dados clínicos contidos nos PEP para a pesquisa, ao passo que há divergência entre os métodos e propósitos entre cuidados clínicos e de investigação. Isto posto, os prontuários eletrônicos devem ser altamente estruturados, a fim de que a coleta de

dados seja completa e rigorosa, para que a designação do tratamento não seja randomizada, as visitas de acompanhamento sejam programadas em intervalos pré-especificados, e o uso de medicamentos seja acompanhado de perto (HERSH et al, 2012).

Com um sistema eletrônico de gestão do cuidado em saúde, pode-se acessar e-mail, ou outros sistemas de comunicações via Internet, permitindo que a equipe procure aconselhamento especializado junto aos especialistas através de um atendimento remoto. Além disso, pode-se avaliar as necessidades de recursos e prevenção de falta de medicamentos, o que não é aplicável em países desenvolvidos, entretanto, nos países em desenvolvimento é uma importante questão. Outra possibilidade do PEP é sua utilização no rastreamento dos resultados dos exames dos pacientes, o cumprimento com a terapia e para gravar os procedimentos cirúrgicos, assim, os dados dos cuidados podem ser usados rapidamente e gerar relatórios agregados (FRASER et al, 2013).

Para que os dados contidos no PEP possam ser reutilizados em pesquisas acadêmicas, faz-se necessário que se observe a coleta de dados e o mais importante, os transforme em informação, para que seja construída uma estrutura a fim de compreender os desafios que enfrentamos na reutilização de dados clínicos. (HERSH et al, 2012). Outro ponto que deve ser considerado é o uso dos PEP em pesquisas, processo que deve ser realizado com extremo cuidado, já que prontuários preenchidos incorretamente ocasionam imprecisão nas conclusões dos estudos (FORD et al, 2016).

Uma discussão que atualmente tem sido muito comum transita pela questão da segurança do paciente no emprego de tecnologias da informação na saúde, apontando a respeito da adoção desses sistemas de informação, assim como os ganhos propiciados a área de saúde e a respeito da relação de manutenção da confiabilidade desses sistemas e entre profissional e paciente (DIAS et al., 2013; FARIAS et al., 2012).

### 2.3 A UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM OUTROS PAÍSES

É necessário considerar algumas ressalvas ao falar sobre o prontuário

eletrônico, a saber: os dados contidos nos PEP devem estar corretos e precisos, de forma que deve haver um cuidado especial no momento do registro, para que isso não acarrete em armazenamento de dados incorretos que, por sua vez, possam implicar em um tratamento errado. Como exemplo, o autor cita um evento ocorrido na Inglaterra, citado no estudo inglês National Health Service (NHS), no qual as estatísticas hospitalares anuais mostraram aproximadamente 20.000 adultos participando de serviços ambulatoriais pediátricos, cerca de 17.000 homens internados em serviços de internamento obstétricas, e cerca de 8.000 homens admitido serviços de internamento de ginecologia, erros grotescos na inserção de informações no sistema eletrônico (HIRSH et al., 2014).

No estudo de Drumond e colaboradores (2016), realizado no Canadá, observou-se que embora exista no país um sistema de gerenciamento de dados em saúde já instaurado, um grande percentual dos pacientes diagnosticados com demência não possuem, em seus cadastros, sequer um medicamento para tratar a doença, o que revela que o uso de prontuários eletrônicos precisa ser revisto, bem como sua importância, que assim como o feito em papel, tem na riqueza de detalhes e informações corretas o motivo de seu sucesso.

Em estudo de Divanis (2014), a preocupação ocorreu com a preservação das informações que se encontraram no prontuário eletrônico, com a garantia de anonimato ao se utilizá-las em pesquisas acadêmicas. Segundo os autores, a grande maioria dos programas propõe a separação dos dados em blocos para que as identidades sejam preservadas, a privacidade garantida e as pesquisas possam ser realizadas.

O PEP é amplamente reconhecido na comunidade canadense, já que implica na melhoria de produtividade no trabalho e cuidados na coordenação e segurança do paciente. Apesar disso, ainda se encontram desafios na implantação, como demonstram dois estudos sobre PEP canadenses, demonstrando que os médicos subestimam sua necessidade, muitas vezes, por falta de suporte técnico. Há, no entanto, evidências do sucesso da implantação do PEP na Atenção Primária, como na gestão de diabetes, na qualidade do registro do paciente, as ferramentas de apoio à decisão, na facilidade proporcionada pela comunicação eletrônica como no melhor desempenho culminando em melhores resultados dos pacientes (LAU et al., 2014).

O uso do Prontuário Eletrônico do Paciente na Europa e Estados Unidos é crescente, porque acredita-se que esses sistemas tenham influência positiva no

cuidado ao paciente, já que imprimem qualidade ao atendimento prestado. Um exemplo é o cadastro dos fármacos e suas doses no prontuário que colaboram para minimizar os erros médicos. A utilização dos PEP nos países em desenvolvimento tem sido apoiada pela necessidade de se realizar estatísticas de saúde para o governo. Assim, geralmente, nesses países o cadastro é simples, sem muitos detalhes e aprofundamento acerca do estado do paciente, o que dificulta até mesmo a equipe responsável pela coleta de dados estatísticos (FRASER et al., 2013).

De acordo com estudo de FAIRLEY (2013), o PEP têm sido amplamente introduzido na prática médica em uma série de países no mundo. Por exemplo, os EUA sozinhos, já investiram 27 bilhões de dólares para facilitar a sua introdução e países como Austrália têm altas taxas de adoção de PEP com mais de 90% das práticas gerais e 60% utilizando sistemas totalmente sem papel. Taxas similares a essas são encontradas em uma série de outras áreas, incluindo a Escandinávia e Nova Zelândia, onde todos as 1.100 práticas gerais encontram-se no PEP.

Quanto às normatizações do PEP, há na Europa uma tendência de ações a nível organizacional, institucional, governamental e iniciativas privadas em curso. São ações que propõem a normalização, a definição de modelos funcionais, conjuntos de dados mínimos e interoperabilidade dos prontuários eletrônicos, considerando-se estes três pontos: terminologia; estrutura; interoperabilidade em comunicação (NEVES et al, 2008).

De acordo com autoras finlandesas, os principais dados médicos registrados nos PEP incluem referência, presente queixa (por exemplo, sintomas), histórico médico, estilo de vida, exames físicos, diagnósticos, testes, (por exemplo, laboratório e radiologia), procedimentos, tratamento e medicação. Já no que se refere aos cuidados de enfermagem, os dados são: administração de medicamentos, gráficos diários, avaliações físicas e notas de admissão de enfermagem, sinais vitais, comida, eliminação, mobilidade e ensino dos pacientes, no campo da avaliação física ficam cadastrados todos os tipos de avaliações do estado e, na nota de admissão de enfermagem, há informações sobre alergias, comportamento de saúde, avaliação física, planejamento de alta e plano de assistência inicial (HAYRINEN, et al. 2008).

Uma pesquisa realizada em Melbourne/Austrália constatou que a implantação do prontuário eletrônico melhorou a qualidade do registro médico em comparação com o prontuário de papel. Além disso, concluiu-se que houve um aumento na eficiência no atendimento, pois a maioria dos profissionais sentiu que o PEP foi mais fácil de

usar. De acordo com os profissionais que participaram da pesquisa, o PEP pode ter contribuído para a redução do tempo necessário para atender um paciente, poupando tempo, incluindo um processo mais rápido para o manejo de pacientes da área de espera (FRANSEY et al., 2013)

No estudo de LAU (2014), concluiu-se que a adesão aos prontuários eletrônicos de fato melhora em 51% a prática de gerenciamento dos dados, e ao ser avaliado quanto aos cuidados primários e configurações gerais da prática, os resultados mostraram melhoria nas áreas de gestão da doença, na qualidade do registro do paciente e nas ferramentas de apoio à decisão.

Há um grande número de diferentes estudos que avaliaram os pontos de vista dos médicos sobre PEP nos EUA , Noruega, Austrália e Reino Unido, os quais descobriram que, enquanto houve alguma preocupação inicial sobre a introdução de um PEP , este diminuiu com o tempo e a maioria dos médicos sentiu que esta causou uma melhoria da qualidade de consultas e economia de tempo, por outro lado, os resultados negativos foram principalmente as características do interface dos PEP ou questões técnicas relacionadas com TI falhas do sistema (FRANSEY et al, 2013).

Em países como o Canadá, Austrália, Inglaterra, Estados Unidos e Finlândia, o que se vê é uma convergência dos projetos em uma série de elementos, entre eles, o objetivo de obter-se um cadastro completo dos pacientes, a necessidade de definir as informações essenciais desses registros, a escolha e implementação de normas, nomenclaturas, códigos e vocabulários, a necessidade de desenvolver uma política e infraestrutura de segurança de dados, o objetivo de produzir um sistema aberto, padronizado, inter operável para o intercâmbio e informação de dados gestão (HAYRINEN, et al. 2008).

Em estudo realizado concomitantemente entre o hospital da Espanha e o de Porto Alegre, conclui-se que o PEP é um ator-rede cujo papel primordial é mediador estratégico da administração, no qual observou-se que o processo de implantação resultou em translações e controvérsias, refletindo o conceito de perpétuo móbile (que não tem fim, um ciclo), associado à visão evolucionária-incremental da inovação (FARIAS, GUIMARÃES E VARGAS, 2012).

## 2.4 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NO BRASIL

O estudo acerca do PEP no Brasil tem se intensificado desde o início dos anos 2000, sendo que houve considerável diminuição nas produções científicas referentes ao assunto no período que se inicia em 2007 e vai até 2010. Os assuntos abordados nestes estudos versam a respeito das seguintes temáticas: implantação e utilização do PEP, criação de ambiente para visualização de imagens médicas, utilização de agentes móveis para atualização do PEP, modelo de PEP para Estratégia Saúde da Família e avaliação da utilização do PEP (LOURENÇÃO et al., 2016).

