

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Elisane Da Cas

**ADOÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

Santa Maria, RS
2019

Elisane Da Cas

**ADOÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE:
UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO
ELETRÔNICO DO PACIENTE**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Orientador: Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto

**Santa Maria, RS
2019**

Da Cas, Elisane
ADOÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO
ELETRÔNICO DO PACIENTE / Elisane Da Cas.- 2019.
130 p.; 30 cm

Orientador: Luis Carlos Zucatto
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2019

1. Paradigma 2. Saúde 3. Prontuário Eletrônico do
Paciente 4. Inovação Tecnológica 5. Percepção I. Zucatto,
Luis Carlos II. Título.

Elisane Da Cas

**ADOÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE:
UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO
ELETRÔNICO DO PACIENTE**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

Aprovada em 17 de setembro de 2019:

Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Prof. Dr. Breno Augusto Diniz Pereira (UFSM)

Prof^a. Dra. Kerla Mattiello (UEM)

Santa Maria, RS
2019

Aos meus filhos,
Caio Cesar e Carolina,
por todo o amor, apoio e compreensão.
Vocês são a razão da minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da Vida, por me dar forças para não desistir e superar as dificuldades, por me permitir aprender, errar, crescer, ter uma família, que é minha base, e por ter colocado pessoas tão especiais na minha vida.

Aos meus filhos Caio Cesar e Carolina pela compreensão da minha ausência em muitos momentos... Não canso de dizer: amo vocês, tudo que faço é por vocês, que sempre estarão em primeiro lugar na minha vida. Ao meu marido Amilcar, pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de dificuldade e ausência.

Aos meus pais Jandir e Marlene, pelo exemplo de dignidade, honestidade, humildade e apoio incondicional em todos os momentos. Sou grata a Deus por pais tão especiais; aos meus irmãos Esaú e Elias Vergílio, pelo apoio e compreensão.

Ao meu orientador Prof. Luis Carlos Zucatto, por ter acreditado em mim, por todo apoio, incentivo, ensinamentos, compreensão, dedicação, comprometimento e ética. Além de orientador, para mim será sempre um grande amigo.

A todos os meus professores da UFSM, especialmente à Prof^a. Kelmara Mendes Vieira e ao Prof. Breno Augusto Diniz Pereira, pelo incentivo e apoio nos momentos difíceis, e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, pelo apoio e estrutura.

Aos meus colegas do mestrado, pelo apoio e companheirismo, especialmente Daniela Pegoraro e Miguel Esposito Barreiro; serão sempre amigos do coração.

A todos os meus amigos, em especial Clara Luiza Montagner e Gilmar Luiz Colombelli, por todo apoio, ajuda e ensinamentos durante esta caminhada.

Aos meus superiores e colegas de trabalho, por terem entendido a importância de realizar este mestrado, demonstrando apoio, compreensão e carinho.

Aos Secretários Municipais de Saúde e a todos os profissionais de saúde dos 12 Municípios que fazem parte da 8^a Coordenadoria Regional de Saúde, pela compreensão, colaboração e envolvimento com este trabalho. A todas as pessoas que fizeram parte desta conquista.

À banca examinadora, por aceitarem o convite e pelas sugestões para melhorar meu trabalho.

Muito obrigada!

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas, graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

ADOÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

AUTORA: Elisane Da Cas
ORIENTADOR: Luis Carlos Zucatto

Ao longo do tempo, os cuidados com a saúde dos seres humanos passaram por diferentes paradigmas. As inovações tecnológicas contribuíram para o atual paradigma na saúde pública brasileira, especialmente com a adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na condição de novo paradigma, ainda está se consolidando nos municípios, entes públicos responsáveis pela atenção básica da saúde do cidadão. Com base nesse contexto, definiu-se como objetivo geral deste estudo investigar a percepção dos profissionais do SUS a respeito da implantação e uso do PEP nos municípios que compõem a 8ª CRS-RS, com sede em Cachoeira do Sul. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e caráter descritivo, com aplicação de um questionário estruturado com 67 questões, contemplando a situação do município em relação ao PEP, o processo de implantação, a estrutura oferecida para funcionamento, as ações executadas, as dificuldades encontradas durante o uso e os benefícios. Na perspectiva de médicos, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas, técnicos de enfermagem e enfermeiros que utilizam o PEP. Os resultados evidenciaram que um município ainda não implantou o PEP; em 53% dos municípios, está em funcionamento há mais de dois anos, com predomínio do *software* oferecido pelo SUS; 90,23% dos profissionais aprovam a inclusão da nova tecnologia no sistema do SUS; 71,6% receberam informações sobre como trabalhar com o PEP; 54% usam o PEP para descrever a evolução do paciente. Cadastros incompletos dos pacientes, dificuldade em trabalhar com o PEP e falta de testes-piloto antes da implantação definitiva são aspectos negativos. A percepção dos profissionais é melhor no retorno do esforço e tempo de utilização do PEP e no acesso ao histórico do paciente realizado na rede. O grau médio de satisfação dos profissionais é traduzido pela média 7,4 em uma escala de 1 a 10.

Palavras-chave: Paradigma. Saúde. Prontuário Eletrônico do Paciente. Inovação Tecnológica. Percepção.

ABSTRACT

ADOPTION OF NEW TECHNOLOGIES IN PUBLIC HEALTH SERVICES: AN INVESTIGATION ON THE IMPLEMENTATION OF THE PATIENT'S ELECTRONIC PRONOUNER

AUTHOR: Elisane Da Cas
ADVISOR: Luis Carlos Zucatto

Over time, human health care has gone through different paradigms. Technological innovations contributed to the current paradigm in Brazilian public health, especially with the adoption of the Patient's Electronic Patient Pronouner (PEP) by Sistema Único de Saúde (SUS). As a new paradigm, the public entities responsible for the primary health care of citizens are still consolidating in the municipalities. Based in these context, the general objective of this study was to investigate the perception of SUS professionals regarding the implementation and use of PEP in the municipalities that make up the 8th CRS-RS, based in Cachoeira do Sul. This is a study with quantitative approach and descriptive characteristic, applying a structured questionnaire with 67 questions, covering the situation of the municipality in relation to the PEP, the implementation process, the structure offered for operation, the actions taken, the difficulties encountered during use and the benefits, dentists, pharmacists, nutritionists, nursing technicians and nurses using PEP. The results showed that a municipality has not yet implemented the PEP; in 53% of the municipalities, it has been in operation for over two years, with a predominance of software offered by SUS; 90.23% of professionals approve the inclusion of new technology in the SUS system; 71.6% received information on how to work with PEP; 54% use PEP to describe patient progress. Incomplete patient records, difficulty in working with PEP and lack of pilot tests before definitive implantation are negative aspects. Professionals' perception is better in the return of effort and time of use of PEP and in the access to the patient's history performed in the network. The average degree of satisfaction of professionals is translated by the average 7.4 on a scale of 1 to 10.

Keywords: Paradigm. Health. Electronic Patient Record. Technologic Innovation. Perception.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Paradigma.....	30
Figura 2 – Paradigma tecnológico.....	32
Figura 3 – Tecnologia e ciência.....	36
Figura 4 – Políticas Públicas	43
Figura 5 – Linha do tempo de Políticas de saúde no Brasil	47
Figura 6 – PEP.....	52
Figura 7 – Mapa da 8ª CRS-RS	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Concepções e/ou visões de tecnologia	33
Quadro 2 – Diferenças entre a Ciência e Tecnologia	35
Quadro 3 – Definições de política pública	37
Quadro 4 – Tipos de Políticas Públicas.....	39
Quadro 5 – Fases do ciclo da política (policy cycle).....	40
Quadro 6 – Concepções de registro eletrônico do paciente.....	48
Quadro 7 – Discriminação dos respondentes por categoria profissional e município ...	55
Quadro 8 – Blocos, tema, questões e objetivos do questionário.....	57
Quadro 9 – Dados sobre os municípios da pesquisa	64
Quadro 10 – Características dos respondentes da pesquisa	72
Quadro 11 – Síntese do Bloco A.....	79
Quadro 12 – Processo de implantação do PEP	80
Quadro 13 – Síntese do Bloco B.....	82
Quadro 14 – Estrutura oferecida para uso do PEP	83
Quadro 15 – Síntese do Bloco C: estrutura para o PEP	84
Quadro 16 – Ações executadas por meio do PEP	85
Quadro 17 – Síntese do Bloco D: ações executadas por meio do PEP	86
Quadro 18 – Dificuldades encontradas no uso do PEP	87
Quadro 19 – Síntese do Bloco E: maiores dificuldades no uso do PEP.....	89
Quadro 20 – Benefícios do PEP.....	90
Quadro 21 – Síntese do Bloco F: maiores benefícios	93
Quadro 22 – Comparativo de grupos: Fator 1	101
Quadro 23 – Comparativo de grupos: Fator 3.....	103
Quadro 24 – Comparativo de grupos: Fator 4.....	105
Quadro 25 – Comparativo de grupos: Fator 5.....	107

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de respondentes por município da 8ª CRS-RS.....	65
Gráfico 2 – Tipo de unidade em que atuam os respondentes.....	66
Gráfico 3 – Profissão dos respondentes	67
Gráfico 4 – Sexo dos respondentes	68
Gráfico 5 – Escolaridade dos respondentes.....	69
Gráfico 6 – Vínculo empregatício dos respondentes.....	70
Gráfico 7 – Tempo no emprego.....	71
Gráfico 8 – Escores por grau de satisfação de acordo com a categoria profissional.....	73
Gráfico 9 – Nota média de grau de satisfação versus tempo de emprego.....	74
Gráfico 10 – Grau de satisfação com tipo de software.....	75
Gráfico 11 – Tempo de trabalho dos respondentes com o PEP.....	77
Gráfico 12 – Tempo de uso do PEP.....	78
Gráfico 13 – Tipo de software	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variância total explicada.....	95
Tabela 2 – Carga fatorial dos fatores e respectivas variáveis	95
Tabela 3 – Variáveis e Alpha de Cronbach para cada um dos fatores.....	100

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA NO MUNICÍPIO.....	121
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	123
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	125
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	127

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PROBLEMA DA PESQUISA	18
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Objetivo geral	19
1.2.2	Objetivos específicos	19
1.3	JUSTIFICATIVA	19
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	PARADIGMA.....	23
2.1.1	Conceituação	23
2.1.2	Paradigma tecnológico	30
2.2	TECNOLOGIA.....	33
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS	37
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	44
2.5	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)	48
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	53
3.2	POPULAÇÃO DA PESQUISA	54
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.4	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	56
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	57
3.6	TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
4	RESULTADOS	63
4.1	PERFIL DOS RESPONDENTES.....	63
4.2	Satisfação quanto ao uso do PEP	73
4.3	RESULTADOS DA PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES SOBRE O PEP	76
4.3.1	Bloco A	76
4.3.2	Bloco B: processo de implantação local do PEP	80
4.3.3	Bloco C: estrutura oferecida para uso do PEP	83
4.3.4	Bloco D: ações executadas por meio do PEP	85
4.3.5	Bloco E: dificuldades encontradas durante o uso do PEP	87
4.3.6	Bloco F: benefícios do PEP	90
4.4	ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA	94
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA NO MUNICÍPIO	121
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	123
	APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	125
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	127

1 INTRODUÇÃO

O termo paradigma começou a ser discutido nas ciências com maior evidência na década de 1960, na obra *As estruturas das revoluções científicas*, de Thomas Kuhn. Nesta obra, Kuhn (2013¹) conceitua como paradigmas as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para a comunidade de praticantes de uma ciência.

Aplicando-se a noção de paradigma ao setor da saúde no Brasil, constata-se que a Constituição Federal (CF) de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), marcando o início de um novo paradigma. Saúde, na CF88, é um direito universal, "garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde também mudou, passando de "[...] ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social" (SANTOS, 1999, p.1). Houve, portanto, uma mudança de paradigma, inclusive no sentido semântico. Passou-se da ação de curar para a vigilância e promoção da saúde, ou seja, a produção social da saúde.

A CF 1988 representou um marco para a saúde pública no Brasil. Em seu artigo 200, inciso VI, incluiu como atribuições do SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de abrangência (BRASIL, 1988). Por meio da Lei nº 9.639/98, modificada pela Medida Provisória no 2.143/01, artigo 14, inciso XVIII, determinou que uma das áreas de competência do Ministério da Saúde seja a pesquisa científica e tecnológica em saúde (BRASIL, 2001; 1998).

As inovações tecnológicas tiveram um papel significativo na mudança do sistema de saúde. Assim, junto com a mudança do conceito de saúde, o uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TICs) inaugurou um novo paradigma na saúde no Brasil. As TICs apresentam inúmeras possibilidades, recursos e benefícios para a área (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, 2012).

Assim como todos os setores da sociedade, públicos e privados, a área da Saúde tem se beneficiado com as TICs, que permitem o processamento, o

¹ A obra *Estruturas das revoluções científicas* foi lançada em 1962, mas, neste estudo, foi utilizada a edição comemorativa aos 50 anos da obra, em 2013, Coleção Debates, pela Editora Perspectiva, com ensaio introdutório de Ian Hacking e posfácio do próprio autor na edição de 1969.

armazenamento, a difusão da informação e do conhecimento. No âmbito do Ministério da Saúde, as TICs servem de apoio na organização, comunicação e gestão dos processos. Seu uso vai desde os consultórios médicos a Unidades Básicas de Saúde (UBSs), interligando todas as instâncias da Saúde. Ressalta-se, no contexto deste estudo, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), uma das TICs que o Ministério da Saúde vem implantando no SUS com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência prestada ao paciente e a diminuição de custos (TIAGO, 2018; BRASIL, MS, 2017; CNM, 2017).

Durante séculos, desde a Antiguidade, médicos fizeram registros sobre seus pacientes em diferentes suportes. Entre os egípcios, por exemplo, o médico Imhotep, entre 3000 e 2500 a.C. registrou 48 casos cirúrgicos em um papiro (SOUZA, 2012).

No século V a.C., Hipócrates estimulava os médicos a registrarem por escrito os dados sobre a doença dos pacientes e, com isso, analisarem o curso da moléstia e as possíveis causas. Florence Nightingale (1820-1910), precursora da enfermagem moderna, também ressaltou a importância dos registros sobre os pacientes a partir da sua prática (SOUZA, 2012).

Em 1785, os médicos do hospital parisiense Hôtel-Dieu eram obrigados a confrontarem seus registros pelo menos uma vez ao mês. Assim, com a atuação sistemática dos médicos nos hospitais, foi possível organizar melhor os registros, embora de forma ainda precária sob um olhar atual: etiquetas amarradas nos punhos dos doentes, fichas ou pranchetas para cada paciente, com seu nome e doença, data da entrada e saída, diagnóstico médico, receitas, tratamentos prescritos e observações diárias sobre evolução do quadro clínico. Nos Estados Unidos, desde 1918, praticamente todos os pacientes atendidos em hospitais possuíam um prontuário físico (SOUZA, 2012).

No Brasil, os primeiros hospitais-escola obrigavam os acadêmicos a preencherem as “papeletas” com observações clínicas para treinamento e aprendizado. A prática se estendeu para todos os hospitais (SOUZA, 2012). O problema é que os registros ficavam restritos a determinado hospital.

Com o surgimento da informática, foi possível passar do prontuário físico para o computador tais registros, o chamado PEP. No art. 1 da Resolução nº 1.638/2002, o Conselho Federal de Medicina definiu o Prontuário do Paciente como um documento único, constituído por um conjunto de informações sobre a saúde do

paciente e a assistência a ele prestada. O documento possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002).

O PEP, às vezes citado como PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), deverá ser implantado em todas as UBSs² do País (BRASIL/MS, 2016). Assim, as informações sobre os pacientes do SUS migram do tradicional suporte de papel para o eletrônico. Sua adoção trouxe mudanças para profissionais e gestores, tendo como principal finalidade um fluxo contínuo de informação entre as diversas equipes e o paciente. As informações contidas no PEP são valiosas e não se restringem ao tratamento pontual do paciente, pois podem ser fonte de pesquisa para vários temas relacionados à saúde (BRASIL/MS, 2016).

O Ministério da Saúde determinou que todas as UBSs, de todos os municípios do País, devem adotar o PEP. Até fevereiro de 2018, 17.431 UBSs, em 3.070 municípios brasileiros, haviam aderido ao PEP. No Rio Grande do Sul, até o início de 2018, 89,90% dos municípios já haviam implantado o PEP (BRASIL/MS, 2018). Apesar do auxílio do Ministério da Saúde, a falta de suporte tecnológico e financeiro em alguns municípios tem atrasado sua implantação.

No Rio Grande do Sul, a 8ª CRS, com sede em Cachoeira do Sul, é formada pelos seguintes municípios: Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho. Conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, a população desta área era de 203.155 habitantes (IBGE, 2018), um pouco a mais do que os 200.264 anotados pelo Censo de 2010. Esses municípios possuem de uma a dezessete UBSs, algumas ainda em fase de implantação. Parece uma situação desigual, mas é necessário considerar a área territorial e o tempo de criação dos municípios.

O atendimento à saúde dos cidadãos brasileiros fundamenta-se em três pilares: universalização, equidade e integralidade. Para a consecução desses três pilares, dentro de princípios organizativos, os serviços do SUS foram regionalizados e municipalizados. A descentralização até o município visa a um melhor atendimento, porém, necessita de condições técnicas, administrativas e financeiras para o integral atendimento de saúde (BRASIL, MS, 2017 a). A divisão em

² Entenda-se UBS e ESF, visto que ambas realizam serviços de atenção básica em saúde.

coordenadorias permite que um dos municípios atenda os casos de maior complexidade. Este é o paradigma atual da política pública brasileira.

Assim, a 8ª CRS-RS representa a delimitação espacial para a realização da presente pesquisa. Portanto, é o foco do problema, dos objetivos e *locus* da pesquisa de dados e respectiva análise.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

O PEP apresenta várias vantagens: agiliza o atendimento ao cidadão, concentra os dados e o histórico do paciente, que poderão ser acessados por todos os serviços de saúde local, qualifica e otimiza a consulta recebida, reduz custos, evitando duplicidades de exames e de retirada de medicamentos, gera indicadores de produção e auxilia na fiscalização e controle de fraudes (BRASIL/MS, 2018).