Diante disso, pode-se inferir que esta técnica tem abrangido quase que a totalidade dos diversos segmentos dos serviços de saúde, desde a Atenção Primária à Saúde (APS), como apresentado nos estudos de FUREIE e colaboradores (2002) e SANTOS e colaboradores (2002), até em serviços de atendimento de urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva, seja na rede pública ou em instituições privadas (NEGREIROS e TAVARES NETO, 2005; CHARNOVSKI et al 2004).

Para Lourenção e colaboradores (2016) a imensidão de resultados que se encontra na literatura acerca do prontuário eletrônico revela uma tendência para os aspectos positivos, embora sejam citadas uma grande variedade de dificuldades existentes no sistema de saúde brasileiro. Os autores destacam que, entre os aspectos positivos da implantação do PEP, figuram:

- Incremento no acesso e qualidade das informações, melhoria na organização das tarefas além de maior facilidade no monitoramento do paciente, corroborando para melhoria na assistência prestada ao indivíduo;
- Quanto ao conteúdo das informações e diminuição de custo no manuseio de prontuários em papel, promove o acesso às informações de maneira mais ágil;
- Melhor comunicação entre a equipe multiprofissional, redução do tempo, como também dos erros, aumento do tempo disponível para prestar o cuidado direto ao paciente, bem como favorecimento para realização de pesquisas clínicas;
- Diminuição da ocorrência de exames repetidos, maior precisão no controle de retornos ao pronto-socorro; possibilidade de sistematizar o trabalho da enfermagem num mapa de trabalho, monitoramento online do atendimento médico pela direção do hospital; interoperabilidade entre consultas e

atendimentos ao setor de contas médicas e ao faturamento, possibilitando um controle imediato sobre os atendimentos;

- Melhoria da qualidade da gestão em saúde como um todo, de modo que torna o sistema de trabalho racionalizado, otimizando os custos resultando na maior qualidade do atendimento.

Em nosso país, há uma tendência crescente no que diz respeito ao desenvolvimento de sistemas de informação destinados ao setor de saúde, tanto no setor público como no privado. Apesar disso, são muitos os desafios no sentido da interoperabilidade entre os inúmeros sistemas, bem como a criação de repositórios nacionais capazes de orientar a formulação e avaliação de políticas públicas (SENNE et al, 2014).

Para GADELHA (2014), a maior prioridade do Ministério da Saúde encontra-se no desenvolvimento do Projeto Cartão Nacional de Saúde, com a finalidade de proporcionar uma identificação única dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) mas também realizar o acompanhamento dos atendimentos realizados pelo sistema de saúde, a fim de preservar a privacidade e a autonomia do cidadão.

Todavia, o que se vê, é que ainda há um longo caminho a ser percorrido no que se refere à maturidade dos sistemas de informação utilizados, em especial quanto à troca de informações e alimentação do repositório nacional (SENNE et al., , 2014). Isso se deve à grande parcela de estabelecimentos públicos que ainda usam somente o papel para registrar suas informações, ainda que, em 77% deles, os usuários de Internet possuam algum tipo de registro eletrônico para informações médicas; além disso, em 52% dos estabelecimentos, o registro dessas informações está parte em papel e parte em meio eletrônico. Um ponto positivo está na porcentagem de 25% dos estabelecimentos que declaram possuir o formato totalmente eletrônico, sendo que nos estabelecimentos privados essa proporção é de 35% (SENNE et al., 2014).

Isto posto, deve-se pontuar que o formato eletrônico no qual se encontram as informações médicas e de saúde não necessariamente implica em concluir que o sistema eletrônico está devidamente em operação, assim como não expressa plenamente a complexidade e capacidade de registro e cobertura deste sistema (SENNE et al, 2014).

Um estudo realizado no Brasil revela que os dados aqui coletados e armazenados eletronicamente referem-se principalmente à parte administrativa, de forma que informações cadastrais e demográficas (83% dos estabelecimentos com

acesso à Internet) e referentes à admissão, transferência e alta (52%) estão entre as mais presentes. No que se refere às informações de ordem clínica, estão presentes eletronicamente em menor percentual e são informações acerca de vacinas tomadas pelo paciente (21%), alergias (36%), sinais vitais do paciente (26%), anotações clínicas sobre o atendimento (42%) e anotações de enfermagem (26%). Uma questão importante a ser pontuada é que a adoção de sistemas eletrônicos de gestão nos estabelecimentos de saúde brasileiros implica em ultrapassar barreiras importantes no que tange à apropriação das novas aplicações por parte dos profissionais da área. Para tanto, se faz necessário que a dedicação vá além da infraestrutura, atingindo as competências e habilidades presentes entre gestores, médicos e enfermeiros (SENNE et al., 2014).

Embora a imensa maioria dos médicos e enfermeiros seja usuária de Internet, há ainda uma parcela relevante de profissionais que não possui acesso a essas tecnologias no ambiente de trabalho. Assim, o que revelam os estudos é que, geralmente, os enfermeiros encontram maior disponibilidade de acesso aos sistemas eletrônicos no estabelecimento de saúde do que os médicos, o que pode estar ligado ao papel de interface entre o paciente e o sistema de saúde que os enfermeiros desempenham (HANNAH, BALL e, EDWARDS, 2009).

Contudo, de acordo com estudo realizado por SENNE e colaboradores, 60% dos médicos têm acesso à Internet no ambiente de trabalho, enquanto 72% dos enfermeiros relataram disponibilidade de Internet. Isso corrobora com o apontado acima. Quanto aos pontos positivos da implantação do PEP no Brasil, aparecem a melhoria da eficiência dos processos e na qualidade do atendimento, no entanto, conclui que a implantação do PEP não implicou na redução de erros médicos, de filas, aumento do número de atendimentos e na adesão dos pacientes ao tratamento (SENNE et al, 2014).

Corroborando com os autores, JUNIOR e colaboradores (2016), elencaram as maiores dificuldades apontadas quanto à operacionalização do sistema eletrônico, ocorrências que, a partir do aprimoramento do sistema, da capacitação profissional e de investimentos em tecnologia, podem vir a gerar avanços no processo de implantação do PEP no Brasil. São elas:

- Aumento do tempo de atendimento;
- Não existência de uma padronização no PEP para utilização em serviços específicos, de forma que haja um mesmo padrão em vigência em todo

território nacional, como a Estratégia Saúde da Família;

- Não utilização da totalidade das informações contidas no sistema eletrônico, a fim de promover o planejamento de ações relativas à atenção à saúde e melhora na qualidade da atenção;
- Uso das informações somente para otimização do atendimento, ou seja, uso das mesmas para atender a melhora na organização do fluxo do serviço (LOURENÇÃO et al.,2016).

Em termos gerais, o uso da informática nos serviços de saúde representa grandes avanços, embora haja uma grande variedade de dificuldades na sua implantação e consolidação. Para MURAHOVSCI (2000), a utilização da informática em sistema de gestão em saúde traz à tona problemas ocultos na estrutura hospitalar, tais como: prontuários ilegíveis ou que fornecem informações incompletas, dificuldades no processamento e manutenção dos suprimentos (materiais e medicamentos), como também a presença de rotinas hospitalares inadequadas. Acerca da implantação do PEP no Brasil, Lourenção e Júnior, afirmam que:

[...] se considerarmos que a implantação e uso dos PEPs implicam no uso da tecnologia e apresentam diversas funcionalidades que contribuem tanto para o processo assistencial quanto para o gerencial, esse sistema pode contribuir de forma significativa para a melhoria dos serviços de saúde. (LOURENÇÃO et al.,2016)

Isso revela que o Brasil ainda possui uma longa caminhada a fim de se efetivar a implementação de sistemas baseados em informações clínicas, seja no setor público ou nos estabelecimentos privados. É evidente a necessidade da definição de um marco regulatório sólido e concertado, especialmente em se tratando de temas como confidencialidade, privacidade e propriedade das informações registradas (LOURENÇÃO e JUNIOR, 2016).

Conforme estudo de GAMBI e colaboradores (2013), realizado na região Noroeste de São Paulo/Brasil, os profissionais de um hospital regional que já estão em contato com a plataforma eletrônica apontam que esta trouxe dinamicidade ao trabalho, proporcionando maior rapidez para encontrar arquivos. Acrescentam que a atenção ao paciente é de melhor qualidade após o uso do sistema eletrônico, além de permitir a qualificação da pesquisa (GAMBI et al., 2013).

Reforçando estas vantagens, Setz e colaboradores (2009), afirmam que uma grande vantagem da implementação do PEP está na padronização dos registros, o que extingue os problemas relativos à legibilidade, clareza, brevidade, entre outros

(SETZ et al., 2009).

Por outro lado, Namorado e colaboradores, ressaltam a necessidade de maior difusão das informações acerca do novo sistema para com os profissionais que utilizarão o PEP, haja visto que as vantagens em sua utilização são consideráveis. No entanto, há uma grande parcela de colaboradores que ainda não compreendeu completamente o sistema operacional eletrônico.

Já FARIAS e colaboradores (2011), concluíram em seu estudo que a implantação do PEP colabora na prescrição e na administração de medicamentos, e diminui a ocorrência de tarefas duplicadas, já que o sistema reorganiza dados clínicos e hospitalares. Dessa forma, este fenômeno se constitui de inúmeras facetas, as quais incluem processos, recursos, ideias, transações e pessoas de modo a modificar as rotinas de trabalho por meio da inclusão de novas práticas, incrementando, principalmente, a assistência.

### 3 JUSTIFICATIVA

No ano de 2015, o Ministério da Saúde (MS) por intermédio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE - lança um edital para projetos em 23 linhas de pesquisa de temas estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os temas de interesse, está a utilização do prontuário eletrônico na organização do processo de trabalho e na gestão do cuidado nas Estratégias de Saúde da Família. Como o município de Esteio/RS foi contemplado com recursos financeiros (via Governo do Estado do Rio Grande do Sul- Secretaria Estadual de Saúde, com o sistema privado Trakcare®) para aquisição de equipamentos, infraestrutura e conexão, no ano de 2013 iniciou seu projeto “Saúde Conectada” em dezembro, na Atenção Primária, despertando discussão a respeito dos processos de trabalho, das rotinas assistenciais, dos aspectos éticos, do planejamento e informatização de todos os setores relacionados.

Esteio, no Rio Grande do Sul, tornou-se referência para gestores de outros municípios interessados em implantar o prontuário eletrônico do paciente - PEP - em unidades Básicas de Saúde. Após dois anos de sua implementação, surge a lacuna diante deste cenário: e o profissional de saúde que atua diretamente com essa ferramenta, qual a percepção diante dessa implementação? Enquanto profissional de saúde com vivências nesse contexto e várias inquietudes relacionadas sobre o quanto o olhar do profissional pode contribuir para aperfeiçoar as ferramentas de trabalho, surge a motivação para pesquisar a percepção desses profissionais envolvidos.

E com essa resposta, será possível proporcionar melhorias na assistência, impactando diretamente no cuidado com a comunidade. Também servindo de exemplo para os municípios interessados em seguir os bons resultados.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária do município de Esteio (RS) frente à implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se a área de atuação do profissional de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família) interfere na avaliação do Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Verificar se a categoria do profissional de saúde interfere na avaliação do Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Verificar se o tempo de trabalho do profissional de saúde na Secretaria Municipal de Saúde (consequentemente com o prontuário eletrônico) interfere na avaliação do Prontuário Eletrônico do Paciente

5 ARTIGO

**Prontuário Eletrônico do Paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde.**

Electronic Patient Record: perception of Primary Health Care professionals.

**Raquel dos Santos de Souza<sup>1</sup>, Tiago Sperb Machado<sup>2</sup>, Débora Fabiane Figueiró Serafim<sup>2</sup>, Vânia Naomi Hirakata<sup>3</sup> e Clécio Homrich da Silva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

<sup>2</sup>Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Esteio/RS

<sup>3</sup>Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS

A ser enviado à revista Cadernos de Saúde Pública.

## RESUMO

As unidades básicas de saúde utilizam tecnologias de informação e comunicação (TIC) desde o ano de 1997, com a finalidade de potencializar a comunicação entre os serviços. A compreensão e conhecimento dos profissionais que as utilizam é fundamental para obter-se a qualidade do cuidado integral ao paciente. Esta pesquisa teve como objetivo descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a implementação e o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Estudo transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa breve, tendo como campo de estudo os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Esteio na região Metropolitana de Porto Alegre (RS). Para a avaliação do prontuário eletrônico foi utilizado um questionário com perguntas e respostas assertivas padronizadas numa escala de concordância do tipo Likert. As análises descritivas preliminares apresentaram as variáveis contínuas em média e desvio padrão e, as categóricas, em frequência absoluta e relativa. O teste de confiabilidade de Cronbach's Alpha foi aplicado, preliminarmente, ao instrumento de avaliação do Prontuário Eletrônico. A análise fatorial foi realizada com o objetivo de identificar uma menor quantidade de variáveis que apresentem uma identidade comum. Inicialmente, para verificar a presença de correlações entre variáveis foi utilizado o teste de Bartlett de esfericidade. Após foi utilizada a Medida de Adequação da Amostra (MAS) para quantificar o grau de intercorrelações entre as variáveis e a adequação da análise. A percepção dos profissionais da APS frente a implementação do prontuário eletrônico do paciente demonstrou ter associação com as capacitações e informações recebidas e com as adequações realizadas nos prontuários. O pessoal da recepção foi a categoria profissional ( $p=0,001$ ) que demonstrou ter maior necessidade de acesso a capacitações e informações sobre a implementação do prontuário assim como aqueles que atuam no município há menos de dois anos ( $p=0,024$ ). Os enfermeiros demonstraram que a adequação do prontuário ( $p= 0,025$ ) pode ser um fator a ser aprimorado para a implementação do PEP. Embora o prontuário eletrônico do paciente tenha qualificado a assistência, os profissionais de saúde que o utilizam ainda sentem necessidade de maior treinamento, capacitações e informações sobre esta ferramenta visando uma melhor qualidade na assistência prestada aos usuários do SUS

**Palavras-chave:** Sistemas Computadorizados de Registros Médicos; Atenção Primária à Saúde, Tecnologias de Informação e Comunicação, Profissionais de Saúde e Prontuário Eletrônico e Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Basic health units have been using information and communication technologies (ICT) since 1997, in order to enhance communication between services. The understanding and knowledge of the professionals who use them is fundamental to obtain the quality of integral care to the patient. This study aimed to describe the perception of health professionals about the implementation and use of the Electronic Patient Record (PEP). This is a cross-sectional study with a brief quantitative and qualitative approach, with professionals working in Primary Health Care (APS) in the city of Esteio in the Metropolitan Region of Porto Alegre (RS) as a field of study. For the evaluation of the electronic medical record, a questionnaire with standardized assertive questions and answers was used on a Likert-type agreement scale. The preliminary descriptive analyzes presented the continuous variables in mean and standard deviation, and the categorical variables, in absolute and relative frequency. The Cronbach's Alpha reliability test was applied, preliminarily, to the electronic Record evaluation instrument. Factor analysis was performed with the objective of identifying a smaller number of variables that present a common identity. Initially, Bartlett's sphericity test was used to verify the presence of correlations between variables. Afterwards the Sample Adequacy Measure (MAS) was used to quantify the degree of intercorrelations between the variables and the adequacy of the analysis. The perception of APS professionals regarding the implementation of the patient's electronic record showed to be associated with the training and information received and with the adjustments made in the medical records. The reception staff was the professional category ( $p = 0.001$ ) who showed a greater need for access to training and information about the implementation of the medical record, as well as those who worked in the municipality for less than two years ( $p = 0.024$ ). The nurses demonstrated that the adequacy of the chart ( $p = 0.025$ ) may be a factor to be improved for the implementation of PEP. Although the patient's electronic medical record has qualified care, health professionals who use it still feel the need for more training, skills and information on this tool aiming at a better quality of care provided to SUS users.

### Keywords:

Computerized Medical Records Systems; Primary Health Care, Information and Communication Technologies, Health Professionals and Electronic Records and Health Education.

## INTRODUÇÃO

O Prontuário do Paciente é um conjunto de informações de caráter legal, sigiloso e científico, geradas a partir do processo de trabalho dos profissionais<sup>1</sup>. Tanto o prontuário físico como o eletrônico resolvem diversos problemas relacionados à infraestrutura, organização dos dados clínicos e recuperação de dados dos pacientes. Além disso, os profissionais conseguem ter acesso de forma prática ao histórico, aumentando a qualidade das informações, melhorando a comunicação entre os envolvidos, reduzindo a repetição de exames, integrando as especialidades e colaborando com novas pesquisas<sup>2</sup>. O prontuário eletrônico contribui para o cuidado integral ao paciente, no qual o acompanhamento pode ser acessado em locais diferentes da rede, agilizando seu diagnóstico, conduta clínica e tratamento, otimizando tempo tanto para o paciente quanto para a gestão, promovendo a resolutividade para ambos.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) utilizam tecnologias de informação e comunicação (TIC), as quais foram iniciadas em 1997, como forma de otimizar seus processos de trabalho<sup>3</sup>, objetivando atingir um patamar de maior eficiência e eficácia na gestão de tais instituições, assim como contribuir para a saúde da população.

Os benefícios do prontuário eletrônico, especificamente para os cuidados primários, incluem uma qualidade/usabilidade/funcionalidade dos recursos, aumentando a qualidade dos dados e integração mais ampla<sup>4</sup>, mas estudos nesse cenário ainda são poucos publicados. Estes se intensificaram no início do ano de 2000, mas ainda são muito voltados para a área hospitalar, apresentando diminuição no ano de 2007<sup>2</sup>.

O planejamento da implementação do prontuário eletrônico é fundamental, pois se faz necessário refletir a adequação dos sistemas frente a demanda dos trabalhadores, contemplando as diferentes realidades. Para tanto, é necessário que os profissionais envolvidos tenham essa compreensão desde a implementação do sistema, facilitando a adesão no processo de trabalho, agregando qualidade, aprimorando o desempenho e contribuindo na melhoria das condições de saúde da comunidade<sup>5</sup>.

Compreendendo a visão dos principais envolvidos, os profissionais de saúde, torna-se possível o aprimoramento das ferramentas (sistemas utilizados), contribuindo com a condução/planejamento da gestão para solucionar os entraves do processo de

trabalho. A pesquisa foi realizada para descrever essa visão dos profissionais, impactando na qualidade da assistência, mas também respondendo ao chamamento público do Ministério da Saúde (MS) no ano de 2015, interessado em publicações sobre o prontuário eletrônico na organização do processo de trabalho e na gestão do cuidado nas Estratégias de Saúde da Família.

Enquanto profissional de saúde com vivências nesse contexto, a pesquisadora, com suas inquietudes relacionadas com a contribuição que o olhar do profissional pode trazer para aperfeiçoar as ferramentas de trabalho, surge a motivação para essa pesquisa, que teve como objetivo: descrever a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária do município de Esteio (RS) frente à implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), verificando se a área de atuação do profissional de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família) interfere na avaliação e se a categoria/tempo de trabalho do profissional de saúde interfere na avaliação do prontuário eletrônico do paciente.

## **MÉTODO**

O município de Esteio tem uma área territorial de 27,68 km<sup>2</sup> que se localiza à 17 km de POA/RS, com uma população de aproximadamente 80.755 habitantes (IBGE, 2010). Sua rede de saúde conta com um hospital, onze unidades saúde, um Centro de Apoio Psicossocial Adulto – CAPS AD, um Centro de Apoio Psicossocial TIPO II - CAPS II e um Serviço de Atendimento Especializado – SAE. A população deste estudo foi constituída de 204 profissionais (agentes comunitários de saúde-ACS, auxiliar/ técnicos de enfermagem, auxiliar/técnicos de saúde bucal – TSB, dentistas, enfermeiros (as), médicos (as) e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF) conforme registro do quadro funcional fornecido pelo setor de Recursos Humanos/SMS distribuídos nas onze unidades de atenção primária do município de Esteio/RS sendo estas: 4 Unidades Básicas de Saúde, 7 Estratégias de Saúde da Família e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF. Os questionários foram ofertados a todos os profissionais das unidades de saúde, que utilizam o prontuário eletrônico do paciente como ferramenta no seu processo de trabalho e estes foram entregues através de seus coordenadores. O piloto foi realizado um mês antes da coleta, sendo realizadas algumas adaptações de linguagem.