Além destas vantagens apresentadas pelo MS, pesquisas acadêmicas identificaram outras, baseadas em depoimentos de usuários do sistema: acesso rápido ao histórico dos pacientes, processamento contínuo e atualizado de dados; organização sistemática, objetiva e clara das informações; facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros; auxílio no processo de tomada de decisão e na efetividade do cuidado; controle de estoques; preciosa fonte de pesquisa clínica e sociodemográfica, estudos epidemiológicos; melhoria do planejamento e controle hospitalar; eliminação de espaço físico para armazenamento; prevenção de erros de diagnóstico, na prescrição e interação de medicamentos; maior segurança e sigilo no armazenamento das informações dos pacientes (CANÊO; RONDINA, 2014).

A adoção do PEP, com todas as suas vantagens, ainda divide opiniões entre os profissionais da saúde, pois foram constatados alguns inconvenientes. Tal é o caso dos custos de implantação, sigilo e privacidade; possíveis implicações relacionadas à centralização ou descentralização do armazenamento das informações; necessidade de comunicação mais efetiva entre as partes interessadas (COSTA; PORTELA, 2018). Há também resistência de profissionais da saúde quanto ao uso de novas tecnologias, ou necessidade de treinamento e manutenção dos equipamentos e softwares (CANÊO; RONDINA, 2014), nem sempre presentes em determinadas regiões brasileiras. Além disso, existe a questão da ética, pois há que se considerar que o avanço tecnológico não deva acarretar prejuízos para o

indivíduo e nem comprometa a atuação dos profissionais de saúde, sempre focados no respeito e dedicação a seus pacientes (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Como todas as mudanças paradigmáticas, a implantação do PEP proporciona vários olhares. Nesse sentido, como problema deste estudo, indaga-se: como os profissionais que atuam em UBSs dos municípios da 8ª CRS percebem a implantação do PEP?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a percepção dos profissionais do SUS nas UBSs dos municípios que compõem a 8ª CRS-RS sobre a implantação do PEP.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o PEP;
- b) Fazer levantamento do uso do PEP nos municípios pesquisados;
- c) Pesquisar quais aspectos impedem a adoção imediata do PEP e quais aspectos ainda restringem seu uso;
- d) Averiguar os aspectos positivos e negativos do PEP;
- e) Propor sugestões e adequações para uso do PEP.

1.3 JUSTIFICATIVA

O PEP começou a ser utilizado desde 2002 e tornou-se obrigatório nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de todo o País a partir de 2017, apesar de que ainda não tenha sido implantado em todos os municípios. Vários estudos começaram a surgir após sua implementação, conforme pesquisa em meio eletrônico.

Com o descritor “Prontuário Eletrônico do Paciente”, foram encontrados estudos sobre suas vantagens e desvantagens, como o de Caneo e Rondina (2014). Fumis *et al.* (2014) delimitaram seu estudo junto aos médicos. Rondina *et al.* (2017) demonstraram sua utilização como instrumento em determinadas entidades. Costa e Portela (2018) apresentaram o seu estudo “Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação” com profissionais de diferentes áreas (medicina, direito, informática e usuários), sem concentração em área espacial específica, tratando do registro eletrônico de saúde (RES). Casuriaga *et al.* (2018) avaliaram a qualidade dos prontuários eletrônicos das crianças hospitalizadas e chegaram à conclusão de que é necessário aprofundar o estudo dos resultados obtidos através de uma análise qualitativa. Para isso, sugerem a implementação de um sistema contínuo de auditoria de PEP, bem como prosseguir no desenvolvimento dos Prontuários Eletrônicos a fim de melhorar o gerenciamento clínico dos hospitais. No Uruguai, Yacobazzo e Rodríguez (2018) revisaram e discutiram os aspectos vinculados ao sigilo e privacidade dos dados da história clínica dos pacientes.

Contudo, não foram encontrados estudos que contemplam a percepção de todos os profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos e médicos) concentrados em uma região, como é o caso de uma regional de saúde. Ressalta-se que a regionalização da saúde foi uma medida adotada pela NOA/SUS, de janeiro de 2001 (BRASIL, MS, 2001). Assim, acredita-se que o presente estudo pode agregar-se aos demais, contribuindo para um maior conhecimento do tema.

O uso do PEP representa uma ruptura de paradigma na área da Saúde. A compreensão dos conceitos e paradigmas pelos quais se pautaram as etapas no cuidado com a saúde dos cidadãos evidencia uma evolução até o estágio atual. Porém, “[...] no campo da saúde pública, tais rupturas obrigatoriamente se representam nas dimensões científicas e ideológicas, cuja maturação e difusão são ultimadas pela dependência da intencionalidade política” (MELLO, 2017, p.513). Na saúde pública/coletiva, as dimensões política e científicas se confundem (MELLO, 2017). Daí a importância de uma revisão do estado da arte para entender o estágio atual das políticas públicas brasileiras na área da Saúde sob o prisma de paradigmas.

Considera-se este estudo relevante pela possibilidade de trazer à lume a percepção de profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde dos municípios que fazem parte da 8ª CRS do RS, cujos resultados podem ser de relevância para outras Coordenadorias de Saúde. O estudo também é importante por abranger municípios com diferentes índices populacionais e estruturas diferenciadas no atendimento de saúde aos seus habitantes.

Este estudo também pretende se constituir em uma contribuição para a formação continuada dos profissionais da área de saúde dos municípios. Cardoso *et al.* (2017), em avaliação sobre equipe de enfermagem, salientaram a necessidade de haver qualificação permanente para o uso PEP para estes profissionais. Acredita-se que o mesmo valha para todos os profissionais atuantes na saúde pública. Através de um conhecimento mais acurado do PEP, poderá ser sentida a importância de sua implementação e alimentação de dados contínuos, sempre atualizados, sobre os pacientes.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para a consecução dos objetivos deste estudo, dividiu-se o mesmo em quatro capítulos.

O primeiro capítulo contempla a Introdução, com as considerações iniciais sobre o assunto escolhido e a problemática que norteou a pesquisa. Ainda, neste capítulo, elencam-se objetivos a serem atingidos, a justificativa para a realização da pesquisa e a estrutura a ser seguida.

No segundo capítulo, subdividido em partes, apresentam-se os fundamentos teóricos necessários para embasamento da pesquisa. Levando-se em consideração que a análise da implantação de uma nova TIC pelo SUS representa a mudança de paradigma no cuidado da saúde da população brasileira, faz-se uma revisão sobre o conceito de paradigma, com ênfase no paradigma tecnológico. A segunda parte, posto que o tema gira em torno de uma TIC, trata da tecnologia em termos gerais. Sendo o PEP uma nova TIC, considera-se necessária uma revisão bibliográfica das políticas públicas em termos gerais e, especificamente, as políticas públicas brasileiras na área da saúde e a implantação do PEP.

No terceiro capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos: caracterização da pesquisa, população e amostra, o instrumento utilizado para a coleta de informações, os aspectos éticos, os riscos e os benefícios e, por fim, a técnica de análise da pesquisa.

O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa e a respectiva análise, ao qual segue o quinto capítulo, no qual são tecidas as considerações finais e sugestões de futuras pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresentam-se bases teóricas que servirão de suporte para a realização deste estudo: paradigma, tecnologia, políticas públicas na área da Saúde e Prontuário Eletrônico do Paciente.

2.1 PARADIGMA

2.1.1 Conceituação

A palavra “paradigma” provém do idioma grego, composta pelo prefixo *para* (= junto, proximidade, semelhança) e o radical *deigma* (= modelo, exemplo, padrão). Desde a Antiguidade, o termo já existia no campo filosófico, relacionado à epistemologia, no estudo da origem, da estrutura, dos métodos e da validade do conhecimento. Também conhecida como teoria do conhecimento, a epistemologia relaciona-se com a metafísica, a lógica e a filosofia da ciência. Para Platão, um determinado paradigma remete a um modelo relacionado ao mundo exemplar das ideias, do qual faz parte o mundo sensível (SIGNIFICADOS, 2015).

Morin (1991) fez uma revisão do termo paradigma a partir de Platão. No seu entendimento, o vocábulo grego oscila em torno da exemplificação do modelo ou da regra. Em Aristóteles, paradigma é o argumento que pode ser generalizado a partir de um exemplo.

Saussure, introdutor da linguística estrutural, apontou dois eixos nas relações mestras entre as unidades linguísticas. O eixo paradigmático (paradigma), vertical, vincula-se à dimensão da língua ou do código; o eixo sintagmático (sintagma), horizontal, vincula-se à dimensão da palavra ou da mensagem (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009).

Na crise da doutrina positivista, no fim da década de 1950, surgiram novos conceitos sobre paradigma. Nas décadas de 1960 a 1970, houve transformações na filosofia da ciência, com novas propostas, entre elas as de Kuhn.

Kuhn questionou as bases racionais da ciência contidas no positivismo herdado e deslocou o foco do contexto de justificação para o de descoberta,

destacando a importância de os pesquisadores compreenderem os determinantes históricos e sociais da ciência (BENDASSOLLI; ANDRADE; MALVEZZI, 2010, p. 282).

Na filosofia da ciência, Kuhn foi o principal responsável pela ruptura entre as tendências dominantes na primeira metade do século XX: o positivismo lógico e o racionalismo crítico. Assim, Kuhn pode ser considerado “um dos fundadores da tendência histórico-sociológica na filosofia da ciência, cujas características constituem a contestação de teses epistemológicas, até então bastante consensuais” (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009, p.91).

Kuhn iniciou seus estudos com a física e a filosofia analítica (positivismo lógico), indo para a psicologia da Gestalt. Foi através da história e filosofia das ciências naturais que Kuhn rompeu com o positivismo lógico e o racionalismo crítico. “Sua concepção de paradigma ganhou notoriedade mais pela vinculação à ideia de revolução científica do que pela ideia de ciência normal, à qual está fortemente vinculada” (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009, p.111).

A leitura do texto original da obra *Estruturas das revoluções científicas* não fornece uma definição clara do que o autor conceitua como paradigma, mesmo no capítulo 4 – *A prioridade dos paradigmas*. No posfácio de 1969, Kuhn (2013³, p.187) reconhece que aspectos de sua formulação inicial “criaram dificuldades e mal-entendidos gratuitos” em seu conceito de paradigma.

O próprio Kuhn admitiu que, no texto original, não foi claro em sua definição de paradigma, o que denota a polissemia deste termo. Escreve ele que uma “leitora simpatizante” encontrou “pelo menos vinte e duas maneiras diferentes” do autor usar o termo. No aludido posfácio, o autor escreve que “na maior parte do livro o termo ‘paradigma’ é usado em dois sentidos diferentes”:

De um lado, indica toda a constelação de crenças, valores, técnicas etc., partilhados pelos membros de uma comunidade determinada. De outro, denota um tipo de elemento dessa constelação: as soluções concretas de quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal. O primeiro sentido do termo, que chamaremos de sociológico, é o objeto do item 2; o item 3 é devotado aos paradigmas enquanto realizações passadas dotadas de natureza exemplar (KUHN, 2013, p.187).

³ Ver nota de rodapé nº 1.

Sobre as inúmeras manifestações após o lançamento de *Estruturas das revoluções científicas*, Guba (1999, p.17) considera:

Não é de surpreender que a maioria das pessoas solicitadas a definir o termo paradigma seja incapaz de oferecer qualquer declaração clara de seu significado. Eu digo que não é surpreendente porque Thomas Kuhn, o mais responsável por trazer esse conceito para a nossa consciência coletiva, ele mesmo tenha usado o termo em não menos de 21 maneiras diferentes [...]. Algumas pessoas veem essa falta de definição clara como uma situação infeliz. Mas acredito que é importante deixar o termo em um limbo tão problemático, porque é então possível reformulá-lo à medida que nossa compreensão de suas muitas implicações melhora. Ter o termo não fundido em pedra é útil intelectualmente (tradução da autora).

Os pilares ontológico, epistemológico e metodológico são suportes paradigmáticos. Ontologicamente, qualquer paradigma visa a uma resposta sobre a natureza de algo que é possível conhecer. Do ponto de vista epistemológico, a questão é identificar o relacionamento que se estabelece entre o pesquisador e o objeto a ser conhecido. Por fim, o aspecto metodológico trata dos procedimentos para tornar o objeto conhecível (GUBA, 1990).

Voltando a Kuhn, este autor procura dirimir as dúvidas acerca do que escreveu através do posfácio acrescido na edição de 1969. Torna-se mais claro, então, ao definir que “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma” (KUHN, 2013, p.188).

Uma comunidade científica é formada pelos praticantes de uma especialidade científica, com formação teórica comum similar, objetivos comuns e soluções coletivas, que compartilham um mesmo paradigma (KUHN, 2013).

Admitindo que os cientistas partilhem uma teoria ou um conjunto de teorias, Kuhn chega à conclusão de que o uso do termo paradigma seria inapropriado. Sugere então o uso de “matriz disciplinar”: “disciplinar porque se refere a uma posse comum aos praticantes de uma disciplina particular; matriz porque é composta por elementos ordenados de várias espécies, cada um deles exigindo uma determinação mais pormenorizada” (KUHN, 2013, p.193). A seguir, apresenta os principais componentes do que considera “matriz disciplinar”: 1º, generalizações simbólicas; 2º, compromissos coletivos com crenças; 3º, valores; 4º, “exemplares”, no sentido de soluções concretas dos problemas.

Paradigma também pode ser um conjunto de realizações científicas, as quais geram modelos que orientam o desenvolvimento posterior de outras pesquisas para a busca de solução de certos problemas por elas suscitados. Paradigma é, portanto, um princípio, teoria ou conhecimento originado da pesquisa em um campo científico. Ou seja, uma referência inicial que servirá de modelo para novas pesquisas (KUHN, 2013).

O segundo significado fundamental de paradigma é o de exemplar, já contido na noção de matriz disciplinar. Por meio de “exemplares”, o cientista aprende, ensina e produz ciência. O exemplar tem função crucial no desenvolvimento da teoria e prática nas comunidades científicas. Ressalta-se, também, o vínculo estreito entre paradigma e comunidade científica, isto é, um paradigma sempre é uma propriedade de uma comunidade, não de um sujeito isolado (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009).

“Sem o compromisso com um paradigma não poderia haver ciência normal. Além disso, esse compromisso deve estender-se a áreas e graus de precisão para os quais não existe nenhum precedente satisfatório” (KUHN, 2013, p.123).

A ciência normal forma um binômio indissociável com o paradigma. “A ciência entra em uma fase normal justamente quando é guiada sob a égide de um paradigma. Nas palavras de Kuhn, ‘ciência normal’ significa a pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas” (MENDONÇA, 2012, p.537).

Assim, os paradigmas fazem parte da ciência. Eles se distinguem em razão de sua substância e da ciência que os produziu. São constituídos de métodos, problemas e padrões de solução compartilhados por uma comunidade científica. Por outro lado, não são imutáveis. Se surgir novo paradigma, conseqüentemente haverá uma redefinição da ciência correspondente. Neste caso, os problemas antigos podem ser transferidos para outra ciência e conclui-se pela sua não cientificidade ou convertem-se em arquétipos de realizações científicas importantes.

A transição de um paradigma em crise para um novo, do qual pode surgir uma nova tradição de ciência normal, está longe de ser um processo cumulativo obtido por meio de uma articulação do velho paradigma. É antes uma reconstrução da área de estudos a partir de novos princípios, reconstrução que altera algumas das generalizações teóricas mais elementares do paradigma, bem como muitos de seus métodos e aplicações. Durante o período de transição haverá uma grande coincidência (embora nunca completa) entre os problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que podem ser resolvidos pelo novo. Haverá

igualmente uma diferença decisiva no tocante aos modos de solucionar os problemas. Completada a transição, os cientistas terão modificado a sua concepção da área de estudos, de seus métodos e de seus objetivos (KUHN, 2013, p.109).

Os paradigmas, no sentido de “exemplares” na proposição de Kuhn, favorecem o consenso. Uma vez que este é obtido, cessam os debates metodológicos, epistemológicos e ontológicos. Os cientistas, então, tratam de questões mais específicas ou de especialidades (MENDONÇA, 2012).

O estabelecimento de um paradigma segue etapas. Dentro daquilo que se considera “ciência normal”, os cientistas usam um paradigma para explicá-la. Porém, à medida que, na “ciência normal”, começam a surgir problemas muito fortes contrários a esse paradigma, os cientistas perdem a confiança nele. A crise gerada pelos problemas levará a uma revolução científica e, com isso, ao estabelecimento de um novo paradigma. “Provavelmente a alegação isolada mais comumente apresentada pelos defensores de um novo paradigma é a de que são capazes de resolver os problemas que conduziram o antigo paradigma a uma crise” (KUHN, 2013, p.168).

Em seu livro *A Tensão Essencial*, Kuhn (2011) considera que é possível resumir os vários sentidos de paradigma em apenas dois: um sentido global e um específico. O primeiro abrangeria todos os interesses partilhados por uma comunidade científica; o segundo trataria de um gênero particular de interesse. O primeiro sentido é relativo ao que Kuhn chamou de “matriz disciplinar”; o segundo, de “exemplar”.

Guba (1999, p.17) prefere o uso do sentido mais comum ou genérico, equivalente ao global em Kuhn. Para este autor, paradigma é “um conjunto básico de crenças que orienta a ação”.

Edgar Morin⁴ realizou estudos em filosofia, sociologia e epistemologia. Sua principal obra é *La méthode*, composta por seis volumes, escritos ao longo de três décadas e meia. No final do quinto volume de *La Méthode*, Morin apresenta um glossário com definições dos principais termos utilizados em suas obras. Entre eles está o conceito de paradigma, termo que ele atribui a Thomas Kuhn, contido na obra *A Estrutura das Revoluções Científicas*.