Foram respondidos 170 instrumentos, sendo excluídos 12 por não possuírem

os critérios de inclusão, restando como validados 158 questionários, correspondente à 77% do total. Essas taxas de retorno são adequadas para pesquisas desta natureza<sup>5,6</sup>.

O instrumento de pesquisa autoaplicável foi composto por duas partes. A primeira com sexo, escolaridade, tipo de vínculo com o município, local de trabalho (UBS/ ESF) e tempo em que trabalha com o prontuário eletrônico no município de Esteio. A segunda parte, com 14 variáveis (sendo duas com possibilidade do respondente dissertar), utilizando uma escala de concordância do tipo Likert com cinco alternativas: 1: discordo totalmente, 2: discordo, 3: não concordo, nem discordo, 4: concordo e 5: concordo totalmente<sup>7</sup>.

Com a finalidade de identificar uma semelhança no objetivo e respostas das variáveis, ou seja, para que todas elas indicassem uma opinião positiva em relação ao PEP, as de número 08, 09, 10 e 12 tiveram o valor das suas pontuações invertidas. Assim as variáveis: número 8: "Prefiro o prontuário físico"; número 9: "Recebo críticas dos pacientes"; número 10: "Tenho dificuldades em trabalhar com o PEP" e número 12: "Aumentou o tempo do atendimento" puderam ser avaliadas dentro de uma perspectiva negativa à implementação do PEP.

As análises descritivas preliminares apresentaram variáveis contínuas em média e desvio padrão e, as categóricas, em frequência absoluta e relativa. O teste de confiabilidade de Cronbach's Alpha foi aplicado, preliminarmente, ao instrumento.

Com o objetivo de agrupar essas variáveis e deixá-las num menor número, foi realizado a análise fatorial com rotação Varimax<sup>8</sup>. A partir de então, para definir o número de fatores a serem extraídos do instrumento utilizou-se como critério que os seus valores fossem iguais ou superiores a um.

Para a comparação das médias dos fatores resultantes da análise fatorial conforme as categorias profissionais, foi realizada uma ANOVA com teste de *post hoc* de Tukey. Já para a comparação do tempo de trabalho com o PEP, foi utilizado o teste t de Student.

A associação univariada entre as variáveis contínuas do estudo com o desfecho foi analisada pela correlação de Pearson. A regressão linear múltipla foi realizada para designar a expressão de uma variável independente, ou seja, descobrir a relação matemática entre as variáveis que representam um determinado fenômeno considerando-se a interação entre aquelas incluídas no modelo. Para renomear estes fatores mediante o resultado da análise, foi preciso encontrar dentro do contexto

palavras que expressassem aquele novo grupo que a análise gerou. Como resultado foram gerados quatro fatores/categorias que foram denominados como: (1) Fator 1 – Capacitação e Informação; (2) Fator 2 – Adequação do Prontuário; (3) Fator 3 – Estrutura Logística e (4) Fator 4 – Processo de Trabalho.

O processamento e análise dos dados foi realizado pelo programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS (versão 18.0). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o parecer 1.814.845. Para acesso e realização da pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde emitiu uma autorização para a pesquisadora acessar as unidades de saúde (apêndice A).

## **RESULTADOS**

A Tabela 1 descreve o perfil da população estudada conforme as variáveis, correspondendo a 158 profissionais de saúde que utilizam o prontuário eletrônico do paciente em seu processo de trabalho na Atenção Primária do Município de Esteio/RS. O predomínio foi do sexo feminino (82,9%), com 31,6% de escolaridade Ensino Médio/estagiários. Em relação a variável categoria profissional, 35,9% são agentes comunitários de saúde, 51,9% possuem vínculo de trabalho estatutário com o município, 55,6% atuam em equipes de Estratégia de Saúde da Família e 50,6% têm mais de dois anos de trabalho no município.

**Tabela 1:** Características dos respondentes da pesquisa. Esteio, RS, Brasil, 2016 (n = 158)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	131	82,9
Masculino	27	17,1
<b>Categoria profissional</b>		
Recepcionistas	21	14,8
Agentes Comunitário de Saúde	51	35,9
Técnicos	30	21,1
Enfermeiros (as)	20	14,1
Outros profissionais de nível superior	20	14,1
<b>Escolaridade</b>		
Pós graduados	36	22,8
Superior	25	15,8
Técnicos	47	29,7
Ensino Médio e/ou estagiários	50	31,6
<b>Local de atuação</b>		
UBS	64	44,4
ESF	80	55,6
<b>Vínculo</b>		
Estatutário	81	51,9
Fundação/CLT	62	39,7
Cargo Confiança	2	1,3
Outro	11	7,1
<b>Tempo em que trabalha com o PEP, em Esteio</b>		
< 2 anos	77	49,4
> 2 anos	79	50,6

A Tabela 2 apresenta as 14 variáveis do instrumento, com alternativa de resposta conforme escala Likert de 5 pontos: 1: discordo totalmente, 2: discordo, 3: não concordo, nem discordo, 4: concordo e 5: concordo totalmente<sup>7</sup>, seguido da média e desvio padrão. Nas variáveis 10 e 14 havia espaço para resposta dissertativa, as quais foram apresentadas em formato de nuvem de palavras, onde aquela palavra mais repetida nas respostas foi expressa num maior formato (Figuras 1 e 2).

Os respondentes discordam nas variáveis: 6) que a conectividade seja suficiente (35,4%), 8) que preferem o prontuário físico (43,1%), 9), que recebem críticas dos pacientes por estarem usando o computador (41,8%) e 10) que tem dificuldades em trabalhar com o PEP (36,7%). (As demais variáveis mostraram concordância, com maior proporção nas variáveis: 11) que o PEP qualificou o atendimento (60,1%) e 13) acesso ao histórico do paciente de rede de saúde municipal (53,8%).

**Tabela 2:** Descrição das afirmativas sobre o PEP no instrumento de pesquisa. Esteio, RS, Brasil, 2016. (n=158)

	Discordo totalmente n (%)	Discordo n (%)	Não concordo e não discordo n (%)	Concordo n (%)	Concordo totalmente n (%)	Média (DP)
1.Recebi informações suficientes	11 (7,0)	32 (20,3)	34 (21,5)	<b>66 (41,8)</b>	15 (9,4)	3,27 (1,10)
2.A rede oferece ferramentas suficientes	12 (7,6)	31 (19,6)	23 (14,6)	<b>73 (46,2)</b>	19 (12,0)	3,35 (1,15)
3.Consigo suprir minhas dúvidas	7 (4,4)	25 (15,8)	42 (26,6)	<b>72 (45,6)</b>	12 (7,6)	3,36 (0,98)
4.Sem energia/internet, registro no prontuário Físico	11 (7,0)	20 (12,7)	14 (8,9)	<b>88 (55,6)</b>	25 (15,8)	3,61 (1,11)
5.Retorna energia/internet, transfiro para o PEP	9 (5,7)	18 (11,4)	20 (12,7)	<b>74 (46,8)</b>	37 (23,4)	3,71 (1,12)
6.A conectividade é suficiente	32 (20,3)	56 (35,4)	22 (13,9)	38 (24,1)	10 (6,3)	2,61 (1,23)
7.Busco histórico no prontuário físico	37 (23,4)	40 (25,3)	23 (14,6)	<b>52 (32,9)</b>	6 (3,8)	2,68 (1,25)
8.Prefiro o prontuário físico	58 (36,7)	<b>68 (43,1)</b>	19 (12,0)	7 (4,5)	6 (3,8)	4,04 (1,00)
9.Recebo críticas dos pacientes	50 (31,6)	<b>66 (41,8)</b>	19 (12,0)	17 (10,8)	6 (3,8)	3,87 (1,09)
10.Tenho dificuldades em trabalhar com o PEP	45 (28,5)	<b>58 (36,7)</b>	31 (19,6)	20 (12,7)	4 (2,5)	3,76 (1,07)
11.Qualificou o atendimento	1 (0,6)	4 (2,5)	12 (7,6)	95 (60,1)	46 (29,2)	4,15 (0,71)
12.Aumentou o tempo de atendimento	14 (8,9)	38 (24,1)	28 (17,7)	<b>65 (41,1)</b>	13 (8,2)	2,84 (1,14)
13.Acesso ao histórico da rede	8 (5,1)	17 (10,8)	14 (8,9)	<b>85 (53,7)</b>	34 (21,5)	3,76 (1,06)
14.Contempla as necessidades do atendimento	1 (0,6)	27 (17,1)	42 (26,6)	<b>74 (46,8)</b>	14 (8,9)	3,46 (0,90)

(%): número de respondentes e porcentagem

DP: desvio-padrão

A análise exploratória forneceu um coeficiente de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) de 0,753 e teste de esfericidade de Bartlett apresentando  $P < 0,001$  (Chi-Square aprox. = 537,44;  $df = 91$ ). Explorando a variância total explicada, e admitindo a extração de fatores por meio do critério de análise visual do diagrama de raízes latentes (Scree Plot) e de carga da contribuição de cada variável, verificou-se que quatro componentes reuniam as 14 variáveis e esse conjunto totalizava 57,48% da variância total explicada, com Alpha de Crombach de 0,423.

Quando elaborado o instrumento original, ele foi estruturado em três categorias: 1) estrutura, 2) processo de trabalho e 3) atendimento ao paciente, gerando as 14 variáveis (Apêndice B). Ao analisar o coeficiente de correlação destas variáveis, por intermédio da Análise Fatorial, elas se reagruparam de forma diferente sendo necessário uma nova denominação dos fatores/categorias para expressar o que partilhavam em comum (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição das cargas fatoriais de cada uma das afirmativas do instrumento de pesquisa, de acordo com os quatro fatores extraídos na análise fatorial exploratória para a amostra estudada. Esteio, RS, Brasil, 2016 (n=158).

	Componentes			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
<b>Fator 1 – Capacitação e Informação</b>	.779	.013	.051	.172
14.Contempla as necessidades do atendimento				
3.Consigo suprir minhas dúvidas	<b>.764</b>	.286	.045	.043
1.Recebi informações suficientes	<b>.698</b>	.254	.023	.102
13.Acesso ao histórico da rede	<b>.603</b>	.010	.171	.252
2.A rede oferece ferramentas suficientes	<b>.454</b>	.401	.276	.079
<b>Fator 2 – Adequação do Prontuário</b>				
8.Prefiro o prontuário físico	.037	<b>.743</b>	.061	.282
10.Tenho dificuldades em trabalhar com o PEP	.140	<b>.708</b>	.089	.061
9.Recebo críticas dos pacientes	.225	<b>.635</b>	.224	.009
11.Qualificou o atendimento	.200	<b>.624</b>	.210	.226
6.A conectividade é suficiente	.455	<b>.466</b>	.196	.441
<b>Fator 3 – Estrutura Logística</b>				
4.Sem energia/internet, registro no prontuário Físico	.236	.049	<b>.815</b>	.028
5.Retorna energia/internet, transfiro para o PEP	.072	.211	<b>.783</b>	.040
<b>Fator 4 – Processo de Trabalho</b>				
7.Busco histórico no prontuário físico	.033	.064	.164	<b>.668</b>
12.Aumentou o tempo de atendimento	.117	.205	.282	<b>.643</b>

Fonte: Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. A rotação convergiu em 4 correlações.

Quando avaliadas as associações entre os quatro fatores resultantes das correlações (tabela 4) com as variáveis “categoria profissional”, “tempo de serviço no município” e “característica da unidade que atua”, aplicando a regressão linear múltipla os resultados estatisticamente significativos foram:

Fator 1 – Capacitação e Informação ( $p=0,001$ ): na variável categoria profissional, a maior média obtida foi a dos recepcionistas (3.857 DP 0,593) que concordam as afirmativas contidas no fator 1 (“contempla as necessidades do atendimento”, “consigo suprir minhas dúvidas”, “recebi informações suficientes”, “acesso ao histórico da rede”, “a rede oferece

ferramentas suficientes”). E a menor média nesta variável, foi a dos ACS (3.058 DP 0,847) que discordam das afirmativas. Já na variável “tempo de serviço no município”, a maior média obtida foi para os profissionais que atuam há <2 anos (3.571 DP 0,776) e a menor média (3.306 DP 0,669) para os que atuam há >2 anos.

Fator 2 – Adequação do Prontuário ( $p=0,025$ ): na variável categoria profissional, a maior média obtida foi a dos enfermeiros (3.950 DP 0,713) que concordam com as afirmativas (“prefiro o prontuário físico”, “tenho dificuldades em trabalhar com o PEP”, “recebo críticas dos pacientes”, “qualificou o atendimento”, “a conectividade é suficiente”). E a menor média nesta variável, foi a dos ACS (3.486 DP 0,655) que discordam das afirmativas.

**Tabela 4:** Escores médios (e desvio-padrão) dos fatores identificados de acordo com as variáveis relacionadas às características dos profissionais estudados na Atenção Primária em Saúde. Esteio, RS, Brasil, 2016. (n=158)

Variáveis	N (%)	Média	Desvio-Padrão	p < 0,05
<b>Fator 1 – Capacitação e Informação</b>				
<b>Categoria profissional</b>				<b>0,001*</b>
Recepção	21 (13)	3.857	0,593	
ACS	51 (32)	3.058	0,847	
Técnicos	30 (19)	3.580	0,689	
Enfermeiros	20 (13)	3.650	0,467	
Outros profissionais de nível superior	20 (13)	3.550	0,568	
<b>Tempo de serviço no município</b>				<b>0,024**</b>
< 2 anos	77 (49)	3.571	0,776	
> 2 anos	79 (50)	3.306	0,669	
<b>Característica da unidade que atua</b>				<b>0,139**</b>
UBS	33 (21)	3.751	0,540	
ESF	125 (79)	3.358	0,753	
<b>Fator 2 – Adequação do Prontuário</b>				
<b>Categoria profissional</b>				<b>0,025*</b>
Recepção	21 (13)	3.895	0,643	
ACS	51 (32)	3.486	0,655	
Técnicos	30 (19)	3.713	0,620	
Enfermeiros	20 (13)	3.950	0,713	
Outros profissionais de nível superior	20 (13)	3.850	0,601	
<b>Tempo de serviço no município</b>				<b>0,984**</b>
< 2 anos	77 (49)	3.688	0,745	
> 2 anos	79 (50)	3.686	0,663	
<b>Característica da unidade que atua</b>				<b>0,085*</b>
UBS	33 (21)	3.969	0,583	
ESF	125 (79)	3.609	0,709	
<b>Fator 3 – Estrutura Logística</b>				
<b>Categoria profissional</b>				<b>0,065*</b>
Recepção	21 (13)	3.595	0,930	
ACS	51 (32)	3.803	0,819	
Técnicos	30 (19)	3.766	1.172	
Enfermeiros	20 (13)	3.675	0,892	
Outros profissionais de nível superior	20 (13)	3.075	1.016	
<b>Tempo de serviço no município</b>				<b>0,694**</b>
< 2 anos	77 (49)	3.642	0,924	
> 2 anos da	79 (50)	3.702	0,969	
<b>Característica unidade que atua</b>				<b>0,392**</b>
UBS	33 (21)	3.772	0,820	
ESF	125 (79)	3.628	0,981	
<b>Fator 4 – Processo de Trabalho</b>				
<b>Categoria profissional</b>				<b>0,437*</b>
Recepção	21 (13)	2.881	0,687	
ACS	51 (32)	2.833	0,852	
Técnicos	30 (19)	2.650	0,882	
Enfermeiros	20 (13)	2.775	0,697	
Outros profissionais de nível superior	20 (13)	2.475	0,850	
<b>Tempo de serviço no município</b>				<b>0,342**</b>
< 2 anos	77 (49)	2.818	0,802	
> 2 anos	79 (50)	2.696	0,794	
<b>Característica unidade que atua</b>				<b>0,438**</b>
UBS	33 (21)	2.666	0,872	
ESF	125 (79)	2.788	0,775	

\*ANOVA (análise de variância) seguido do teste de Turkey. Letras iguais indicam subgrupos sem diferença estatisticamente significativas.

\*\* Teste T de Student para amostras independentes.

Na variável 10 – “tenho dificuldades em trabalhar com o PEP” - havia a possibilidade do respondente dissertar sobre “quais dificuldades?”. As palavras **internet**, **ruim** e **treinamento**, respectivamente, foram as mais frequentemente citadas nas respostas (Figura 1).



Fonte: software QSR NVivo (<http://qsrinternational.com>)

**Figura 1:** Nuvem de palavras – Resposta descritiva da variável 10 sobre dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária do município de Esteio (RS) - 2016.

Já na variável 14 – “o sistema contempla as necessidades do atendimento” - havia a possibilidade do respondente dissertar sobre “o que falta no sistema?”. As palavras **acesso**, **treinamento** e **conectividade**, foram as mais frequentemente citadas nas respostas (Figura 2).



31,6% tinham completado o ensino médio, corroborando com outros estudos<sup>14,15,17,18</sup> realizados com equipes de saúde da família. Mais da metade dos profissionais (55,6%) declarou que atua em uma ESF e 35,9% são Agentes Comunitários de Saúde. Esta proporção se apresenta pelo fato do município ter mais ESF (7) do que UBS (4), conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica<sup>19, 27</sup>.

Em relação ao vínculo empregatício, 51,9% dos profissionais declararam serem estatutários<sup>18, 20</sup> e 50,6% que trabalham no município há mais de dois anos. A lei 8080<sup>11</sup> determina que a iniciativa privada possa participar de forma complementar ao SUS e, desta maneira, os profissionais podem ser estatutários ou contratados através da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

No que tange à percepção dos profissionais em relação à implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente, as principais respostas foram relacionadas a capacitações, informações e adequação do prontuário.

Os profissionais que atuam nos serviços de recepção foram os que demonstraram ter maior necessidade de capacitações e informações sobre o sistema de prontuário eletrônico implementado. Estes, geralmente, são estudantes do ensino médio e/ou estagiários acadêmicos, os quais utilizam ferramentas de tecnologia na sua rotina diária fora do ambiente de trabalho, o que deveria facilitar sua adaptação com novas tecnologias<sup>21</sup>. Isto proporcionaria uma maior familiarização com computadores e com o acesso à internet, contribuindo assim para suas habilidades em trabalhar com o Prontuário Eletrônico do Paciente e colaborando para a multiplicação de informações entre os profissionais de saúde<sup>22</sup>.

“[...] os estudantes podem afetar o processo de trabalho das equipes de saúde por trazer conhecimentos atualizados, propiciando uma atualização permanente dos trabalhadores do SUS<sup>23</sup>”.

Quando avaliado se o tempo de trabalho dos profissionais no município tem impacto na percepção sobre o PEP, o estudo revelou que aqueles que trabalham há menos tempo (< 2 anos) concordam com a necessidade de mais capacitações e informações sobre a implementação do Prontuário Eletrônico, o que também foi descrito por outros autores na literatura<sup>20, 27</sup> que também investigaram o fator tempo na prática dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. A alta rotatividade entre estes é apontada como um dos fatores que podem estar associados ao menor tempo de trabalho dentro dos serviços de saúde. Isto também pode ser explicado por outros fatores, como a sobrecarga de trabalho, a desvalorização, a interferência dos

interesses políticos na permanência e a contratação dos profissionais, o estabelecimento de vínculos precários de trabalho e o déficit de trabalhadores<sup>28</sup>. Esta situação foi confirmada num estudo recente<sup>29</sup> que confirmou o tempo como um fator influente na avaliação do serviço. Quanto maior o tempo no serviço, melhor a avaliação e percepção do profissional com relação ao serviço.

Os enfermeiros apontaram a necessidade de adequações do prontuário conforme sua realidade profissional, pois isto facilitaria a sua adesão. Estudo recente, mostrou que os enfermeiros tiveram melhores avaliações em relação a outras categorias por desempenharem diversas funções no serviço<sup>29</sup> e assim, possuírem um olhar mais amplo do contexto e do processo de trabalho.