⁴ Antropólogo, sociólogo e filósofo francês. Morin é autor de mais de 30 livros, entre eles: *O método* (seis volumes), *Introdução ao pensamento complexo*, *Ciência com consciência* e *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*.

[...] o paradigma parece remeter à lógica (exclusão inclusão-disjunção-conjunção, implicação-negação), mas, na realidade, esconde-se sob a lógica e seleciona as operações lógicas que se tornam, ao mesmo tempo, preponderantes, pertinentes e evidentes sob a sua influência. É ele que prescreve a utilização cognitiva da disjunção ou da conjunção. É ele que concede privilégio a certas operações lógicas em detrimento de outras; é ele que dá validade e universalidade à lógica eleita. Através disso, dá aos discursos e teorias que controla os aspectos de necessidade e de verdade. Designa as categorias fundamentais da inteligibilidade e opera o controle e o emprego delas. É a partir dele que se determinam as hierarquias, classes, séries conceituais. É a partir dele que se determinam as regras de inferência. Situa-se, então, no núcleo não apenas de todo sistema de ideias e de todo discurso, mas também de qualquer cogitação (MORIN, 1991, p. 305).

Morin (1991, p.186) considera que a contribuição de Kuhn foi fundamental para a concepção de paradigma: “o modo de conceber, formular e organizar as teorias científicas era comandado e controlado por postulados ou pressupostos ocultos”. A originalidade da contribuição de Kuhn foi a de resgatar evidências e imperativos ocultos sob a forma de pressupostos ou postulados, a que denominou de paradigmas. Mais ainda: as grandes transformações nas ciências foram, na verdade, revoluções paradigmáticas (MORIN, 1991).

Ao analisar a noção de Kuhn sobre paradigma, Morin (1991) detecta duas qualidades antagônicas coexistentes neste vocábulo: forte e difusa. É forte, pois possui “valor radical de orientação metodológica, e de esquemas fundamentais de pensamento, de pressupostos ou de crenças que desempenham um papel chave, e transporta consigo um poder dominador sobre as teorias” (MORIN, 1991, p. 191). Ao mesmo tempo, é difuso porque possui diversos sentidos.

Na própria concepção de Morin sobre paradigma pairam doze características, detectadas por Boeira e Koslowski (2009):

- a) Conceito não passível de falsificação, mas as teorias podem ser refutadas;
- b) Autoridade axiomática;
- c) Princípio de exclusão;
- d) O que é excluído torna-se “ponto cego”;
- e) Invisibilidade, embora seja o núcleo organizacional da teoria;
- f) Cria evidência, mas se oculta;
- g) Co-gerador do sentimento de realidade;
- h) É invisível, mas seus pontos fracos podem ser identificados;
- i) Antinomia e incompreensão entre diferentes paradigmas;

- j) Sustenta-se com os discursos e sistemas que gera;
- k) Proporciona uma cosmovisão; e,
- l) Não pode ser contestado facilmente.

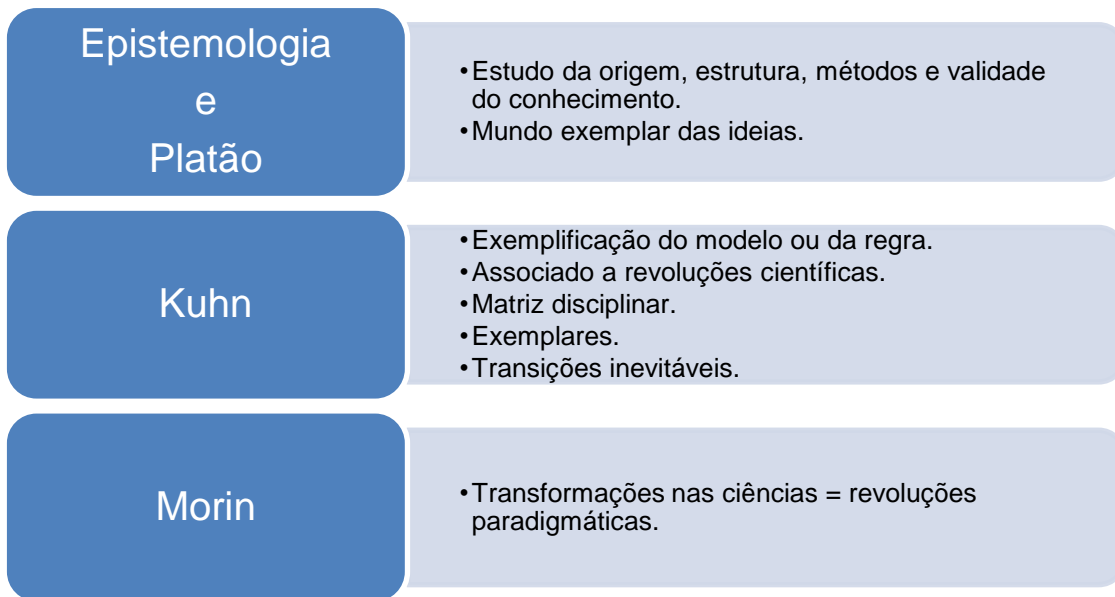
Assim como as diferentes concepções acerca de paradigma, o conhecimento evolui em revoluções que proporcionam novos paradigmas para o desenvolvimento científico. Isso ocorre quando o paradigma dominante já não responde a problemas que surgem. Há uma espécie de intervalo entre o velho e o novo, período denominado de “transição paradigmática”. Esse progresso leva a novas crenças e valores e também a novos problemas e novas formas de abordagem na solução dos mesmos. Em suma, os novos paradigmas competem com os velhos e acabam por suplantá-los (KUHN, 2013).

As revoluções científicas são “quase totalmente invisíveis” até que se tornem plenamente efetivas. Os conhecimentos científicos se encontram em manuais, cuja função seria a de perpetuar a ciência normal. Ocorrendo, porém, inovações, esses manuais devem ser reescritos quando as normas da ciência até então considerada normal se modificam (KUHN, 2013).

Os paradigmas são necessários, pois fornecem um referencial que possibilita a organização da sociedade, em especial da comunidade científica quando propõe continuamente novos modelos para entender a realidade. Por outro lado, pode limitar nossa visão de mundo, quando os homens e mulheres resistem ao processo de mudança e insistem em se manter no paradigma conservador. A aceitação ou resistência a um paradigma reflete diretamente na abordagem teórica e prática da atuação dos profissionais em todas as áreas de conhecimento (BEHRENS & OLIARI, 2007, p.54).

Como síntese desta seção, apresenta-se a Figura 1: o paradigma visto na epistemologia nos estudos gregos, principalmente Platão; a importância da contribuição de Kuhn sobre a concepção de paradigma; por fim, a contribuição de Morin para o entendimento de paradigma.

Figura 1 – Paradigma



Fonte: Elaboração da autora (2018).

O emprego do vocábulo “paradigma” está presente em todas as áreas de conhecimento. Um paradigma designa o estado da arte das ciências em geral, bem como a visão, o modo de agir dos indivíduos numa comunidade científica, na educação, na saúde, no modo como os governos tratam do bem estar da população. Assim, na sequência, em consonância com o tema e a problemática do presente estudo, aborda-se especificamente o paradigma tecnológico.

2.1.2 Paradigma tecnológico

Ressalta-se, como já visto, que uma revolução científica faz com que surja um novo paradigma. Cada inovação é um marco tecnológico. E a conceituação de paradigma tecnológico é útil na organização da atual transformação tecnológica, uma vez que ela invade todos os domínios da sociedade contemporânea, como processos sociais e economia.

Sicsú e Rosenthal (2009, p.9), responsáveis pela publicação (em inglês) da tese de doutorado de Giovanni Dosi na Revista Brasileira de Inovação, em 2006, justificam a “absoluta pertinência” do estudo que merece ser “qualificado como

paradigmático, dada a profundidade, amplitude e criatividade do arcabouço conceitual por ele introduzido na literatura econômica”.

Dosi (2006, p.22), em analogia à definição de paradigma por parte de Kuhn, define o “paradigma tecnológico ‘como modelo’ e um ‘padrão’ de solução de problemas tecnológicos selecionados, com base em princípios selecionados derivados de ciências naturais e tecnologias de materiais selecionados” (tradução da autora). Justifica-se, afirmando:

Em primeiro lugar, as semelhanças dizem respeito ao mecanismo e aos procedimentos da "ciência", por um lado, e os da tecnologia, por outro. Como um paradigma científico determina o campo da investigação, os problemas, os procedimentos e as tarefas (os *puzzles*, nas palavras de Kuhn), o mesmo acontece com a “tecnologia” no sentido definido acima (talvez fosse melhor falar de cluster de tecnologias, por exemplo, tecnologias nucleares, tecnologias de semicondutores, tecnologias de química orgânica, etc.). Como a ciência normal é a realização de uma promessa contida em um paradigma científico, também é o progresso técnico definido por um determinado paradigma tecnológico. Definiremos uma trajetória tecnológica como o padrão de atividade normal de solução de problemas (ou seja, de progresso) no terreno de um paradigma tecnológico (DOSI, 2006, p.22) (Tradução da autora).

O estudo de Dosi (2006) é direcionado à área econômica, mas pode ser aplicado a outros campos. O autor se refere a escolhas inseridas num arcabouço técnico-produtivo, que direcionam as trajetórias tecnológicas e acabam na conformação de um paradigma tecnológico.

Em Kuhn (2013), o paradigma científico relaciona-se à produção de conhecimento científico. Em Dosi (2006), o paradigma tecnológico refere-se à produção de conhecimento tecnológico.

Fuck e Bonacelli (2009, p.110), ao analisar o estudo de Dosi, afirmam: “O paradigma tecnológico incorpora fortes prescrições sobre as direções da mudança técnica a perseguir e a negligenciar, o que implica em capacidade de exclusão em relação a outras alternativas inicialmente possíveis”.

Tanto Castells (2000) como Dosi (2006) apoiam-se na concepção de Freeman⁵ sobre paradigma tecnológico:

Um paradigma econômico e tecnológico é um agrupamento de inovações técnicas, organizacionais e administrativas inter-relacionadas cujas vantagens devem ser descobertas não apenas em uma nova gama de produtos e sistemas, mas, sobretudo, na dinâmica da estrutura dos custos

⁵ Orientador da tese de Doutorado de Giovanni Dosi.

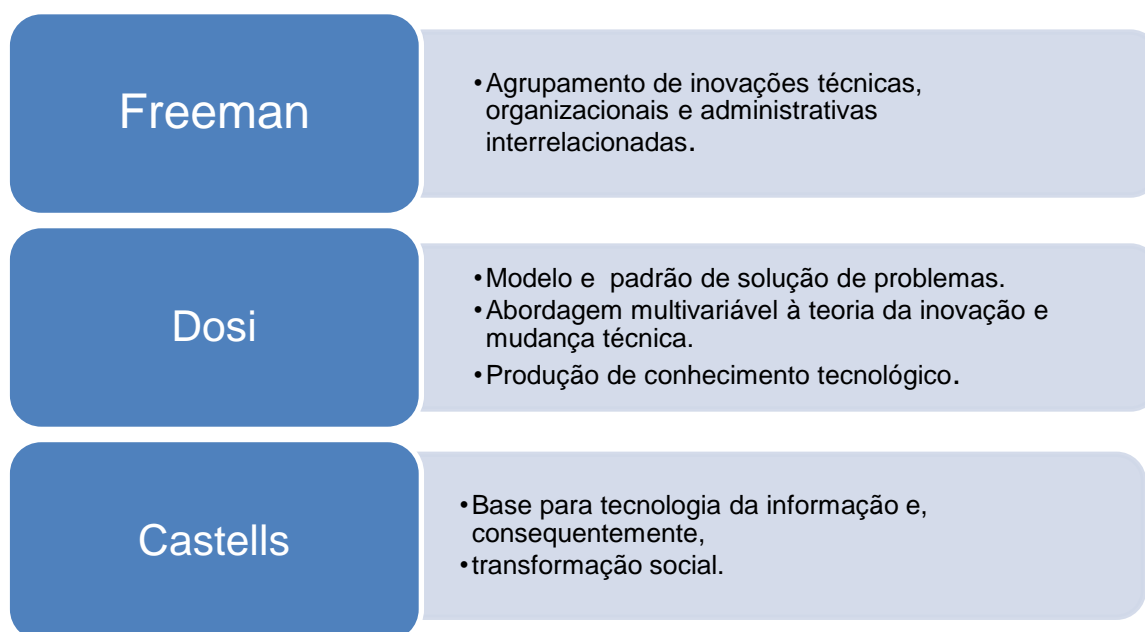
relativos de todos os possíveis insumos para a produção. Em cada novo paradigma, um insumo específico ou conjunto de insumos pode ser descrito como o 'fator chave' desse paradigma caracterizado pela queda dos custos relativos e pela disponibilidade universal (FREEMAN apud CASTELLS, 2000, p.107).

Por sua vez, Sicsú e Rosenthal (2006, p.10), após análise da tese de Dosi, concluem que seus pensamentos se enquadram na linha neo-schumpeteriana, “na medida em que destacam o papel da inovação tecnológica, como principal determinante dos saltos de produtividade” no desenvolvimento econômico. As ideias de Dosi não se restringem ao aspecto econômico. Dosi avança no campo industrial, mostrando as relações existentes entre indústria e economia e “os possíveis estágios de desenvolvimento das tecnologias (ou melhor, dos paradigmas tecnológicos) predominantes nesses setores”.

Paradigmas e trajetórias tecnológicas são, em alguns aspectos, metáforas da interação entre continuidade e rupturas no processo de incorporação do conhecimento e da tecnologia no crescimento industrial: a metáfora, no entanto, deve ajudar a iluminar seus vários aspectos e atores e sugerir uma abordagem multivariável à teoria da inovação e mudança técnica (DOSI, 2006, p.31).

A Figura 2 sintetiza a concepção e o papel do paradigma tecnológico.

Figura 2 – Paradigma tecnológico



Castells (2000) crê na transformação da cultura material no início de 2000 através de um novo paradigma tecnológico, com base na tecnologia da informação, como fator de transformação social. A “técnica” é antiga, se for tomada como resultado da busca do homem primitivo para solucionar seus problemas de sobrevivência. No percurso da história da humanidade, ela foi se desenvolvendo até o que hoje se entende por “tecnologia”, tema abordado a seguir.

2.2 TECNOLOGIA

O termo “tecnologia” provém do idioma grego, composto por dois radicais: “tekhne” (técnica, arte, ofício) e “logia” (estudo). Pode-se, então, tomar “tecnologia” como estudo de uma técnica ou arte ou, ainda, ofício. Contudo, seu sentido tornou-se mais amplo, principalmente nos tempos atuais (SIGNIFICADOS, 2015).

“A tecnologia apresenta diferentes conotações e formas de interpretação”. Por isso, sua definição é difícil, “tendo em vista que, ao longo da história, o conceito é interpretado de diferentes maneiras, por diferentes pessoas, embasadas em teorias muitas vezes divergentes e dentro dos mais distintos contextos sociais” (VERASZTO *et al.*, 2008, p.60-62). Neste sentido, considera-se que a definição de tecnologia depende das concepções em que é aplicada, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Concepções e/ou visões de tecnologia

(continua)

Concepção ou visão de tecnologia	Definição de tecnologia	Autores
Intelectualista	Conhecimento prático derivado direta e exclusivamente do desenvolvimento do conhecimento teórico científico através de processos progressivos e acumulativos, onde teorias cada vez mais amplas substituem as anteriores.	García et al. (2000) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Utilitarista	Sinônimo de técnica, ou seja, o processo envolvido em sua elaboração em nada se relaciona com a tecnologia, apenas a sua finalidade e utilização são pontos levados em consideração.	Acevedo Díaz (2002) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Sinônimo de Ciência	Compreende a tecnologia como Ciência Natural e Matemática, com as mesmas lógicas e mesmas formas de produção e concepção.	Layton (1988); Acevedo (1998); Sancho (1998); Silva e Barros Filho (2001); Valdés et al. (2002); Gordillo (2001) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).

Quadro 1 – Concepções e/ou visões de tecnologia

(conclusão)

Concepção ou visão de tecnologia	Definição de tecnologia	Autores
Instrumentalista	É o ponto de vista mais arraigado em nosso cotidiano e predominante no senso comum. A tecnologia como sendo simples ferramentas ou artefatos construídos para uma diversidade de tarefas.	Lion (1997); Pacey, (1983); Acevedo Díaz (2003); Osorio (2002) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Neutralidade	A tecnologia não é boa nem má. Com isso, impede-se sua análise crítica e ignoram-se as intenções e interesses sociais, econômicos e políticos daqueles que a idealizam, financiam e controlam.	Carrera (2001); Gómez (2001); Osorio (2002) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Universalidade	A tecnologia como sendo algo universal; um mesmo produto, serviço ou artefato poderia surgir em qualquer local e, conseqüentemente, ser útil em qualquer contexto.	Gordillo & Galbarte (2002) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Determinismo tecnológico	É autônoma, autoevolutiva, seguindo, de forma natural, sua própria inércia e lógica de evolução, desprovida do controle dos seres humanos. Um dos âmbitos onde essa ideia mais teve influência é a ficção científica.	Mumford (1952); González et al. (1996); Smith & Marx (1994); Carrera (2001); Gómez (2001); Dagnino (2007) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Visão otimista	O homem será capaz de garantir a sobrevivência da espécie e do planeta não deixando de usufruir dos recursos naturais desde que o faça de forma sustentável.	Herrera (1994); Wcead (1987); Foray & Grübler (1996); Freeman (1996); Carranza (2001); Agazzi (2002); Andrade (2004); Bin (2004) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Visão pessimista	A técnica é um fenômeno tipicamente moderno, responsável por um progresso tecnológico que é a causa de todos os males da humanidade, por contribuir para alargar as desigualdades sociais, graças ao acúmulo discrepante de riquezas e poder.	Meadows (1972); Barret & Morse (1977); Carranza (2001); Corazza (2005) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).
Sociosistema	Uma forma alternativa ou um novo conceito que permite relacionar a demanda social, a produção tecnológica com a política e economia.	Acevedo Díaz (2002); Osorio (2002) <i>apud</i> Veraszto et al. (2008).