Outro aspecto que influencia na rotina de trabalho e que deve ser considerado são as tecnologias em informações na saúde, uma vez que a compreensão do potencial desta ferramenta na aplicação no processo de trabalho pode facilitar o planejamento de ações em saúde por parte do enfermeiro<sup>32</sup>. É necessário, para tanto, que o sistema contemple as necessidades locais e seja adaptável, ou seja, flexível para cada realidade<sup>33</sup>.

Quando analisadas as respostas dissertativas das duas perguntas do instrumento, a palavra “treinamento” se destacou em ambas as perguntas, o que pode ser interpretado como uma necessidade de qualificação dos treinamentos realizados até então. Estudo<sup>5</sup> verificou em sua análise que os locais que recebiam “treinamento em serviço” produziam melhores efeitos do que aqueles realizados fora do ambiente de trabalho, demonstrando que a adequação dos sistemas para as diferentes realidades e a compreensão da necessidade da ferramenta por parte dos profissionais, facilita a adesão no processo de trabalho, agregando qualidade, aprimorando o desempenho e contribuindo na melhoria das condições de saúde da comunidade.

A falta de oportunidade de capacitação é citada como uma barreira para a adesão à novas tecnologias, caracterizando-se como um dos principais empecilhos para um bom uso dos sistemas eletrônicos, somado à problemas de infraestrutura, que são independentes da gestão. Para suprir essa e outras necessidades dos profissionais, o Ministério da Saúde desenvolve estratégias e métodos para promover ações que potencializem a atenção integral e humanizada aos usuários do SUS. Dentre as políticas em desenvolvimento, a Política de Educação Permanente em Saúde foi pensada para a formação dos trabalhadores para o setor<sup>34</sup>.

O papel da educação é o de transformar saberes, não somente passar uma informação<sup>35</sup>, o que pode estar ocorrendo nos treinamentos até então aplicados, não havendo mobilização por estes profissionais para transformar sua rotina de trabalho. Neste sentido, a presente pesquisa aponta para a necessidade de treinamentos que impliquem na transformação das práticas profissionais.

A educação permanente é uma importante ferramenta para inovar a gestão do SUS e esta estratégia funciona como um importante catalisador de mudanças nos processos de gestão e no cuidado em saúde. Ela possibilita a troca e o intercâmbio entre as equipes assim como uma reflexão dos saberes e práticas utilizadas no dia a dia, possibilitando processos de mudança<sup>22</sup>. A necessidade de educação para os profissionais promove um protagonismo capaz de provocar mudanças no processo de produção de saúde, rompendo o modelo assistencial tradicional, como descrito em recente estudo: “[...] ampliação dos debates entre os trabalhadores e gestores sobre o seu cotidiano, sobre os modos de gerir e operar o trabalho<sup>36</sup>”.

Neste contexto, é necessário desenvolver estratégias interinstitucionais para o fortalecimento da rede de atenção em saúde. A lógica de treinamento reflete a ampla necessidade de construção coletiva de melhorias, pois quando discutido e construído com os profissionais da gestão e assistência juntos, fomenta a melhoria dos processos de trabalho e colabora para a compreensão e aquisição de sentido da necessidade de incorporação de novas tecnologias, o que contribui para que todos sintam-se envolvidos com a necessidade de transformação. Essa construção em rede aumenta a capacidade dos profissionais em lidar com as adaptações/adversidades/dificuldades diárias, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada à comunidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações, dentre elas o fato de alguns profissionais cumprirem sua carga horária em mais de um local da rede de saúde do município, como por exemplo, um turno em cada unidade de saúde. Embora os instrumentos tenham sido entregues para os coordenadores no mesmo turno e dia, os mesmos podem ter sido ofertados pelos coordenadores aos profissionais em momentos diferentes, contemplando ou não aquele profissional que está naquela unidade naquele dia. A condução do retorno dos instrumentos respondidos teve interferência direta da autonomia de cada coordenador em seguir ou não as orientações da pesquisadora (prazo de 1 semana), contemplando os profissionais que trabalham uma vez por semana.

Como pontos fortes da pesquisa, destaca-se o fato de ter ocorrido na APS do

município contemplado todas as unidades 11 unidades de saúde, destacando-se dos demais estudos que abordam o prontuário eletrônico em ambiente hospitalar<sup>2</sup>. A pesquisa contou com o apoio da gestão municipal para o acesso nas unidades de saúde que se encontra em local de extrema violência.

Este estudo não teve a pretensão de considerar essa temática esgotada, contribuindo, assim, para refletir a importância acerca da percepção dos profissionais frente à implementação do prontuário eletrônico do paciente.

## **CONCLUSÕES**

O presente estudo demonstrou que a implementação do PEP na Atenção Primária em Saúde do município de Esteio (RS) ainda enfrenta alguns problemas possivelmente devido a falhas e limitações no processo de capacitação, nas informações e adequações do prontuário eletrônico direcionadas aos profissionais de saúde.

Os resultados encontrados neste estudo refletem a importância dos treinamentos contínuos, demonstrando que a estratégia de educação em saúde proposta pelo Ministério da Saúde é essencial para a potencialização do uso desta tecnologia. O uso da tecnologia do PEP contribui na assistência em saúde trazendo agilidade e segurança ao atendimento dos usuários.

Neste sentido, é fundamental que os gestores e trabalhadores articulem espaços de discussão e construção coletiva sobre emprego desta ferramenta, estabelecendo, para tanto, um processo de apoio e educação permanente<sup>32, 37,38</sup>, qualificando a assistência aos usuários. A literatura ainda registra importantes lacunas de conhecimento dessa população neste contexto, portanto, espera-se que essa reflexão possa contribuir para novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

1. Dias MP, Giovanella L. Prontuário eletrônico - uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. RECIIS R Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2013 Ago; 7(2).
2. Lourenção LG, Junior CJF. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. *Enf. Brasil*. 2016; 15 (1).
3. Fairley CK, Vodstrcil LA, Huffam S, Cummings R, Chen MY, Sze JK et al. Evaluation of Electronic Medical Record (EMR) at large urban primary care sexual health centre. *PloS one*. 2013; 8(4): 606-636.
4. Price M, Singer A, Kim J. Adopting electronic medical records Are they just electronic paper records. *Can. Fam. Physician*. 2013. 59 (7): 322-329.
5. Pilz C. Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva de implantação do Prontuário Eletrônico do e-SUS AB. (Tese de Doutorado) Rio Grande do Sul: Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.
6. Skitka LJ, Sargis EG. The internet as psychological laboratory. *Annu. Rev. Psychol*. 2016; 57: 529-555.
7. Hill MM, Hill AA. *Investigação por questionário*. 2. ed. Lisboa: Silabo, 2002.
8. Gunther H. Como elaborar um questionário. In: Pasquali, L. (Org.). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília, 1999.
9. Tabachnik BG, Fidel LS. *Using multivariate statistics*. Needham Heights: Allyn and Bacon, 2001.
11. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 Set 1990.

12. World Health Organization. Library Cataloguing-in-Publication Data Mental health action plan 2013-2020. WHO; 2013.

13. Austin GL, Klasko S, Leaver WB. The art of health IT 46. transformation. White paper from National Center for Healthcare Leadership 2009.

14. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. Rev. Enf. UERJ 2007; 15(4): 2-7.

15. Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul; 29(2): 83-176.

16. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44 (2): 273-9.

17. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AR. O processo de (Des) Construção da multiprofissionalidade na atenção básica: Limites e desafios à efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. Rev. Bras. Cienc. Saude. 2011; 15(3):319-28.

18. Lima EFA, Sousa AS, Primo CC, Leite FMC, Souza MHNS, Macie EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. Rev. Enf. UERJ. 2016; 24(1).

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Brasília, 2015.

20. Mahl C, Tomasi E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional

de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. *Cienc. Prax.* 2009; 2(49).

21. Benassi CBP, Sgarioni PDS, Giordani S, Kliemann CRM, Strieder DM. A Articulação entre aprendizagem em ciência, comunicação e tecnologia no contexto de estudantes do ensino médio. Abril 17 - 20, 2016.

22. Kuabara CTM, Tonhom SFR, Marin MJS. Integração ensino-serviço: o olhar de profissionais da atenção básica de saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 5º Congresso IBEROAMERICANO em Investigação Qualitativa. 2016; (2).

23. Justo PM, Rocha PF, Toassi RFC. Processo de trabalho da equipe multiprofissional nos serviços de atenção primária a saúde com a inserção do estagiário da graduação em odontologia. *Rev. Gepesvida – Uniplac*. 2016.

24. Lanzonil GMM, Meirelles BHS. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. *Rev. RENE*. 2010; 11(2):140-51.

25. Juliana CJ, Marques AL, Côrtes RM, Ferreira MBG, Haas VJ, Simões ALA. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Rev. Enferm. Atenção Saúde*. 2015; 4(1):28-41.

26. Santos, LFB, David, HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Rev. Enf. UERJ*. 2011; 19 (1): 52-57.

27. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2008; 24(1): 193-201.

28. Pires, ROM. *Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família*. 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.

29. Pressato MF, Duarte SRMP. *Avaliação da Atenção Primária na Visão dos*

Profissionais de Saúde. Rev. Ciênc. Saúde. 2016; 6(2).

30. Foresto DS, Souza JLE. Síndrome de burnout: indicadores em enfermeiros da atenção primária. Rev. Funec Científica. 2014.

31. Silva JLL, Dias AC, Teixeira LR. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. Aquichán, 2012

32. Gonçalves LS, Fialek SA, Castro TC, Wolff LDG. Experiência de enfermeiros com computadores na Atenção Primária estudo exploratório. Cogitare Enferm. 2016; 21(1): 01-11

33. Santos CS, Gontijo TL, Franco EC, Cavalcante RB. Registro de atividades no sistema de informação da atenção básica. Cogitare Enferm. 2012;17(2).

34. Ministério da Saúde, Portaria no 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, dá outras providências e estabelece critérios para repasse de recursos financeiros para os Projetos dos Polos.