Fonte: Elaboração da autora a partir de Veraszto et al. (2008).

A tecnologia engloba conhecimentos práticos e teóricos, como know-how, métodos, procedimentos, dispositivos e equipamentos físicos. Tudo isso representa as conquistas no desenvolvimento de tecnologias, resultado de experiências fracassadas e bem-sucedidas (DOSI, 2006).

Concebe-se a tecnologia “como um corpo sólido de conhecimentos que vai muito além de servir como uma simples aplicação de conceitos e teorias científicas, ou do manejo e reconhecimento de modernos artefatos” (VERASZTO *et al.*, 2008,

p.73). Há ciência envolvida, mas não se deve confundir ciência com tecnologia, embora a tecnologia utilize elementos das ciências, e estas se beneficiem de concepções e criações tecnológicas.

O Quadro 2 explicita de forma básica e sucinta as diferenças entre ciência e tecnologia.

Quadro 2 – Diferenças entre a Ciência e Tecnologia

Ciência	Tecnologia
Entende o fenômeno natural	Determina a necessidade
Descreve o problema	Descreve a necessidade
Sugere hipóteses	Formula ideias
Seleciona hipóteses	Seleciona ideias
Experimenta	Faz o produto
Encaixa hipóteses/dados	Prova o produto
Explica o natural	Fabrica o artificial
Analítica	Sintética
Simplifica o fenômeno	Aceita a complexidade da necessidade
Conhecimento generalizável	Objeto particular

Fonte: Veraszto *et al.* (2008).

Conforme é possível depreender das diferenças entre ciência e tecnologia (Quadro 2), a ciência procura explicações sobre os fenômenos da natureza, enquanto a tecnologia se caracteriza por atividades práticas, como método, instrumento ou processo, que ajudem a alcançar um objetivo. Ressalta-se, também, que a tecnologia não depende necessariamente da ciência. Um exemplo é a descoberta do fogo, uma tecnologia primordial no começo da humanidade.

Embora existam diferenças explícitas entre ciência e tecnologia (Quadro 2), há uma estreita relação entre estas duas, inclusive com a sociedade. Schor (2007, p.337) pondera:

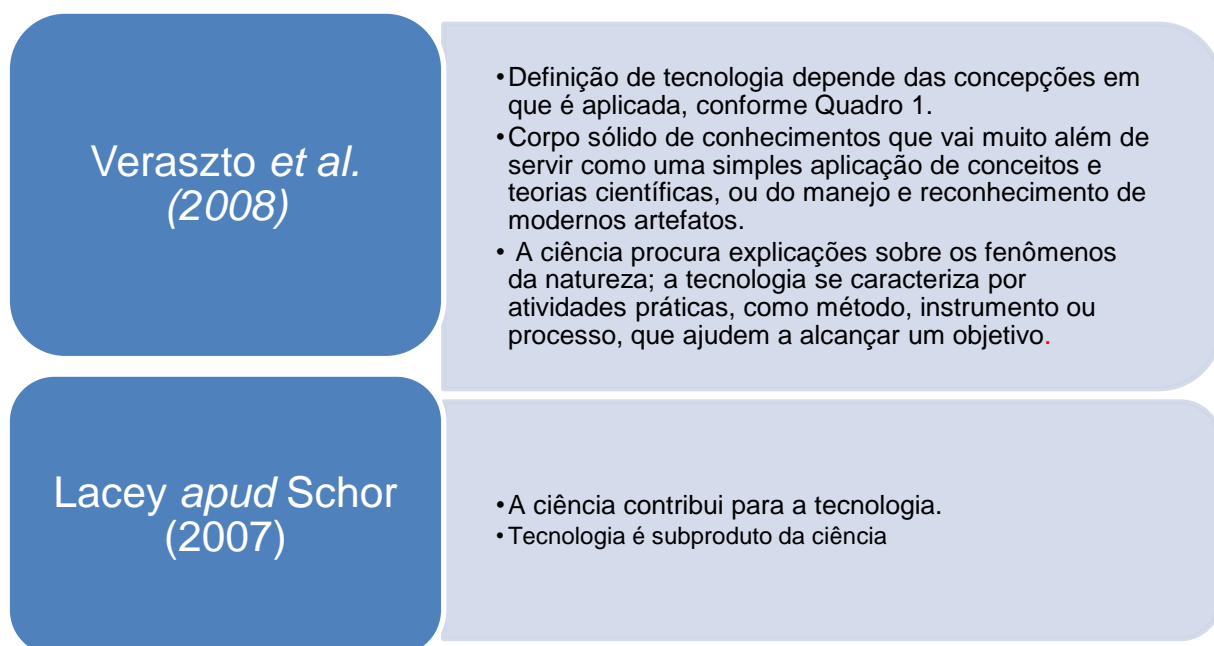
Com base em Lacey, define-se ciência como um padrão de racionalidade, que explica e desenvolve a tecnologia. Do entendimento da duplicidade (explicação e desenvolvimento) da relação entre ciência e tecnologia argumenta-se que ambas têm uma necessária inserção nos processos e valores sociais. Ao mesmo tempo em que é influenciada pelos processos sociais, a ciência influencia a sociedade, caracterizando o que Granovetter chama de imbricação (*embeddedness*) de uma esfera da vida social compreendida como autônoma – a ciência – na sociedade. A força desse padrão de racionalidade, configurado na relação ciência e tecnologia, é exatamente o laço entre os valores sociais e os respectivos valores cognitivos produzidos por essa forma de conhecimento.

Na modernidade, a racionalidade, característica da ciência, ganhou força e se tornou determinante nas relações sociais por, simultaneamente, proporcionar e fundamentar o desenvolvimento tecnológico. A ciência procura entender o mundo e inspira a transformação da tecnologia, a qual, por sua vez, reflete-se na estrutura social. Consta-se, assim, a proximidade entre a ciência e a tecnologia. A ciência fornece a possibilidade de desenvolvimento tecnológico e a possibilidade racional do entendimento. “E a sociedade não pode ser entendida ou representada sem suas ferramentas tecnológicas” (SCHOR, 2007, p.338).

A expressão ‘ciência e tecnologia’, na linguagem corrente, designa uma unidade e, entre o público em geral, a ciência tende a ser valorizada por suas contribuições à tecnologia. Em contraste, a tradição da ciência moderna considera a tecnologia como um mero subproduto e valoriza a ciência primordialmente pelo entendimento do mundo que ela proporciona. Essa tradição interpreta a ciência como algo que existe em função da apreensão da estrutura causal do mundo e da sintetização de suas possibilidades, não por causa de seus subprodutos tecnológicos (embora sempre se possa contar com eles) (LACEY, 1998 apud SCHOR, 2007, p. 338).

Na Figura 3, apresentam-se as ideias-chave sobre tecnologia e sua relação com a ciência.

Figura 3 – Tecnologia e ciência



As Políticas Públicas, tema do próximo subitem, serviram-se e servem-se das conquistas científicas e tecnológicas de todos os ramos para implementar suas ações. Elas são, então, reflexos do conhecimento científico e tecnológico no decorrer dos tempos. Não usar as novas tecnologias significaria ficar parado no tempo, enquanto a sociedade civil faz uso dos saberes que surgem continuamente e cada vez mais céleres.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo sobre as políticas públicas surgiu da constatação de que aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de análise científica, na tentativa de compreender os motivos das ações governamentais (SOUZA, 2006).

Política Pública, como sub-área da Ciência Política e campo do conhecimento multidisciplinar, teve origem nos Estados Unidos em meados do século XX. Seu objetivo era tentar entender os motivos que embasavam as ações governamentais. Em épocas mais recentes, houve um incremento nos estudos em vista, principalmente, de três fatores: a redução de gastos públicos, novas visões na área econômica e governos democráticos de países em desenvolvimento (SOUZA, 2006; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

O conceito de políticas públicas sofreu variações à medida que os estudos sobre o tema foram avançando devido a vários fatores, de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 – Definições de política pública

(continua)

Autor	Definição de política pública
Laswell (1936) <i>apud</i> SOUSA (2006, p.24)	Decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.
Easton (1965) <i>apud</i> SOUSA (2006, p.24)	Sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente, recebendo <i>inputs</i> ⁶ dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeito.
Jenkins (1978) <i>apud</i> CONDÉ (2006, p.78)	Conjunto de decisões inter-relacionadas tomadas por um ator – ou grupo de atores – de acordo com uma seleção de meios e objetivos e dentro de uma situação onde as decisões, em princípio, estão naquilo que os atores podem obter.
Lynn (1980) <i>apud</i> SOUSA (2006, p.24)	Conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.

⁶ Inputs: usados aqui no sentido de “contribuição”.

Quadro 3 – Definições de política pública

(conclusão)

Autor	Definição de política pública
Dye (1984) <i>apud</i> SOUSA (2006, p.24)	O que o governo escolhe fazer ou não fazer.
Peters (1986) <i>apud</i> SOUSA (2006, p.24)	Soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.
Mead (1995) <i>apud</i> SOUSA (2006, p.24)	Campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.
Howlett & Ramish (1995) <i>apud</i> CONDÉ (2006, p.78)	Políticas públicas são decisões tomadas pelo governo quando ele define uma meta e o conjunto dos meios para atingir seus objetivos.
Lucchese (2004, p.9)	Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).
Souza (2006, p.26)	Campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

Fonte: Elaboração da autora (2018).

Das diversas definições de política pública, é possível inferir que:

- A inatividade do governo é tão importante quanto sua atividade;
- As políticas públicas envolvem todos os níveis de governo e não estão restritas aos atores formais do próprio governo;
- As políticas públicas se difundem fortemente e não se limitam unicamente à legislação, ordens do Executivo, regras e/ou regulamentos;
- As políticas públicas têm um curso de ação, com metas e objetivos;
- As políticas públicas são distintas entre longo e curto prazo, envolvendo diferentes etapas: decisão, formulação, implementação, avaliação;
- Políticas públicas não são divorciadas da Política e do ambiente onde elas se implantam (THEODOULOU & CAHN, 1995, *apud* CONDE, 2006).

As visões sobre as políticas públicas dependem do contexto em que ocorrem. “Economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas partilham um interesse comum na área e têm

contribuído para avanços teóricos e empíricos” (SOUZA, 2006, p.25). As abordagens acabam sendo diferentes, mas todas têm um ponto convergente comum: governo.

Lowi (1964; 1972, *apud* SOUZA, 2006), com base no princípio de que a política pública (*policy*) faz a política (*politics*), foi quem apresentou inicialmente quatro tipos de Políticas Públicas, tema retomado e ampliado por outros autores. A língua inglesa ajuda a compreender a diferenciar os significados peculiares de *policy* (termo usado sempre no singular) e *politics*. Conforme o *Cambridge Dictionary*, *politics* significa as atividades do governo ou pessoas que tentam influenciar o modo como um país é governado⁷, enquanto *policy* significa um plano de ação ou um conjunto de regras acordadas por uma empresa, um grupo político ou um governo, dizendo o que eles farão em uma situação particular⁸.

O Quadro 4 apresenta os tipos de Políticas Públicas, com as respectivas características.

Quadro 4 – Tipos de Políticas Públicas

Tipos	Características
Regulatória	Estabelece padrões para os atores públicos e privados, uma vez que envolve burocracia, políticos e grupos de interesse. Por isso é usada em ambiente pluralista em que atuam diversas forças, principalmente grupos de interesses particulares, que fazem uma pressão maior por determinadas políticas (SOUZA, 2006; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).
Distributiva	As decisões partem do governo, que ignora a limitação de recursos. É seletiva, pois favorece um grupo em detrimento de outro. Contudo, os benefícios se diluem na sociedade. Exemplo disso é a política de previdência social para aposentadoria de portadores de deficiência. O benefício é especificamente direcionado, mas o custo fica difuso na sociedade. Ou seja, todos pagam por ele, embora não sejam beneficiados diretamente (SOUZA, 2006; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).
Redistributiva	Atinge maior número de pessoas, impondo perdas concretas e em curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos no futuro para outros. O benefício concedido a uma categoria traz custos para outras categorias. Por exemplo, se o governo concede renúncia fiscal a um determinado grupo, outro grupo terá aumento de imposto para compensar a renúncia fiscal. Isso resulta em embates e barganhas entre ganhadores e perdedores (SOUZA, 2006; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).
Constitutiva	Privilegia um determinado setor e lida com procedimentos. Como exemplo, pode ser citada a opção do governo de Fernando Henrique Cardoso pela área econômica na intenção de solucionar um problema público da época (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

Fonte: Elaboração da autora (2018).

⁷ Livre tradução para “Politics means the activities of the government or people who try to influence the way a country is governed”.

⁸ Livre tradução para “Policy means a plan of action or a set of rules agreed by a business, a political group or a government, saying what they will do in a particular situation”.

Até que uma política pública se concretize ela passa por fases ou momentos, que compõem o ciclo da política (*policy cycle*). São cinco momentos: identificação de problemas; conformação da agenda; formulação; implementação e avaliação da política. Os três primeiros momentos são aqueles que configuram a racionalidade de uma política pública (SERAFIM; DIAS, 2012). Esses momentos estão configurados no Quadro 5.

Quadro 5 – Fases do ciclo da política (*policy cycle*)

Fase	Ações
Identificação de problemas	Identificação de um problema pelos atores que o reconhecem, resultante do entendimento, dos valores, das ideias e dos métodos destes mesmos atores. Neste momento, observam-se as assimetrias de poder, tensões entre agendas e conflitos encobertos ou latentes.
Conformação da agenda	O problema é declarado público na agenda de governo. A agenda reflete a priorização de problemas e assuntos a serem trabalhados num governo. Neste trabalho, intervêm atores diversos (legislativo, governo, administração pública, grupos de interesses, partidos políticos e grupos de especialistas).
Formulação	Buscam-se as alternativas para a solução do problema. É fase em que opções são consideradas, aceitas ou rejeitadas, já presentes na definição do problema.
Implementação	Dá-se através dos órgãos competentes e seus mecanismos no espaço administrativo, mediante um processo racionalizado de procedimentos e rotinas. É a fase na qual são gerados atos e efeitos, um conjunto de ações que transformam as intenções em resultados observáveis.
Avaliação da política	Apesar de ser apresentado como o último momento do <i>policy cycle</i> , a avaliação não ocorre necessariamente após a implementação da política, pois pode ocorrer também antes e durante o ciclo. A avaliação é um instrumento técnico, que permite auxiliar na melhoria da política e em sua continuidade, finalizar a política existente e desenvolver uma nova política, como também ferramenta política, a fim de melhorar os programas e para prestação de contas à sociedade.

Fonte: Serafim e Dias (2012).

Na abordagem da política pública como ciclo deliberativo pode haver ênfase na definição de agenda: por que algumas questões fazem parte da agenda e outras não? É que a agenda é o espaço dos problemas da sociedade, os quais podem ser se converter em política pública. Em outros casos, o foco estaria nos participantes do processo de decisão ou no próprio processo da formulação de certa política pública (SOUZA, 2006).

Isso, porém, não é um processo técnico simples. A identificação do problema e sua inclusão na agenda envolvem valores e interesses dos atores sociais envolvidos. A resposta, em forma de possível política pública, depende de possibilidades teóricas, políticas e materiais (SERAFIM; DIAS, 2012).

Geralmente, os governos definem a agenda de três formas: detecção de problemas, conscientização coletiva para enfrentamento do problema e os participantes do enfrentamento.

Em governos democráticos, a detecção dos problemas provém das demandas da sociedade através dos seus representantes eleitos. Um dos primeiros quesitos é a análise orçamentária como condição mínima para que haja solução do problema. Nesse item, é necessário levar em consideração as condições socioeconômicas. Também não se pode esquecer a vontade política ou razão política, um quesito crucial para que uma demanda entre na agenda. Essa vontade política não é individual, mas é resultado de um consenso, baseado nos benefícios resultantes para os representados. Como nas democracias contemporâneas dificilmente existe homogeneidade, as demandas são muitas (CARVALHO, 2017).

A conscientização, um aspecto poderoso no processo, pode se dar por três vias: eleitoral, partidos políticos ou mudanças de ideologias.

Os participantes podem ser visíveis (políticos, partidos, mídia, grupos de pressão), que definem as agendas, ou invisíveis (estudos acadêmicos ou burocratas), que definem as alternativas (SOUZA, 2006; SERAFIM; DIAS, 2012).

Na atualidade, em vista do “novo gerencialismo público” e cortes fiscais, procura-se eficiência nas políticas públicas, qualidade que leva à credibilidade. Nas políticas públicas, a eficiência/credibilidade é maior do que o poder discricionário de políticos e burocratas, que pode levar à inconsistência. A discricionariedade é uma pequena liberdade dada aos administradores públicos, para que tomem decisões que consideram convenientes e oportunas diante de determinada situação. Porém, a discricionariedade pode gerar altos custos. Por isso, para ser minimizado ou eliminado o impacto, o governo delega poder a instituições independentes, nacionais ou internacionais, fora do jogo político interno e fora da influência dos ciclos eleitorais. Devido ao conhecimento teórico e prático e isenção partidária, os órgãos independentes conferem uma aura de credibilidade (SOUZA, 2006; SERAFIM; DIAS, 2012).

Souza (2006, p.36) faz uma síntese dos principais características das políticas públicas:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz;

- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes;
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras;
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados;
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo;
- A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

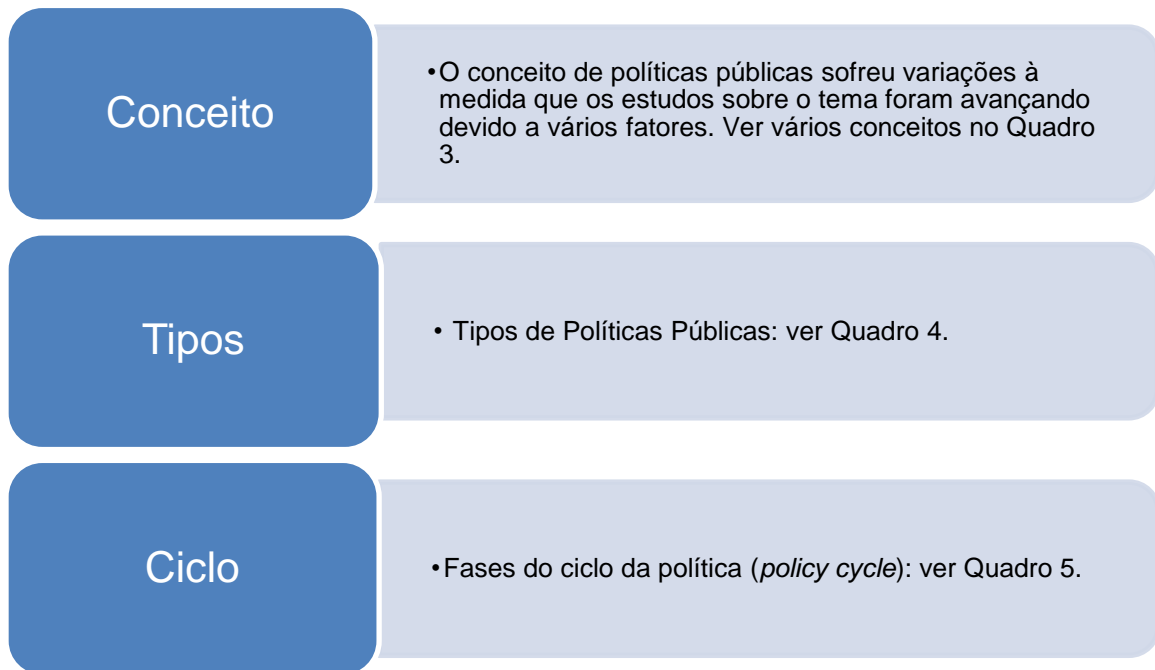
De acordo com as assertivas acima, podem ser atribuídas características à política pública: transparente, democrática, abrangente, intencional e impactante. Além disso, após a implementação de uma política pública, convém fazer uma avaliação dos seus resultados para prosseguir, com novos alinhamentos, caso seja necessário.

O advento da CF 1988 fortaleceu o direito à participação popular no Brasil, instrumento fundamental para a implementação da transparência, uma vez que, além de possibilitar a todos os cidadãos o direito de agir em defesa de interesses comuns, permite também o amparo de interesses públicos. Entretanto, foi nos últimos anos que a Legislação Brasileira passou efetivamente a promover a criação de políticas informacionais, iniciada em 2009, ao promulgar a Lei da Transparência (LC 131/09), e, posteriormente, em 2011, a Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/11). Então, concretizou-se também a obrigatoriedade dos órgãos públicos de promover a chamada Transparência Ativa, por meio da divulgação, via internet, de informações de interesse geral ou coletivo, independentemente de solicitações (COMIN, 2016; PINHO; SACRAMENTO, 2009).

As decisões governamentais têm por objetivo a geração de um produto físico, tangível, mensurável e que cause algum impacto. O impacto de uma política é uma medida do desempenho da ação pública, ou seja, se atingiu ou não os seus objetivos. Neste sentido, supõe avaliação. Avaliar é atribuir valor. A avaliação política consiste em atribuir valor aos resultados da implementação de políticas. Porém, para isso, é necessário que se estabeleçam critérios de avaliação que permitam a escolha de determinadas políticas (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

O tema Políticas Públicas é vasto. Procurou-se apresentar os elementos essenciais de acordo com o objetivo deste estudo, sintetizados na Figura 4.

Figura 4 – Políticas Públicas



Fonte: Elaboração da autora (2018).

As políticas públicas podem se institucionalizar, criando vida própria. Em alguns casos, uma política pública continua existindo, embora o problema que a originou já tenha sido solucionado. Exemplo disso são órgãos públicos criados para determinado fim, mas que já não têm razão de existir. Em outros casos, a extinção de uma política pública pode se dar com a mudança de governo ou de reformas ministeriais.

O governo, com funções distintas e necessárias, tem por finalidade a manutenção da vida na coletividade. Para isso, é necessária a adoção de políticas em diversas áreas, como educação, saúde, segurança, entre outras. Na sequência, abordam-se as políticas públicas relacionadas ao campo da Saúde, marcadas por diferentes paradigmas.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Após a Proclamação da República, a questão da saúde foi sendo tratada de diferentes modos, em períodos relativamente curtos a princípio. Esquematizando-se, tem-se, conforme Paulus e Gordonni (2006):

- 1897 a 1930: existia a Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O Estado se limitava a ações de saneamento e combate às endemias (peste, cólera, varíola) através de campanhas.

- A Previdência Social foi instituída por decreto, que ficou conhecido como “Lei Elói Chaves”, em 1923. A partir deste momento, criaram-se Caixas de Aposentadoria e Pensão. De 1923 a 1933, foram criadas 183 caixas no gênero, organizadas por empresas, que garantiam medicação, assistência médica, pensões e aposentadorias. Após 1933, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) para classes específicas de trabalhadores: IAPTEC (trabalhadores de transportes e cargas), IAPC (comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários), IPASE (servidores públicos). Os benefícios médicos estavam atrelados aos vínculos trabalhistas das pessoas.

- 1930: criado o Ministério da Educação e Saúde, ainda com ênfase na saúde coletiva.

- 1948: criado o Plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia). Sob a influência deste Plano, surgiu o Ministério da Saúde (MS), para atender demandas coletivas, ainda com ênfase na vigilância sanitária e campanhas de vacinação.

- 1960: Lei Orgânica da Previdência Social.

- 1966: houve a fusão dos diversos IAPs, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentrava as políticas de saúde.

A partir da década de 1970, as ações relativas à saúde se expandem em diversas direções. As questões de saúde coletiva estavam a cargo do Ministério da Saúde, enquanto a assistência médica individual, que começa a ganhar destaque, estava a cargo do INPS, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974. Desde 1972, já se ampliara a abrangência previdenciária, estendendo-se a empregados domésticos e trabalhadores rurais. Iniciativas privadas em relação à saúde, como hospitais, eram incentivadas. Vários estudos, programas

e planos foram realizados. Apesar da Lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, as ações ainda eram repartidas entre cinco ministérios. Ao Ministério da Saúde cabia a formulação de políticas e desenvolvimento de ações coletivas; o Ministério da Previdência e Assistência Social prestava assistência médica através do INAMPS; ao Ministério da Educação cabia a formação de pessoal especializado e prestação de serviços através dos hospitais universitários; o Ministério do Interior cuidava do saneamento; e o Ministério do Trabalho se encarregava da higiene e segurança no trabalho (PAULUS; GORDONI, 2006).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, pode ser considerada um marco, pois serviu de base para o tema Saúde na CF de 1988 e para o atual sistema, o SUS.

Sem retomar as questões que envolveram a evolução semântica do termo paradigma desde Kuhn (2013), usa-se aqui o significado proposto por Mello (2017, p.502) de “novos tempos, novos marcos intelectuais do campo científico e tecnológico, mas também político”. Em suma, uma ruptura na maneira de ver e tratar problemas na área da saúde, de acordo com novas descobertas científicas e estudos.

Dez anos após a CF de 1988, Santos e Westphalen (1999, p.1) constataram que:

- A “prática sanitária” era uma “forma pela qual a sociedade estruturava e organizava as respostas aos problemas de saúde”;
- Pela nova Constituição, houve mudanças na prática, sobretudo pela criação do SUS, compatíveis “com as noções e os conceitos mais recentes sobre saúde e doença”;
- Existe consenso entre os profissionais da “Saúde Pública de que se experimenta no mundo atual uma mudança de paradigma nas ciências da saúde”;
- A prática sanitária “é configurada, direcionada pelo paradigma vigente e pelo contexto”;
- A “visão da saúde passou da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental”.

Mello (2017) refere três grandes fases da saúde pública internacional que influenciaram as políticas brasileiras de saúde: “saneamento empírico”, de 1840 a

1890; “era bacteriológica”, de aplicação científica para o controle de doenças infectocontagiosas, que vigorou até as primeiras décadas do século XX; na era contemporânea, “educação sanitária”. Para este autor, essas três fases seriam rupturas paradigmáticas, respectivamente, associadas à medicina do Estado, medicina urbana e medicina dos pobres e da força de trabalho. O que ocorreu a seguir foram paradigmas cumulativos.

Os princípios que nortearam a criação do SUS refletem a concepção de modelo de saúde, portanto, um novo paradigma em saúde pública, rompendo com o sistema previdenciário. A saúde passou ser direito de todos e dever do Estado, dentro dos princípios de universalidade e equidade, que garante acesso a todos, sem qualquer forma de distinção, e integralidade, que prevê atendimento a todas as necessidades do indivíduo. Como novo paradigma, demorou para se consolidar e está sendo efetivado em etapas sucessivas.

O SUS foi instituído pelo texto constitucional de 1988, porém, sua regulamentação só se deu pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que definiu seu modelo operacional. Embora a responsabilidade seja compartilhada, o município é o gestor administrativo e financeiro do SUS, de acordo com a NOB/SUS 01/96. Devido às diferenças sociais e econômicas regionais, a implantação do SUS não foi uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Para sua operacionalização, são necessários recursos financeiros, bem como pessoal qualificado. A União faz o repasse de recursos de acordo com vários quesitos, mas, assim como outros órgãos públicos, sofre com a instabilidade institucional e desarticulação organizacional.

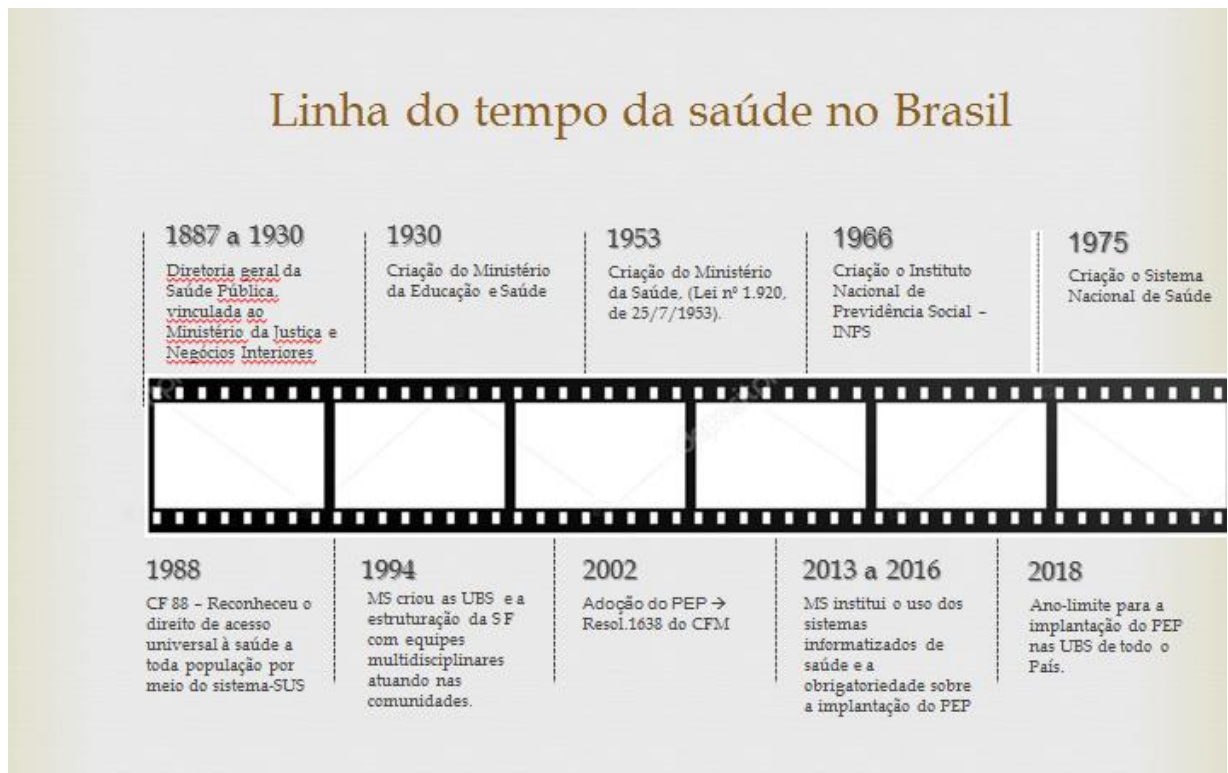
A NOA/SUS 01/2001 instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que prevê assistência regionalizada, de forma que o território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde. Por sua vez, o Plano Diretor de Investimentos (PDI) define as prioridades e estabelece as estratégias referentes a investimentos dos recursos para assistência em todos os níveis de complexidade (ACURCIO, s/d).

A atenção básica à saúde, individual e coletiva, é prestada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), antigos Postos de Saúde, existentes nos municípios. Elas foram instituídas pela Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009, para Equipes de Saúde da Família (BRASIL/MS, 2009). A recomendação é que uma UBS atenda no máximo até 4.000 pessoas, sendo preferível uma média de 3.000 (BRASIL/MS, 2013a). A UBS é a porta de entrada do cidadão para atendimento pelo SUS; ela não deve ser apenas um local de triagem, mas resolver, pelo menos, 80% dos

problemas relativos à atenção básica à saúde. Convém que em cada UBS exista uma equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem (ou auxiliar) e um agente comunitário de saúde (BRASIL/MS, 2011).

A Figura 5 sintetiza os principais eventos que marcaram as políticas públicas de saúde no Brasil.

Figura 5 – Linha do tempo de Políticas de saúde no Brasil



Fonte: Aguiar (2016).

Estudos científicos mudaram a concepção de saúde e, com o advento das novas TICs, surgiu um novo paradigma nas políticas públicas relacionadas à saúde. O setor público está modernizando suas rotinas com a utilização de sistemas tecnológicos criados pela iniciativa privada. Um exemplo disso são os softwares que permitirão a implantação do PEP em todas as UBSs brasileiras.

2.5 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)

“Prontuário” deriva do latim *promptuarium*. Significa um local em que se guarda aquilo que deve estar à mão para qualquer eventualidade (MOYA, 2012). Na medicina, conservou o mesmo significado, isto é, os registros sobre doenças e saúde de um paciente, que o médico ou instituição tem sobre ele.

Por séculos, os prontuários dos pacientes eram anotados no papel. O surgimento e a disseminação das novas tecnologias possibilitaram o desenvolvimento de sistemas de computação, surgindo o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Os primeiros sistemas de prontuário eletrônico surgiram nos Estados Unidos na década de 1960. Neste período, o uso de computadores ainda não era usual entre os médicos. Contudo, grandes hospitais mantinham parceria com universidades, como a Harvard, o que permitia os registros eletrônicos de seus pacientes (COSTA *et al.*, 2011).

O uso da tecnologia na medicina propiciou diferentes concepções sobre os registros eletrônicos dos pacientes, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Concepções de registro eletrônico do paciente

Autor	Definição	Fonte
Computer-based Patient Record Institute	Registro computadorizado de determinado paciente, com informações eletronicamente guardadas sobre o estado de saúde e os cuidados que um indivíduo recebeu durante toda sua vida.	Prado (2018)
Institute of Medicine	Registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico.	Prado (2018)
Prado	Suporte digital para armazenamento de todas as informações de saúde, clínicas e administrativas de um indivíduo.	Prado (2018)
Conselho Federal de Medicina	Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada.	CFM (2002)

Fonte: Elaboração da autora (2018).

A partir dos anos 1980, a informatização da saúde ampliou-se consideravelmente. Em 1991, o *Institute of Medicine* – IOM (órgão de estudos sobre a saúde norte-americana) solicitou que os registros de pacientes em prontuário físico fossem abolidos dentro de 10 anos no mundo. Nem todos os países, por vários

motivos, conseguiram, integralmente, atender à recomendação (SALDANHA, 2018). No Brasil, a implementação ocorreu em 2002, por meio do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A Resolução CFM nº 1.638/2002, publicada em 9 de agosto de 2002, apontou várias considerações para a sistematização do PEP: é dever do médico elaborar um prontuário para cada paciente; o prontuário é documento valioso tanto para o paciente e médico como para as instituições de saúde, de ensino, pesquisa e serviços públicos de saúde. Além disso, pode se constituir em instrumento de defesa legal. O prontuário, elaborado pela instituição de saúde ou médico, deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional. Para armazenar ou eliminar prontuários, devem ser levados em consideração critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para ensino, pesquisa e prática médica. O prontuário tem caráter legal, sigiloso e científico, além de permitir a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional que, assim, podem dar continuidade na assistência ao paciente (CFM, 2002).

No PEP devem, obrigatoriamente, constar: identificação do paciente (dados pessoais), doenças anteriores, histórico familiar, hábitos de vida, alergias, imunizações, medicamentos de que faz uso, exame clínico e outros de qualquer natureza, cirurgias, ficha anestésica, prognósticos, diagnósticos definitivos, tratamentos, tudo em ordem cronológica (PINTO, 2006).

O PEP é um documento caracterizado, de um lado, pela sua unicidade – é único para cada paciente, e de outro, pela pluralidade de autores que produzem seus textos e também pela variedade de tipos de informações nele registradas, sendo também polifônico por sua própria natureza, escrito por vários autores – médicos, auxiliares, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos bioquímicos, entre outros. É um documento constituído de informações objetivas – identificação do paciente, prescrições, cuidados etc. e informações subjetivas – compreensão dos sintomas das doenças, queixas dos pacientes e interpretação dos exames (PINTO, 2006, p.45).