35. Ceccim, RB, Ferla, AA. Educação permanente em saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

36. Felsky CN, Lima RCD, Garcia ACP, França T, Andrade MAC. Gestão do trabalho na saúde: com a palavra, atores da Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2017; 18(1): 102-110.

37. Pintel AAM e Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(4):766-9.

38. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G.

Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3): 7 – 18.

## **6 CONCLUSÕES**

Sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam com o Prontuário Eletrônico do Paciente há necessidade de maiores capacitações/informações sobre a implementação desta ferramenta para seu processo de trabalho.

O fato do profissional de saúde atuar em uma Unidade Básica de Saúde – UBS ou em uma Estratégia de saúde da Família – ESF, não interferiu na avaliação do Prontuário Eletrônico do Paciente.

Os profissionais de saúde que trabalham como recepcionistas indicaram necessidade de maior capacitação para utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente.

Os profissionais de saúde que atuam há menos de dois anos no município indicaram a necessidade uma maior capacitação para a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### GERAIS

O presente estudo permitiu estabelecer um retrato da percepção dos profissionais em relação a implementação do projeto “Saúde Conectada”, refletindo os pontos que ainda constam como negativos para quem usa essa ferramenta no seu processo de trabalho diário.

Os resultados encontrados nesta pesquisa serão apresentados para a gestão do município em reunião geral com os coordenadores das unidades de saúde e eles contribuirão para os municípios vizinhos que se espelham nesse projeto de informatização da Atenção Primária.

O município encontra-se em fase de reavaliação para definir a permanência do sistema privado ou não, e estes achados poderão ser pauta para esta discussão.

### PESSOAIS

A maioria de todos os atendimentos realizados na Atenção Primária passam pelas farmácias básicas e/ou outras farmácias. Este fluxo faz com que, por vezes, a farmácia seja o local de escuta de dúvidas/reclamações/sugestões dos pacientes em relação aos profissionais que lhe prestaram atendimento. Minha inquietude como profissional farmacêutica, foi de conhecer o outro lado da história, o lado do profissional que passa por mudanças muitas vezes diferentes a cada gestão. Essa incompreensão ou não adesão às novas mudanças, impactam como insatisfações que são transmitidas involuntariamente ao paciente que, conseqüentemente, as reproduz no local de aquisição do seu tratamento.

A escolha do local para realização da pesquisa foi devido ao potencial da rede em ter um sistema informatizado na Atenção Primária, o que pode ter grande impacto na assistência farmacêutica da farmácia básica. Com a informatização, o farmacêutico pode consultar no sistema as prescrições, os exames e as condutas clínicas, a fim de contribuir com o cuidado integral do paciente e a adesão ao tratamento, comunicando a rede de possíveis problemas relacionados a medicamentos - PRMs e outros. A existência de um sistema articulado facilita a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, aumentando o suporte técnico. Essa pesquisa

poderá ser aprimorada através de novos estudos que analisem a percepção dos gestores e também dos usuários.

## PARA O MUNICÍPIO

Com este estudo o município poderá discutir sobre sua conduta em relação aos treinamentos oferecidos aos profissionais, não somente para este projeto, mas para toda e qualquer mudança para melhorias no atendimento, que conseqüentemente irá promover melhorias assistência prestada por estes profissionais. Pensar em treinamentos por categorias, já que o acesso é restrito conforme a profissão e, com isso, compreender que a familiarização/adaptação com as tecnologias se dá através de um processo lento e gradual.

Pensar que palavras trazidas nas “dificuldades”, como prescrições, anexos de laudos de exames, solicitações de exames, fusão de prontuários e impressora, são situações muito usadas no dia a dia e que, se ainda são citadas pelos profissionais, é porque precisam receber uma atenção especial nos treinamentos que têm sido realizados.

Temas importantes trazidos nas falas “o que falta no sistema”, como escolas, sala de espera, grupos de roda de conversa, contemplar todas as patologias, retorno/evoluções de demanda espontânea, relatórios sociais, histórico do hospital, registro de vacinas, evoluir a falta do paciente na consulta, integração com a farmácia básica e ações após o atendimento; refletem a inflexibilidade do sistema frente às demandas de atendimento neste contexto.

É importante que no decorrer dos treinamentos seja abordado o empenho da gestão em solucionar as demandas do processo de trabalho e esclarecido que muitas das adversidades enfrentadas, como por exemplo, a falta de conectividade, são fatores que não estão na governabilidade do gestor. É fundamental que, além de treinamentos permanentes para aprimorar a assistência, sejam criados ambientes nos quais as dificuldades dos profissionais possam ser expostas e saciadas.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde e como estratégia do sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, dá outras providências e estabelece critérios para repasse de recursos financeiros para os Projetos dos Pólos. Diário Oficial da União Brasília,DF, 13 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Brasília, 2015.

BRASIL, I. S. P. S., SANTOS, L. S. C. D., & REBELO, G. A qualidade dos prontuários relacionada ao perfil dos processos ético-profissionais. Gazeta Medica da Bahia, v.77 (1), 2008.

CAMELO, S.H.H, ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. Revista Enfermagem UERJ, v. 15, n. 4, p.502-507, 2007.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

DIAS, M. P, GIOVANELLA, L. Prontuário eletrônico-uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v. 7, n. 2, 2013.

DRUMMOND, N.et al. Prevalence and management of dementia in primary care practices with electronic medical records: a report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. CMAJ Open, v. 4, n. 2, p. E 177-E 184, 2016.

AIRLEY, C. K. et al. Evaluation of Electronic Medical Record (EMR) at large urban primary care sexual health centre. PloS one, v. 8, n. 4, p. 606-636, 2013.

FARIAS, J. S., GUIMARÃES, T. de A., VARGAS, E. R, de. Inovação em hospitais do Brasil e da

Espanha: a percepção de gestores sobre o prontuário eletrônico do paciente. *Brazilian Business Review*, Paraíba. v. 9 n. 3 p. 25-46, 2012.

FRASER, D. et al. Electronic health records as a tool for recruitment of participants' clinical effectiveness research: lessons learned from tobacco cessation. *Translational behavioral medicine*, v. 3, n. 3, p. 244-252, 2013.

FORD, E. et al. Extracting information from the text of electronic medical records to improve case detection: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, p. ocv 180, 2016.

FURUIE, S. et al. Prontuário eletrônico em ambiente distribuído e heterogêneo: a experiência do InCor. In: VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Natal, 2002.

GADELHA, A. C. O Projeto Cartão Nacional de Saúde e a construção de saúde para o Brasil In: Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde. São Paulo, 2013

GAMBI, E. M. F., FERREIRA, J. B. B., GALVÃO, M.C.B. A transição do prontuário do paciente em suporte papel para o prontuário eletrônico do paciente e seu impacto para os profissionais de um arquivo de instituição de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 7, n. 2, 2013.

TABACHNIK, B. G., FIDEL L. S. *Using multivariate statistics*. 4 ed. Boston: Needham Heights: Allyn and Bacon, 2001.

GIBBS, G.R. *Qualitative data analysis explorations with NVivo*. New York. Open University Press, 2007.

GKOULALAS-DIVANIS, A. LOUKIDES. G, SUN, J. Toward smarter healthcare: anonymizing medical data to support research studies. *IBM Journal of Research and Development*. v. 58, n. 1, p. 1-:11, 2014.

GUNTHER, H. Como elaborar um questionário. In: PASQUALI, L. (Org.). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/Ibapp, 1999.

HANAH, K. J.; BALL, M. J.; EDWARDS, M. J. A. *Introdução à informática em enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HAYRINEN, K., SARANTO, K., NYKANEN, P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*. v. 77, n. 5, p. 291-304, 2008.

HIPPISLEY-COX, J. et al. The electronic patient record in primary care—regression or progression? A cross sectional study. *BMJ*. v. 326, n. 7404, p. 1439-1443, 2003.

HILL, M.M.; HILL, A. A investigação por questionário. 2. ed. Lisboa: Silabo, 2002.

HIRSCH, J. D. et al. Validation of a patient-level medication regimen complexity index as a possible tool to identify patients for medication therapy management intervention. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, v. 34, n. 8, p. 826-835, 2014.

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

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente. *Journal of Health Informatics*, n. 4, dez. 2012. vol?

JULIANA, C. J. et al. A qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. v. 4, n. 1, p. 28-41, 2015.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. v. 29, n. 2, p.176-83, 2007.

LAU, F; PRICE, M, B. J. Toward a Coordinated Electronic Health Record (EHR) Strategy for. Canada. *Creating Strategic Change*. In: *Canadian Healthcare*, p. 35, 2014.

LOURENÇÃO, L. G; JUNIOR, C. de J. F. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. *Enfermagem Brasil*, v. 15, n. 1, 2016.

MASSAD, E.; MARIN, H.F., AZEVEDO, R.S. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo, 2003.

LOURENÇÃO, L. G.; JUNIOR, C. J. F.; Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. *Revista Enfermagem*. v. 15, n. 1, 2016.

MEDEIROS C. S. et al. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciência e Saúde*. v. 15, n.3, p. 319-28, 2011.

MURAHOVSCI, D. Implantação de prontuário eletrônico em um hospital de grande porte: estudo de

caso. São Paulo: EAESPI-FGV; 2000.

PATRÍCIO, et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Scientia Medica*. v.21, n.3. p. 121-131, 2011.

PRICE, M.; SINGER, A.; KIM, J. Adopting electronic medical records are they just electronic paper records? *Canadian Family Physician*. v. 59, n. 7, p. 322-329, 2013.

SANTOS, M. S.; MARTINEZ E.; DORA, Y. A introdução da informática na prática de enfermagem: possibilidade de mudanças na gestão do processo de trabalho. In: *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*. 2002.

SENNE, F. et al. Desafios para as políticas de e-saúde no Brasil: uma análise de disponibilidade e uso das TICS em estabelecimentos de saúde brasileiros (For Challenges of E-Health Policies in Brazil: An Analysis Availability and Use of ICTs at Premises Brazilian Health). In: *CPR LATAM-Communication Policy Research Conference*. 2014.

SILVA, F. G. et al. Using text-mining techniques in electronic patient records to identify ADRs from medicine use. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 73, n. 5, p. 674-684, 2012.