O uso do PEP possui várias vantagens: reduz o tempo e o custo de atendimento, as informações podem ser compartilhadas entre diversos postos de atendimento, legibilidade das informações, otimização do espaço físico devido ao uso do computador e fácil organização e acesso aos dados. Por outro lado, também

apresenta desvantagens, como a necessidade de investimento nos equipamentos, treinamento de pessoal e preocupação com a manutenção e segurança dos dados. Essas desvantagens aplicam-se a municípios com poucos recursos financeiros e sem conectividade com a internet (PINTO, 2006).

A Resolução CFM 1.821/2007 aprovou o uso de sistemas informatizados para o PEP e autorizou “a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização” (Art.2º), conforme normas emanadas pelo CFM.

Pelo Art. 3º da mesma Resolução, o CFM autorizou o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes, eliminando a obrigatoriedade do prontuário físico, com a condição de que se atenda integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecida no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. Se for usado o “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, não é permitida a eliminação do prontuário físico por falta de amparo legal, de acordo com o Art. 4º.

Em 2011, o MS criou o sistema de prontuário eletrônico para o SUS e toda a rede de atendimento passou a ter a obrigatoriedade de aderir ao sistema. Pela Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, o MS instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), determinando também a sua operacionalização⁹. Já pela Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017, houve alteração de várias Portarias referentes e, em seu Art. 504-A, ficou instituído o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde – PIUBS, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS (BRASIL/MS, 2017b).

O governo federal passou a disponibilizar gratuitamente a instalação do *software* necessário aos municípios desde 2013, inclusive treinamento de pessoal. Até fevereiro de 2018, 17.431 UBSs, 3.070 dos 5.570 municípios brasileiros haviam aderido ao PEP. Com a implementação do PEP, a expectativa é que o “SUS economize R\$ 22 bilhões por ano ao ampliar a eficiência no atendimento. O estímulo financeiro e apoio técnico aos municípios são fundamentais para a adesão nacional do PEC”, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (TIAGO, 2018).

⁹ Considera-se que não é relevante a descrição dos equipamentos necessários para a operacionalização do PEP, motivo pelo qual não são relacionados neste estudo.

Em Nota Técnica nº 13, de 06 de março de 2017, a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) informou que o país contava naquela data com 41.600 UBS em 5.506 Municípios. Dessas UBS, 11.112 já haviam implantado e utilizavam o PEP, contemplando 2.060 Municípios. “Ao chamado do Ministério da Saúde (MS) no final de 2016, 5.114 (92%) municípios se manifestaram, no qual 3.054 (54,8%) municípios justificaram a não implantação ao Ministério, 2.060 (37%) informaram que já haviam implantado o Prontuário e 456 (8,2%) não justificaram” (CNM, 2017). Em contato pessoal da autora, em agosto de 2019, com técnicos do MS, atualmente 22.497 unidades de saúde têm o PEP implantado, equivalendo a 53,8% do total das unidades no país.

Os 3.054 Municípios que justificaram a não implantação alegaram insuficiência de equipamentos (computador, impressora, entre outros), ausência de conectividade com a Internet, baixa capacidade dos profissionais para o uso do Prontuário e falta de apoio em Tecnologia da Informação (TI).

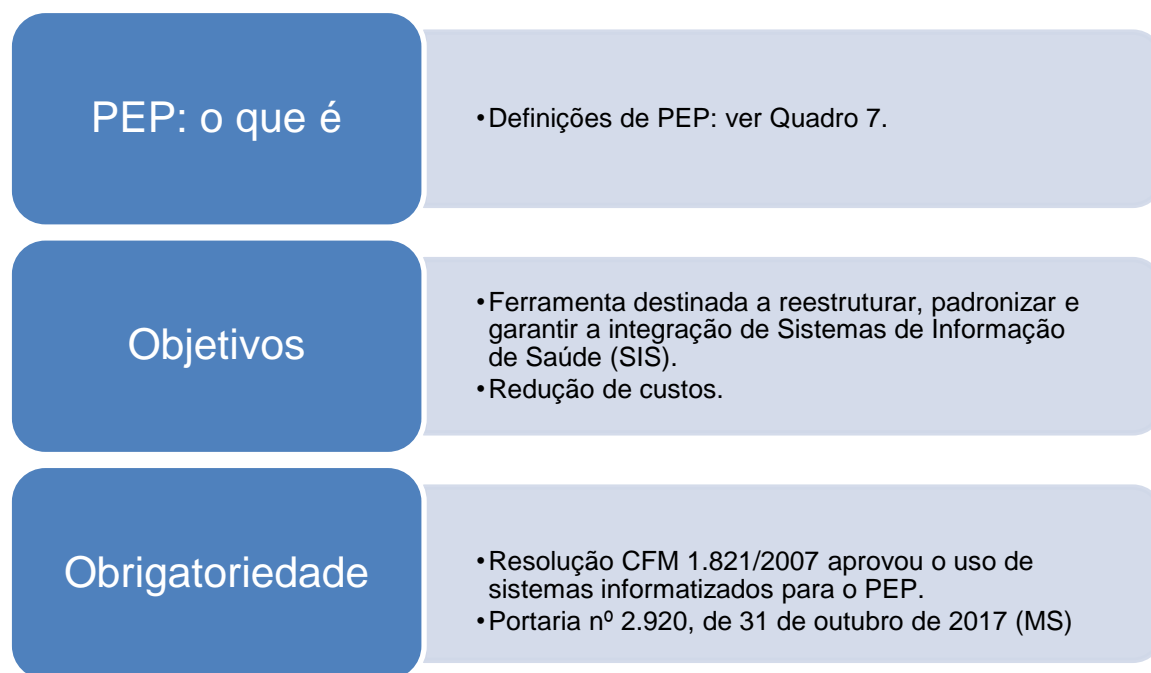
Em apoio à determinação do Ministério da Saúde, que inclusive condicionou o repasse de recursos destinados à Atenção Básica aos municípios à implantação do PEP e à justificativa plausível para não o fazer, o CNM, por meio da Nota Técnica nº 13, de 06 de março de 2017, reforçou a necessidade aos gestores municipais sobre a importância da implantação. Afinal, o PEP é uma ferramenta estratégica do MS para reestruturar, padronizar e integrar os Sistemas de Informação de Saúde (SIS) nos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal) (CNM, 2017).

Por meio do PEP, o profissional de saúde poderá consultar o histórico do paciente, verificar diagnósticos, atendimentos, exames e medicações prescritas, bem como confirmar se a medicação que ele pretende indicar faz parte da relação de medicamentos essenciais do Município e se está disponível na sua rede de farmácias (CNM, 2017).

Com a integração dos sistemas, é possível racionalizar os recursos do SUS e ter um maior controle sobre os investimentos no setor saúde. A medida pretende reduzir custos ao evitar, por exemplo, a duplicidade de exames ou retiradas inadequadas de medicamentos, além de permitir acesso aos dados de todos os procedimentos ofertados e realizados pela rede de atenção à saúde (CNM, 2017).

Enfim, a Figura 6 resume os principais aspectos do PEP: o que é, seus objetivos e sua obrigatoriedade nos serviços de atenção básica à saúde.

Figura 6 – PEP



Fonte: Elaboração da autora (2018).

Encerra-se este capítulo com a retomada dos seus fios condutores em sentido inverso ao apresentado. O PEP, no estágio atual das políticas públicas para a saúde no Brasil, é resultado do avanço tecnológico aplicado na área da medicina. Com a implantação do PEP, o Brasil, assim como outros países, construiu um novo paradigma na atenção básica à saúde. Como novo paradigma, ainda está se consolidando nos municípios, que são os responsáveis, em primeira instância, pelo cuidado da saúde do cidadão.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Com esta pesquisa, pretendeu-se investigar a percepção dos profissionais do SUS nas UBSs dos municípios que compõem a 8ª CRS-RS sobre a adoção do PEP. Tal proposta conduz a uma pesquisa com abordagem quantitativa. Com base em Hair Jr. *et al.* (2007), a pesquisa quantitativa tem o problema e os objetivos bem definidos. A abordagem quantitativa encontra suporte em Cooper e Schindler (2003, p.132), que afirmam: “quantidade é a quantia [...] quantitativo assume o significado e refere-se a uma medida”.

Em relação aos fins, esta pesquisa se classifica como descritiva a partir de uma pesquisa de campo, que é um método específico para investigar um fenômeno. A pesquisa de campo é uma fase que é realizada após o estudo bibliográfico, para que o pesquisador tenha um bom conhecimento sobre o assunto, pois é nesta etapa que ele vai definir os objetivos da pesquisa, as hipóteses, definir qual é o meio de coleta de dados, tamanho da amostra e como os dados serão tabulados e analisados. As pesquisas de campo, que usam técnicas de coleta de dados, que podem ser: entrevistas, questionários, formulários, podem ser quantitativo-descritivas, investigações empíricas, com o objetivo de conferir hipóteses, delineamento de um problema, análise de um fato, avaliação de programa e isolamento de variáveis principais (MARCONI & LAKATOS, 1996).

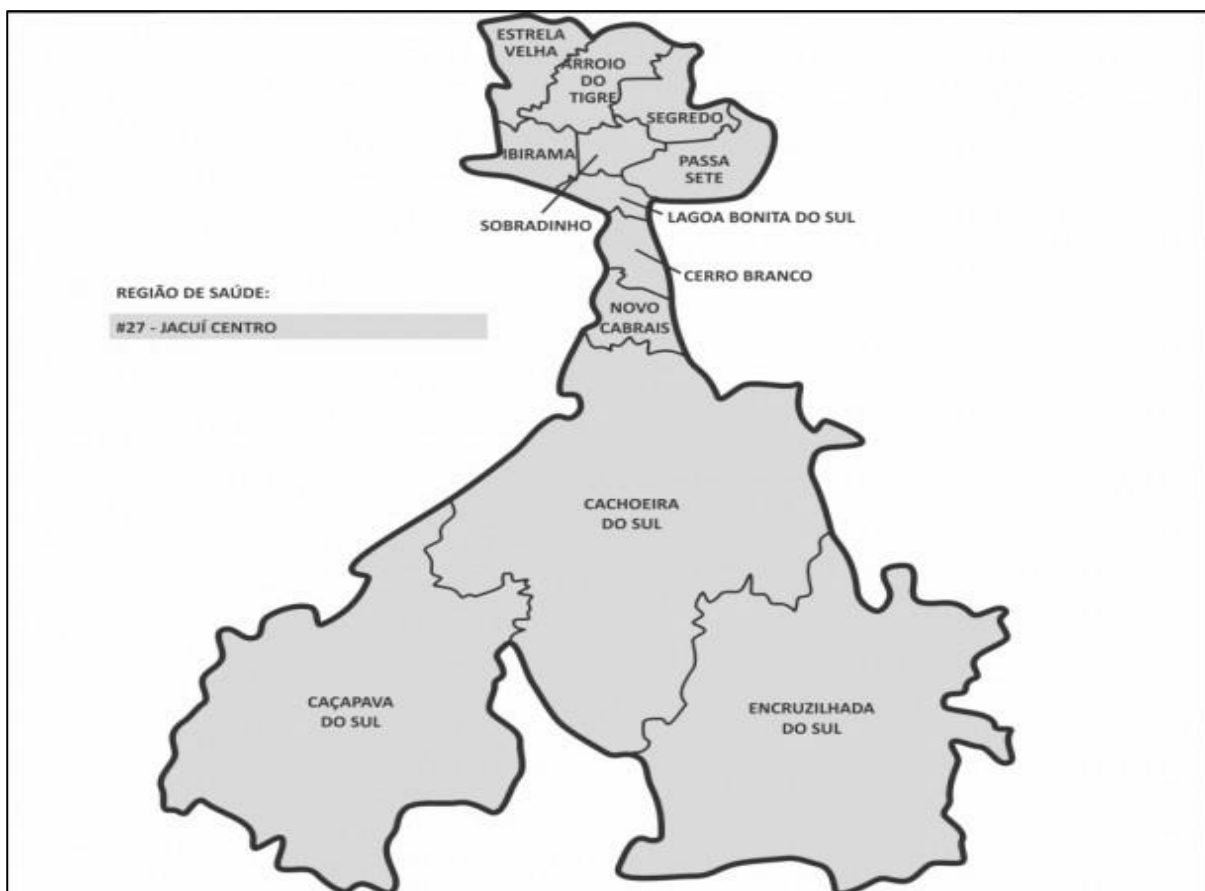
O processo descritivo visa registrar, identificar e analisar características de uma população, um fenômeno ou de uma experiência, os fatores gerados na análise ou variáveis relacionadas ao objeto do estudo analisado, como a classificação ou a quantificação dos dados apurados. A pesquisa descritiva é útil quando não se tem muitas informações sobre o tema, nem há intenção de testar uma hipótese específica, mas se torna necessária quando se quer uma melhor compreensão do assunto, além de abrir uma nova janela (HAIR JR *et al.*, 2007; COOPER, SCHINDLER, 2007) para a percepção dos usuários do PEP.

3.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Em pesquisa, a população é composta por elementos que compartilham algum conjunto comum de características. De acordo com os objetivos e o escopo desta pesquisa, os elementos desse conjunto são essenciais, pois detêm as informações de que necessita o pesquisador para realização de seu estudo (COOPER, SCHINDLER, 2003; HAIR JR *et al.*, 2007).

Para o presente estudo, optou-se pela 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS-RS), com sede em Cachoeira do Sul, como população da pesquisa (Figura 7). As CRSs são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde.

Figura 7 – Mapa da 8ª CRS-RS



A população da pesquisa é composta pelos 359 profissionais das UBSs dos municípios da 8ª CRS-RS: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, farmacêuticos e nutricionistas (Quadro 7).

Após a entrega dos questionários, foram devolvidos 243. Aplicados os critérios de inclusão/exclusão, foram excluídos os profissionais que não usam o PEP. Dos 12 municípios que compõem a 8ª CRS-RS, um deles foi totalmente excluído, no qual os profissionais não usam individualmente o PEP, apesar de um funcionário do estabelecimento colocar os dados de todos os profissionais no sistema. Restaram válidos para a análise 215 questionários.

Quadro 7 – Discriminação dos respondentes por categoria profissional e município

Municípios	Profissionais						Total
	Médico	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Dentista	Farmacêutico	Nutricionista	
Arroio do Tigre	8	5	12	6	1	1	33
Cachoeira do Sul	29	26	28	15	2	2	102
Caçapava do Sul	13	10	16	5	2	1	47
Cerro Branco	3	2	8	4	1	0	18
Encruzilhada do Sul	7	9	16	4	1	3	40
Estrela Velha	4	3	4	3	1	1	16
Ibarama	3	2	6	2	1	0	14
Lagoa Bonita do Sul	4	1	3	1	1	1	11
Novo Cabrais	2	3	6	2	1	1	15
Passa Sete	3	3	5	2	1	1	15
Segredo	4	3	7	2	1	1	18
Sobradinho	7	7	9	3	1	3	30
Total	87	74	120	49	14	15	359

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados do CNES (2018)

Ressalta-se também que alguns profissionais atuam em mais de um local dentro do município a fim de cumprir a carga horária, fato também encontrado por Souza (2017) em seu estudo. Assim, foi contado apenas uma vez, restando 215 questionários validados para análise neste estudo. Considerando a população alvo, busca-se por meio do processo de amostragem, o qual permite selecionar um número adequado de indivíduos de modo que se possam fazer generalizações de forma confiável, minimizar o número de participantes (MATTAR, 2005). Para calcular o processo de amostragem, considerou-se um erro amostral de 5% com nível de confiança de 95%, considerando-se uma população total de 359 indivíduos, a amostra mínima necessária seria 190 questionários respondidos, portanto, atingiu-se um número superior, que foi de 215 questionários validados.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

É um direito assegurado por lei a qualquer indivíduo participar ou não de pesquisa. “O objetivo da ética na pesquisa é assegurar que ninguém seja prejudicado ou sofra consequências adversas devido às atividades de pesquisa” (COOPER, SCHINDLER, 2007, p. 110). Por isso, a adesão à participação foi representada pela leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Este Termo é uma condição estabelecida pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, segundo a qual os participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, entre outros aspectos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 11/09/2018, com o número de registro CAAE 97172718.4.0000.5346.

Da mesma forma, foi solicitada a autorização dos Secretários de Saúde dos 12 municípios da 8ª CRS-RS para a realização da pesquisa em suas respectivas UBSs (APÊNDICE A: Autorização Institucional).

3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS

A participação na pesquisa poderia envolver riscos mínimos aos respondentes, quais sejam, constrangimento em responder ao questionário e desconforto em relação ao tempo destinado ao seu preenchimento. Como em estudos similares, foi assegurado aos respondentes o sigilo das informações e anonimato da identidade dos respondentes e entrevistados, independente do resultado da pesquisa.

Espera-se que os benefícios resultantes da pesquisa sejam no sentido de proporcionar melhorias ao sistema público de saúde com o uso do PEP, especialmente aos profissionais que atuam em UBSs e aos usuários de serviços de saúde nessas unidades. Do mesmo modo, que seja útil aos formuladores de políticas públicas para a saúde pública, tanto na região em que será realizada a pesquisa, como em outras do Estado e fora dele.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados em campo, foi elaborado um questionário, adaptado especialmente para esse fim, com base em Carneiro (2016), Rago (2016) e Souza (2017), cujos estudos têm similaridade com o presente, embora tenham direcionado suas pesquisas para apenas um município ou uma instituição e setor.

O levantamento de dados foi feito com a aplicação de um questionário. Os dados coletados foram sistematizados e tratados estatisticamente de forma que se pudessem averiguar aspectos positivos e negativos no processo de implantação e uso do PEP, assim como de aspectos que restringiriam seu uso, nas instituições de atenção básica à saúde na 8ª CRS-RS.

O questionário é um modo vantajoso, de fácil administração e rápida para levantamento dos dados. Também é um meio recomendado quando a população estiver dispersa geograficamente, como é o caso desta pesquisa. Os dados coletados por meio do questionário constituíram-se nas fontes primárias da pesquisa de campo (HAIR JR *et al.*, 2007).

O questionário desta pesquisa foi composto por dois tipos de pergunta: fechada, na qual o respondente optou entre determinado número de alternativas; aberta, por meio da qual o respondente pôde se expressar livremente.

O questionário completo encontra-se no Apêndice D. No Quadro 8, estão discriminados os blocos e sua temática central, o número de questões correspondentes ao bloco e objetivo(s) ao(s) qual(is) se referem as questões.

Quadro 8 – Blocos, tema, questões e objetivos do questionário

Bloco	Tema	Questões	Objetivo
A	Tempo de uso do PEP no município e/ou UBS.	1 e 2	Determinar o tempo de implantação do PEP.
B	Processo de implantação do PEP no local.	3 a 9	Determinar a transparência da implantação do PEP no local.
C	Estrutura para uso do PEP no município e/ou UBS.	10 a 17	Verificar se houve/há estrutura adequada para funcionamento do PEP.
D	Ações executadas por meio do PEP	18 a 24	Identificar as ações executadas por meio do PEP.
E	Dificuldades do PEP	25 a 36	Verificar as dificuldades no uso do PEP.
F	Benefícios do PEP	37 a 59	Identificar os benefícios usufruídos com implantação do PEP.
G	Perfil do respondente	60 a 67	Caracterizar os respondentes.

Fonte: Elaboração da autora (2018).

A proposta de participação de pesquisa foi apresentada pessoalmente pela pesquisadora durante os meses de novembro e dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Em Ibarama, à Secretária de Saúde e a uma enfermeira; em Segredo, à Secretária de Saúde; em Lagoa Bonita do Sul, a uma agente administrativa indicada pela prefeitura; em Passa Sete, ao Secretário de Saúde, que acompanhou a pesquisadora até a UBS do município e indicou uma enfermeira como responsável pela entrega e devolução dos questionários; em Caçapava do Sul, ao Secretário de Saúde e ao Coordenador da Vigilância Sanitária, os quais conduziram a pesquisadora a todas as UBSs do município, onde foi apresentada as enfermeiras responsáveis pela entrega e devolução dos questionários; em Estrela Velha, à Secretária de Saúde, que reuniu os profissionais e presenciou as explicações da pesquisadora; em Novo Cabrais, à Secretária de Saúde e a uma enfermeira; em Arroio do Tigre, à Secretária de Saúde, que repassou para os profissionais. No município de Cerro Branco, a pasta da Saúde estava sem titular por ocasião da pesquisa, assumida interinamente pelo prefeito, quem recebeu a pesquisadora e os questionários foi uma enfermeira responsável. Em Cachoeira do Sul, a pesquisadora foi recebida pela Chefe do Departamento de Ações em Saúde, e, juntas, fizeram reunião com diretores e coordenadores das UBSs. Todos aceitaram participar da pesquisa e repassar os questionários. Houve problema em relação ao número de respondentes, pois em algumas unidades do interior não têm PEP e também com relação à saída dos médicos cubanos. Em Encruzilhada do Sul, o encontro inicial foi marcado para novembro, mas foi desmarcado em virtude da saída dos médicos cubanos, o que causou grande transtorno ao município; o segundo encontro foi agendado para a segunda quinzena de dezembro. Em Sobradinho, após contato inicial com o Secretário da Saúde, a pesquisadora foi a todas as unidades, onde foi recebida por enfermeiras, que se encarregaram de repassar os questionários.

Durante as visitas aos municípios para encaminhamento dos questionários, observou-se *in loco* a infraestrutura disponível para a operacionalização do PEP e a disponibilidade de funcionários.

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para obter a percepção ou comportamento dos respondentes diante da interação com um novo sistema implantado, optou-se por aplicar um questionário estruturado com 67 questões.

Os resultados obtidos foram analisados utilizando o *software* SPSS, versão 20.0, e os gráficos foram gerados a partir do *software* Excel 2016.

Quanto às técnicas de análise dos dados, foram feitos gráficos e tabelas de frequência, com a finalidade de se obter a contagem de algumas respostas, bem como porcentagens para melhor visualização dos dados. Foram feitas, também, análises descritivas de algumas variáveis, obtendo-se as medidas de tendência central, como a média e mediana, e de dispersão, como variância e desvio padrão.

Na sequência, realizou-se uma análise fatorial exploratória. A análise fatorial procura definir, em um estudo com muitas variáveis, conjuntos de variáveis altamente correlacionadas, conhecidas como fatores. Tais fatores objetivam resumir diversas variáveis em um conjunto menor, sem que haja perda de informação. A análise fatorial é adequada para sintetizar as informações pela combinação de variáveis, reduzindo-as e obtendo-se os fatores (HAIR JR *et al.*, 2007). Embora o instrumento de pesquisa tenha sido validado por outros autores já citados, neste trabalho foi aplicado em diferentes situações (locais e respondentes), por isso, entende-se que a análise fatorial seja exploratória.

A fim de verificar se a análise fatorial é apropriada para a amostra, foram aplicados inicialmente dois testes: o teste de esfericidade de Bartlett e o teste Kayser-Meyer-Olkin (KMO). Esses testes são caracterizados como procedimentos estatísticos que permitem identificar a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a prosseguir com a análise fatorial (PESTANA; GAGEIRO, 2003). O teste de esfericidade de Bartlett é aplicado com a finalidade de avaliar se a correlação existente entre cada par de variáveis pode ser aplicada pelas demais variáveis incluídas no estudo, ou seja, se a correlação entre as variáveis é significativa, garantindo que apenas alguns fatores sejam capazes de representar grande parte de variabilidade dos dados. Já o teste KMO representa a razão da correlação ao quadrado para a correlação parcial entre as variáveis e apresenta valores normalizados entre 0 e 1 (FIELD, 2009).

Para a escolha das variáveis que permaneceram na análise fatorial, utilizou-se o critério das comunalidades. As comunalidades são correlações de cada variável explicada pelos fatores; quanto maior a comunalidade, mais essa variável está sendo explicada por determinado fator. O ideal é que essa quantidade seja maior que 0,5, pois, assim, o acerto é maior do que o erro. Caso for menor que 0,5, retira-se a variável e repetem-se os testes até obter todas as variáveis com comunalidades maiores que 0,5 (LATIF, 1994).

Para a estimação das cargas fatoriais nesta pesquisa, utilizou-se o método dos componentes principais que, segundo Malhotra (2011), é o método mais recomendado quando o objetivo principal do pesquisador é determinar o número mínimo de fatores que correspondem pela variância máxima de dados. Para a extração dos fatores, foram utilizados os critérios dos autovalores maiores que 0,1 e porcentagem de variância explicada e a técnica de rotação *varimax* normalizada.

Com a finalidade de avaliar a confiabilidade dos fatores gerados através da análise fatorial, utilizou-se o *Alpha* de *Cronbach*. A confiabilidade indica o grau de consistência interna entre os múltiplos indicadores de um fator, reportando-se à extensão no qual um mesmo instrumento de medida reproduz resultados coerentes a partir de diversas mensurações (HAIR et al., 2009). Segundo a literatura, para que o fator tenha resultados aceitáveis, convém que seja maior que 0,6, indicando a consistência interna dos fatores (MALHOTRA, 2006). Sendo assim, os fatores que apresentaram índice inferior a 0,5 foram excluídos.

Por fim, foi realizado o teste Kruskal-Wallis (KW), uma extensão do teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Este é um teste não paramétrico utilizado para comparar três ou mais populações. Ele é usado para testar a hipótese nula de que todas as populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que, ao menos, duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

O teste Kruskal-Wallis é também análogo ao teste F utilizado na ANOVA 1. Enquanto a análise de variância dos testes depende da hipótese de que todas as populações em confronto são independentes e normalmente distribuídas, o teste de Kruskal-Wallis não coloca nenhuma restrição sobre a comparação.

Quando o Kruskal-Wallis aponta evidências de diferenças entre os grupos, é necessário proceder ao teste *post hoc* para verificação dos pares que diferem. Com essa finalidade, o SPSS disponibiliza o teste Dunn para cada par de grupos.

Outro teste utilizado foi o U Mann-Whitney, que testa a igualdade das medianas, para comparação de dois grupos não pareados, caso do teste com os grupos feminino *versus* masculino, já que os requisitos para aplicação do teste t de Student não foram cumpridos (SIEGEL; CASTELLAN; 2006).

Para a maioria dos blocos foi utilizada uma escala do tipo Likert. Neste tipo de escala, os respondentes se posicionam de acordo com uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, infere-se a medida do construto (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

4 RESULTADOS

As Políticas Públicas servem-se de conquistas científicas e tecnológicas para implementar suas ações. O PEP é uma tecnologia aplicada pelo SUS na atenção básica à Saúde. Assim, neste capítulo, são apresentados os resultados com o intuito de atingir os objetivos deste estudo.

A descentralização no atendimento da saúde, da esfera federal até os municípios, visa a um melhor atendimento, porém, necessita de condições técnicas, administrativas e financeiras para o integral atendimento de saúde (BRASIL, MS, 2017a). Para tanto, convém que os municípios tenham condições materiais e humanas para o referido atendimento.

Inicialmente, analisou-se o perfil dos profissionais participantes desta pesquisa (Bloco G do questionário). Em seguida, os resultados são discutidos para verificação das condições de implantação e do *status quo* do PEP em 11 municípios da 8ª CRS-RS, contemplando:

- Situação do município em relação ao PEP;
- Processo de implantação do PEP local;
- Estrutura oferecida para funcionamento do PEP;
- Ações executadas por meio do PEP;
- Dificuldades encontradas durante o uso do PEP;
- Benefícios do PEP.

4.1 PERFIL DOS RESPONDENTES

As questões 60 a 67 do questionário aplicado fazem parte do Bloco G do questionário aplicado. O objetivo dessas questões foi a obtenção do perfil dos profissionais participantes da pesquisa que trabalham nas unidades de Saúde de 11 municípios da 8ª CRS-RS. A divisão em coordenadorias permite que um dos municípios atenda aos casos de maior complexidade. Este é um dos aspectos do paradigma atual da política pública brasileira, a descentralização. Ressalta-se que um município foi excluído por não ter ainda implantado o PEP.

No Quadro 9, estão alguns dados sobre os municípios deste estudo (IBGE, 2018), os quais podem ter ligação com os resultados da pesquisa.

Quadro 9 – Dados sobre os municípios da pesquisa

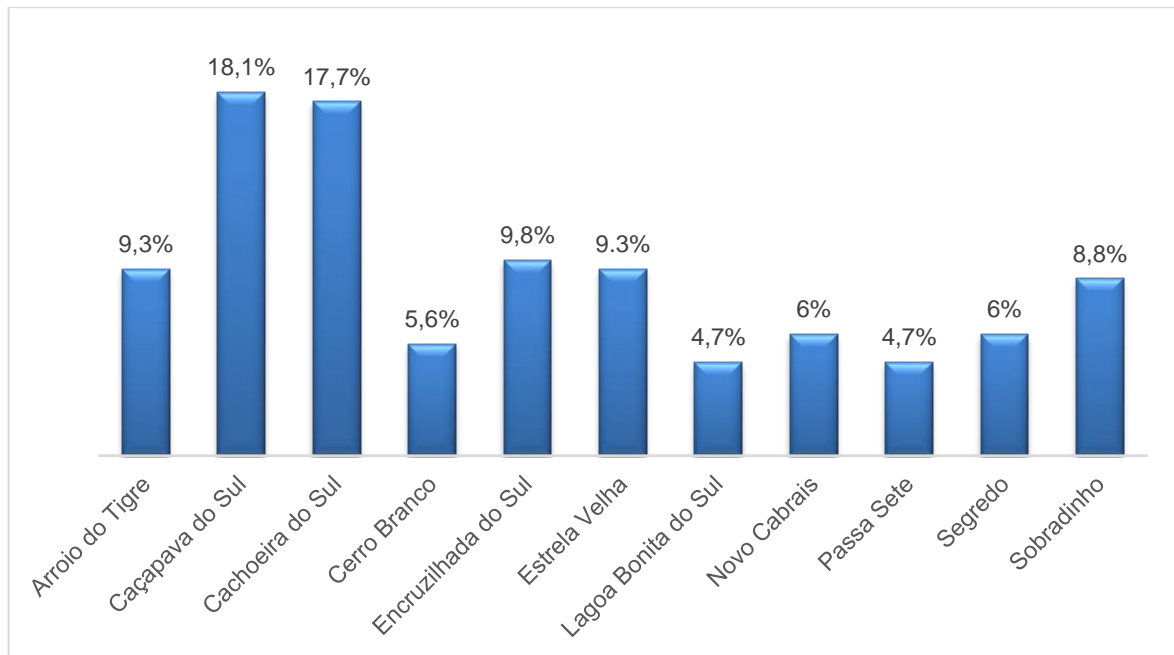
Município	Data de criação	Área atual Km²	População Estimada 2018	% na população 8ª CRS-RS
Arroio do Tigre	06.11.1963	319	13.332	6,7
Cachoeira do Sul	26.04.1819	3.735	82.547	41,5
Caçapava do Sul	25.10.1831	3.047	33.702	17,0
Cerro Branco	12.05.1988	154,1	4.676	2,4
Encruzilhada do Sul	19.06.1849	3.438	25.791	13,0
Estrela Velha	28.12.1995	281,7	3.660	1,8
Lagoa Bonita do Sul	16.04.1996	108,5	2.884	1,4
Novo Cabrais	28.12.1995	192,4	4.169	2,1
Passa Sete	28.12.1995	304,8	5.656	2,8
Segredo	05.05.1988	247,5	7.399	3,7
Sobradinho	03.12.1927	130,4	14.927	7,6
TOTAL	-	-	198.743	100,0

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE (2018).

O Quadro 9 contém os municípios nos quais foi realizada a pesquisa, com data de criação, área territorial, população estimada pelo IBGE (2018) e o percentual de cada um em relação ao total da população da área de estudo. Cachoeira do Sul é o município mais antigo, com maior área territorial e maior população. É também a sede da 8ª CRS-RS.

O Gráfico 1 mostra o percentual de respondentes por município da 8ª CRS-RS.

Gráfico 1 – Percentual de respondentes por município da 8ª CRS-RS



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

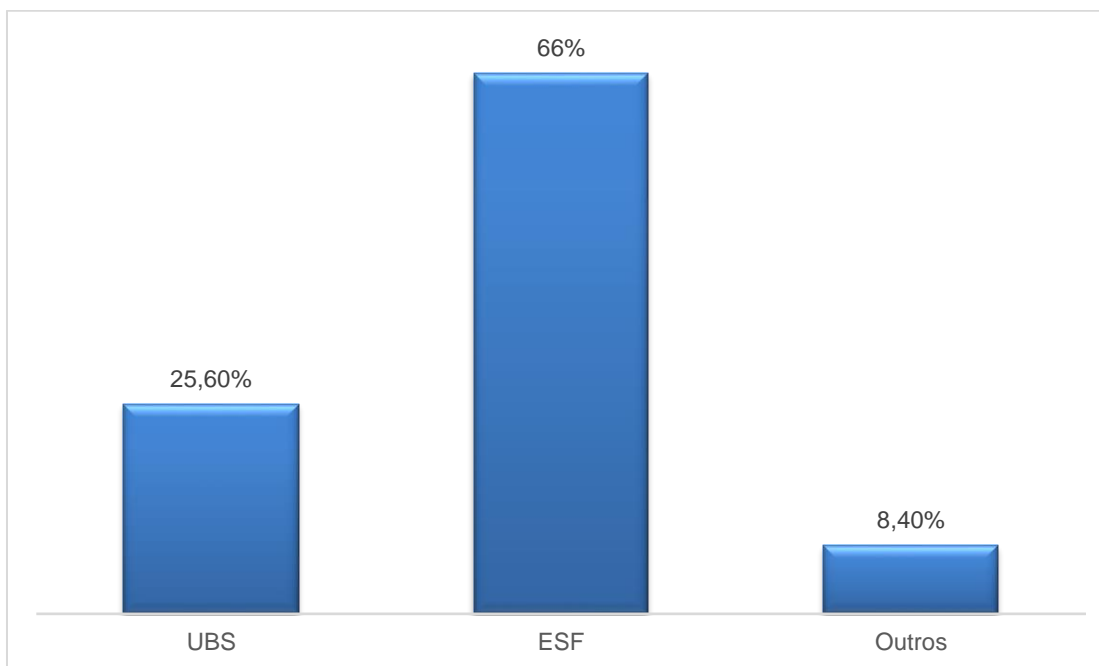
Os municípios com maior representatividade são Caçapava do Sul e Cachoeira do Sul com, respectivamente, 18,1% e 17,7% respondentes. Isso se explica pelo fato de serem municípios mais antigos, com maior área territorial e maior população, portanto, com mais unidades de Atenção Básica. Os municípios com menos respondentes são Lagoa Bonita do Sul e Passa Sete, ambos com 4,7% cada.

A Atenção Básica tem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a porta de entrada preferencial do SUS. O objetivo dessas unidades é o atendimento de até 80% dos problemas de saúde da população que não necessitaria de encaminhamento para outros serviços (BRASIL/MS, 2017 a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco a saúde dos cidadãos. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF também se constitui como uma porta de entrada do SUS. A ESF atua com uma equipe completa diretamente no cuidado humanizado do paciente no próprio bairro de origem com território delimitado (BRASIL/MS, 2017 a).