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

TOMAZ, J. B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface*. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

TAKAYANAGUI, A. M. M.; SANTOS C. B.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. v. 29, n. 2, p. 176-83, 2007.

TRINDADE, L. L., LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.

SKITKA, L. J.; SARGIS, E.G. The internet as psychological laboratory. *Annual Review of Psychology*. v. 57, p. 529-555, 2006.

URSINE, B. L., TRELHA, C. S, NUNES, E. F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010; v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

PILZ, C. Desafios e propostas para a informatização da atenção primária no Brasil na perspectiva de implantação do prontuário eletrônico do e-SUS AB. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

## APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Estado do Rio Grande do Sul  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTEIO**  
Secretaria Municipal de Saúde



Local, 15 de 12 de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFRGS

Prezados Senhores

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado “**Prontuário Eletrônico na ótica do profissional de Saúde**” proposto pelo(s) pesquisador (es) Raquel dos Santos de Souza e Clécio Homrich da Silva.

O referido projeto será realizado (a) **na atenção primária do município de Esteio/RS**, e só poderá ocorrer a partir da apresentação do Parecer do Colegiado de aprovação do Comitê de Ética em Seres Humanos da UFRGS.

Atenciosamente

Tiago Sperb Machado  
Coordenador do Núcleo de Informações em Saúde  
Secretaria de Saúde  
Prefeitura Municipal de Esteio/RS

Tiago Sperb Machado  
Enfermeiro  
COREN/RS 187.170

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DA PESQUISA



Marque com "X" dentro do quadro de sua resposta.

Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada.

Na dúvida opte pela primeira alternativa que pensou. A sua informação será **mantida em sigilo**.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a percepção do profissional de saúde frente à implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

- A.** Profissional de uma: 1. ( ) UBS 2. ( ) ESF 3. ( ) outro
- B.** Profissão/Função: \_\_\_\_\_
- C.** Gênero: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino 3. ( ) Nenhuma das opções anteriores
- D.** Escolaridade: 1. ( ) pós-grad. 2. ( ) Superior 3. ( ) Técnico 4. ( ) Nenhuma das opções anteriores
- E.** Vínculo: 1. ( ) Estatutário 2. ( ) Fundação/CLT 3. ( ) Cargo de Confiança
- F.** Em Esteio, trabalha há: 1. ( ) menos de um ano 2. ( ) menos de 2 anos 3. ( ) mais de 2 anos
- G.** Já havia trabalhado com Prontuário Eletrônico do Paciente? 1. ( ) sim 2. ( ) não
- H.** Em Esteio, estás trabalhando com o PEP há quanto tempo?  
1. ( ) menos de um ano 2. ( ) menos de 2 anos 3. ( ) mais de 2 anos

### I. Sobre a estrutura oferecida:

Recebi as informações suficientes para trabalhar com o PEP.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

A rede oferece ferramentas (computadores, impressoras, outros) suficientes para o uso do PEP.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

Consigo suprir minhas dúvidas sobre o PEP

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

Quando falta luz ou internet, registro no prontuário físico de papel.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

Transfiro as informações do prontuário físico de papel para o PEP quando a luz retorna.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

A internet (conectividade) é suficiente para o processo de trabalho com o PEP.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

### J. Sobre o processo de trabalho com o PEP

Utilizo o prontuário físico de papel para buscar históricos antigos do paciente.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

Prefiro o prontuário físico de papel.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

Tenho dificuldades em trabalhar com o PEP.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

Descreva qual: \_\_\_\_\_

#### **K. Sobre o atendimento ao paciente:**

O PEP qualificou o atendimento ao paciente.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

O tempo de atendimento aumentou com o PEP.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

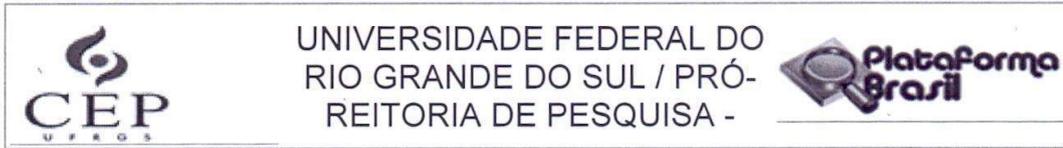
Com o PEP consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

As informações solicitadas no preenchimento do PEP, contemplam todas as necessidades do atendimento.

1. ( ) Disc. totalmente 2. ( ) Discordo 3. ( ) Não conc., nem discordo 4. ( ) Concordo 5. ( ) Con. Totalmente

## ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 1.814.845

Comparar o nível de satisfação entre as diferentes especificidades dos profissionais de saúde que utilizam o PEP.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco mínimo será o constrangimento ao responder o questionário e/ou o desconforto associado ao tempo para o seu preenchimento.

Os benefícios esperados são que ao descrever a percepção dos profissionais de saúde frente à implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), através da pesquisa, será possível propor alterações no processo de trabalho.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

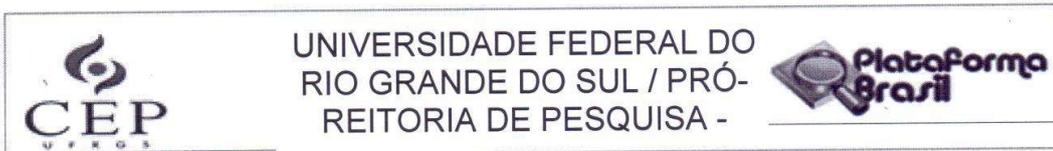
Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, para a avaliação da utilização do prontuário eletrônico na organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

A coleta de dados acontecerá via questionário auto-aplicável com os profissionais de saúde da rede de atenção primária do município de Esteio/RS (auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, técnicos de higiene bucal, dentistas, agentes comunitários de saúde e equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF).

O Município conta com 250 profissionais de saúde. A quantidade mínima para a pesquisa será de 200 profissionais de saúde. Serão excluídos todos aqueles que não utilizam como ferramenta de trabalho o prontuário eletrônico do paciente ou que se recusem a participar como sujeito de pesquisa mediante a não assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE);

A pesquisadora convidará uma das unidades de saúde, para ser voluntária para realizar o questionário piloto. Entregará o instrumento de pesquisa (questionário) com o TCLE anexado, solicitando que o coordenador leve para a equipe de trabalho, explicando sobre a pesquisa, ofertando para responderem. Em uma semana, a pesquisadora irá recolher os instrumentos preenchidos. Após recolhido e avaliado, será revisto as possíveis alterações. Realizado as adequações, na próxima reunião entregará para cada coordenador que levará para sua equipe. Ficando acordado que, no prazo de uma semana, a pesquisadora irá pessoalmente até as unidades de saúde buscar os respondidos.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.814.845

Afim de caracterizar os profissionais entrevistados, será utilizado questões sócio-demográficas, relativas a formação acadêmica e a situação ocupacional. Será utilizado a Escala Likert, que mede atitudes e comportamentos utilizando opções de resposta que variam entre dois extremos de uma escala. Nela, se apresenta a afirmação acerca do prontuário eletrônico do paciente e o colaborador responde conforme as opções de 1 a 5, de forma que o 1 significa "discordo totalmente" e o 5 "concordo totalmente"

Para a elaboração do banco de dados será utilizada o software Excel da Microsoft e os dados serão analisados posteriormente através do software StatisticalPackage For The Social Science (SPSS) versão 11.5.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto - ok
- Parecer substanciado COMPESQ FAMED - ok
- Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Esteio – assinado pelo Coordenador do Núcleo de Informações em Saúde, em dezembro 2015 - apresentado (anexado ao projeto)
- TCLE – ok
- Documento da Secretaria de Saúde do Município de Esteio, assinada pelo Diretor de Planejamento e Estratégia de Saúde, informando a responsabilidade pelo custeio do projeto (cópias e transporte) - ok

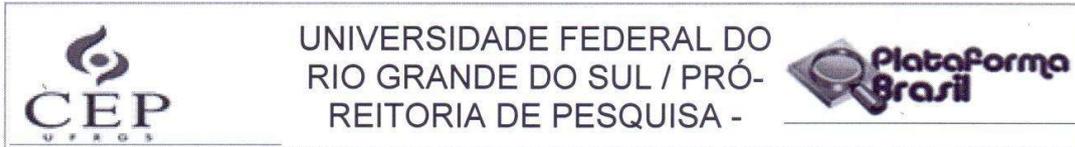
**Recomendações:**

1. Adequar TCLE – retirar a especificação que o TCLE "tem um prazo de 3 dias para devolução" ATENDIDO (Retirar a informação "prazo de 3 dias para devolução" do TCLE que consta no projeto)
2. Adequar cronograma – o cronograma não pode informar que o projeto será submetido ao CEP nos meses 1,2,3/2016 se foi, efetivamente, submetido nos meses 9 e 10. Estas datas devem ser as mesmas no projeto e na PB. Não deve ser previsto no cronograma "contatos e pré avaliações", antes da aprovação do CEP. ATENDIDO

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as solicitações foram atendidas. Projeto em condições de execução.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.814.845

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_648796.pdf	06/11/2016 17:34:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO03.docx	06/11/2016 17:09:02	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA03.docx	06/11/2016 17:08:44	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE03.docx	06/11/2016 17:08:21	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
Outros	Instrumento25.docx	25/10/2016 21:33:23	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
Orçamento	DeclaracaoSMSORCAMENTO25.docx	25/10/2016 21:32:44	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
Outros	CARTAANUENCIA.png	25/10/2016 21:31:13	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
Outros	Parecer_consubiado_COMPESQ_30574.pdf	25/10/2016 21:29:40	Raquel dos Santos de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaonzefevereiro.pdf	11/02/2016 22:46:40	Raquel dos Santos de Souza	Aceito

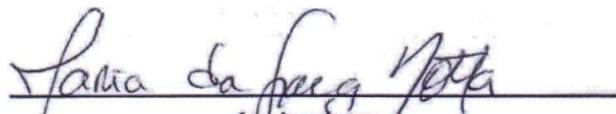
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Novembro de 2016

  
Assinado por:  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br