Com o objetivo de se discriminar por tipo de unidade de atendimento em que atuam os respondentes, elaborou-se o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Tipo de unidade em que atuam os respondentes



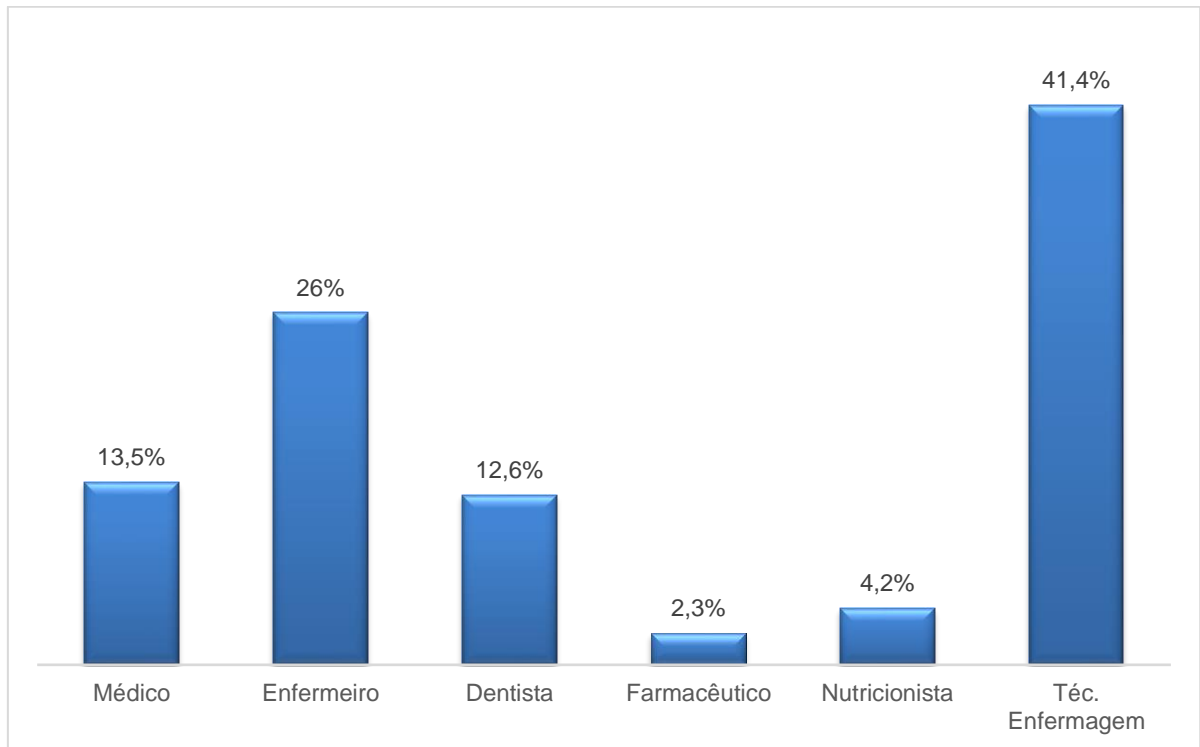
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O Gráfico 2 corresponde ao resultado da pergunta 60 do questionário: 55 profissionais de uma UBS usam o PEP, o que equivale a 25,6% do total; 142 são profissionais de uma ESF, que corresponde a 66% do total; 18 são profissionais de outros estabelecimentos de atenção básica à saúde, o que representa 8,4% dos respondentes.

Predominam, portanto, nos municípios estudados, as ESFs. Em seu estudo, Elias *et al.* (2006) constataram que o PSF (ESF) foi considerado como a melhor alternativa de atendimento para os estratos de menor exclusão social na perspectiva dos usuários, talvez pelo fato de estar na área de abrangência onde os mesmos residem, apesar de não contar com uma estrutura mais complexa de atendimento. Contudo, para os profissionais e gestores, na comparação entre ESF e UBS, não apresenta diferenças (ELIAS *et al.*, 2006). O estudo de Souza (2017), feito em um único município gaúcho, também confirma a existência de mais unidades ESF.

Quanto à profissão dos respondentes, estratificou-se no Gráfico 3 as categorias a que pertencem.

Gráfico 3 – Profissão dos respondentes

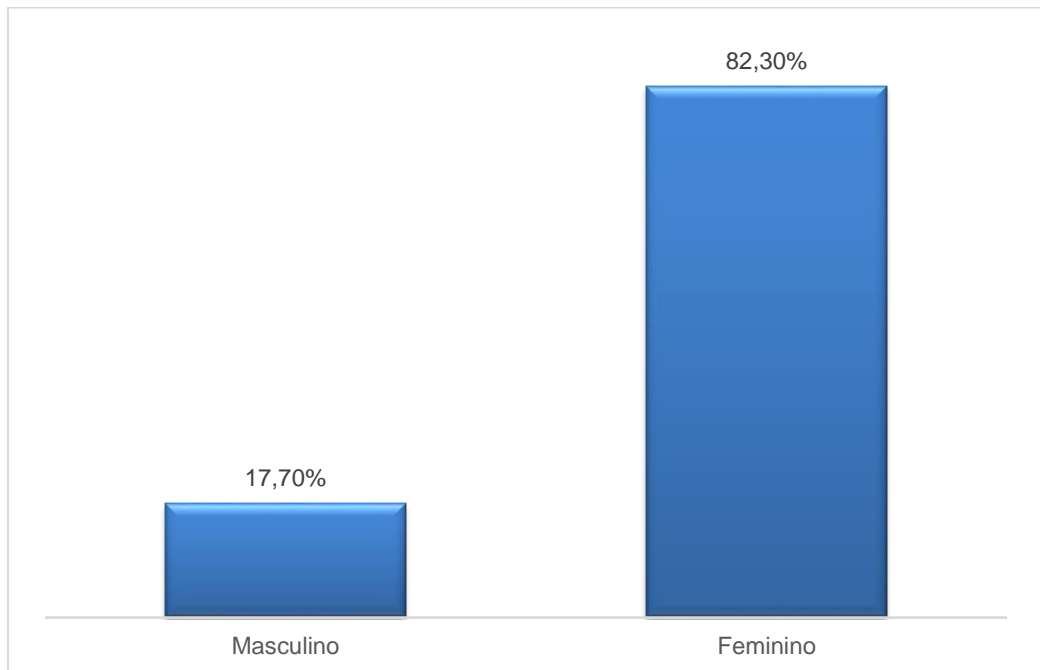


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O Gráfico 3 mostra a profissão dos respondentes: 13,5% são médicos; 26% são enfermeiros; 12,6% são dentistas; 2,3% são farmacêuticos; 4,2% são nutricionistas; 41,4% são técnicos de enfermagem. Logo, parece demonstrar que os farmacêuticos ainda são a minoria no SUS, perfil que já começa mudar pelas exigências legais, podendo ser uma realidade pontual da região estudada.

No Gráfico 4, apresenta-se a estratificação dos respondentes quanto ao sexo.

Gráfico 4 – Sexo dos respondentes



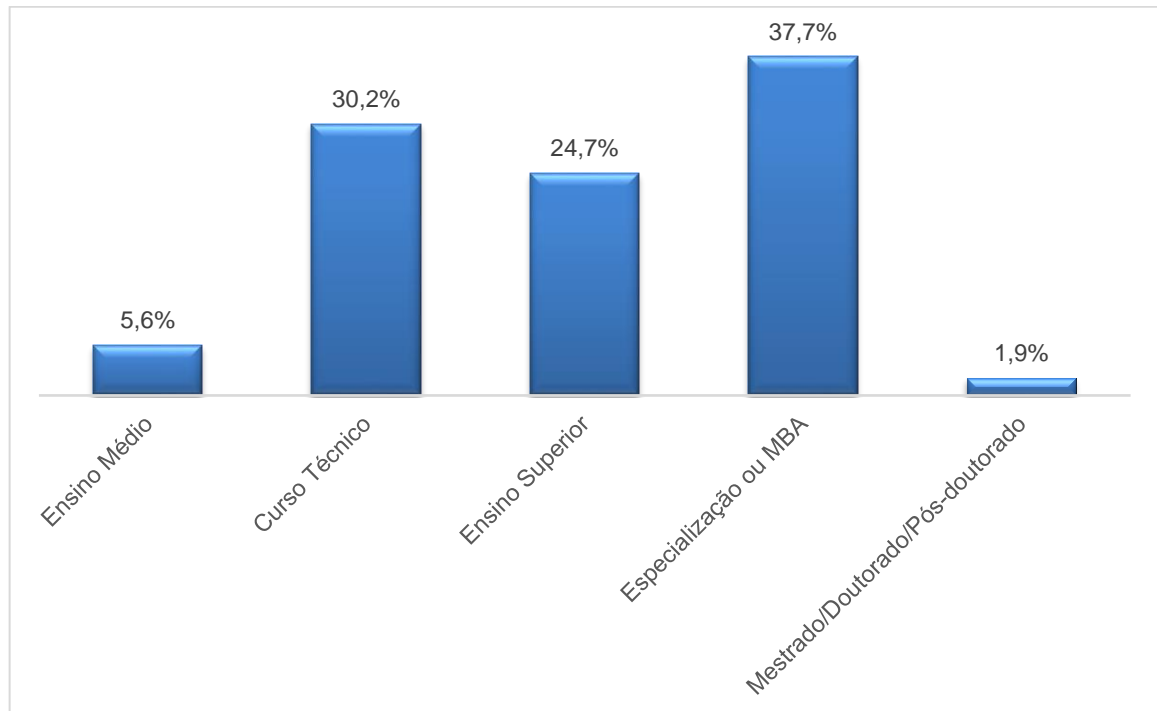
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na amostra da pesquisa, há predominância de profissionais do sexo feminino (82,32%), enquanto 17,68% pertencem ao sexo masculino. Neste estudo, com exceção da categoria de médico, todas as outras predominam o sexo feminino.

Em seu estudo, no município de Esteio (RS), Souza (2017) também constatou predomínio do sexo feminino. Historicamente, em certos setores no cuidado à saúde, existe predomínio do sexo feminino, como enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, mas o gênero não influencia na percepção sobre utilidade do PEP (RAGO, 2016).

No Gráfico 5, apresenta-se a estratificação dos respondentes quanto ao nível de escolaridade.

Gráfico 5 – Escolaridade dos respondentes

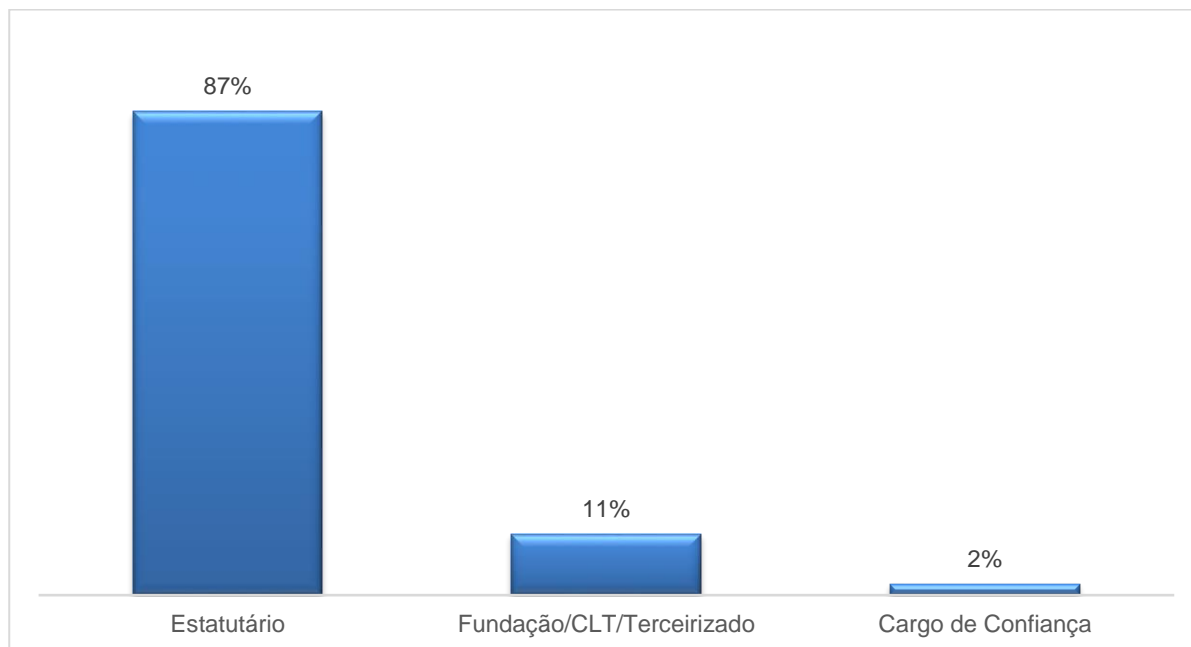


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em relação ao nível de escolaridade dos respondentes, 37,7% possuem Especialização ou MBA; 30,2% possuem Curso Técnico; 24,7% possuem Curso Superior; 5,6% cursaram apenas o Ensino Médio; 1,9% possuem Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado. Este perfil é característico de significativa parte dos profissionais de saúde pública, já que, após concluírem os cursos de graduação ou pós-graduação, dedicam-se ao regime de dedicação exclusiva, dificultando a realização de estudos avançados em nível de *stricto sensu*, o que não parece haver implicação no que tange à adoção de novas tecnologias.

O Gráfico 6 mostra o vínculo dos profissionais com a unidade de saúde.

Gráfico 6 – Vínculo empregatício dos respondentes

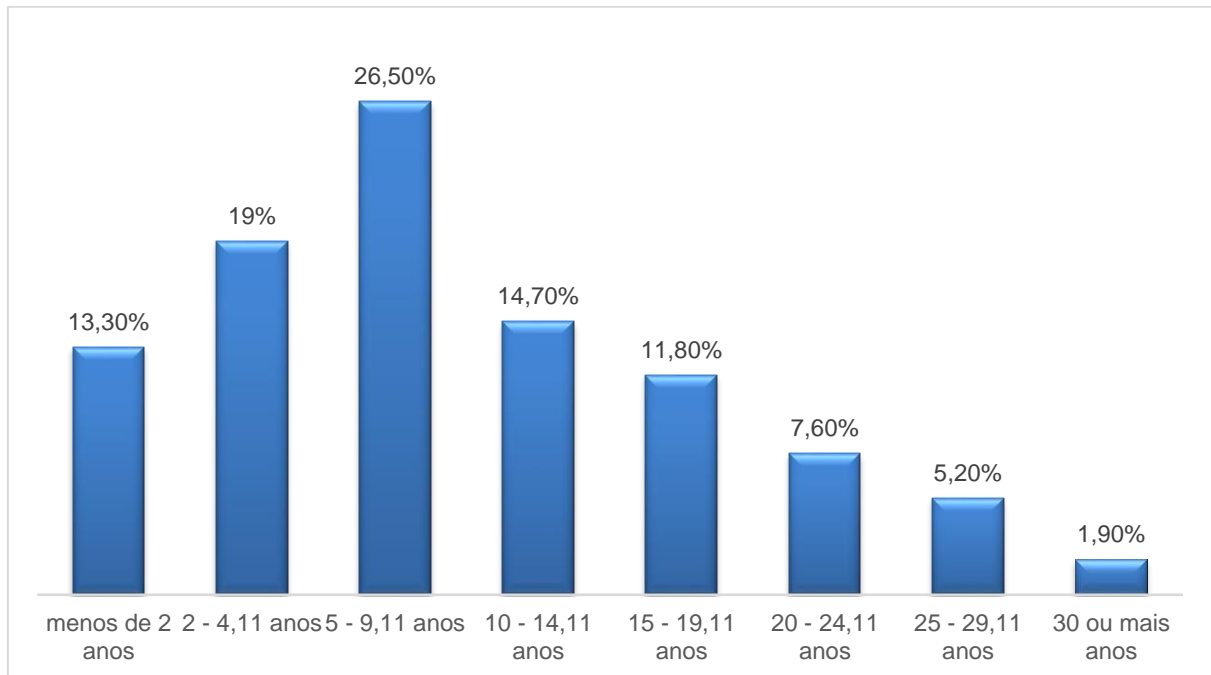


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em relação ao vínculo empregatício, observa-se a predominância de estatutários, correspondendo a 87% dos respondentes; 11% são de Fundação, CLT ou terceirizados; 2% exercem cargo de confiança. De acordo com Souza (2017), a Lei 8080/11 prevê a participação da iniciativa privada na complementação dos serviços do SUS. Deste modo, os profissionais que atuam no SUS podem ser estatutários ou contratados por meio de mecanismos que observem a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esses resultados sugerem que à medida que os servidores têm estabilidade por conta do regime de trabalho, que representa com 87% de estatutários, teria o uso mais adequado do PEP por conta de haver uma assimilação das rotinas por esses profissionais que tem uma sequência de trabalho, podendo ter um resultado mais eficaz.

O Gráfico 7 mostra o tempo de emprego dos respondentes agrupados em intervalos.

Gráfico 7 – Tempo no emprego



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A parcela mais significativa dos respondentes é a daqueles que trabalham na instituição de 5 a 9 anos e 11 meses, correspondente a 26,5% do total; 19% estão na faixa de 2 a 4 anos e 11 meses; 14,7% estão na faixa de 10 a 14 anos a 11 meses; 13,3% estão na instituição há menos de 2 anos. Em percentuais menores, há aqueles que trabalham de 15 a 19, anos e 11 meses (11,8%); de 20 a 24 anos e 11 meses (7,6%); de 25 a 29 anos e 11 meses (5,2%); e de 30 anos ou mais (1,9%). Constata-se que a maioria dos respondentes (58,8%), trabalha nas instituições de 2 anos a 14 anos e onze meses, sugerindo que devem ter bom conhecimento da ferramenta de trabalho instituída (PEP).

O Quadro 10 apresenta uma síntese das características dos respondentes.

Quadro 10 – Características dos respondentes da pesquisa

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	38	17,7
	Feminino	177	82,3
Profissão	Médico	29	13,5
	Enfermeiro	56	26,0
	Dentista	27	12,6
	Farmacêutico	5	2,3
	Nutricionista	9	4,2
	Téc. Enfermagem	89	41,4
Escolaridade	Ensino Médio	12	5,6
	Curso Técnico	65	30,2
	Ensino Superior	53	24,7
	Especialização/MBA	81	37,2
	Mestrado/Doutorado	4	1,9
Vínculo	Estatutário	187	87,0
	Fundação/CLT/Terceirização	23	10,7
	Cargo de Confiança	5	2,3
Local de atuação	UBS	55	26,0
	ESF	142	66,0
	Outro	18	8,4
Tempo de trabalho	Menos de 1 ano	44	20,5
	Menos de 2 anos	57	26,5
	Mais de 2 anos	114	53,0

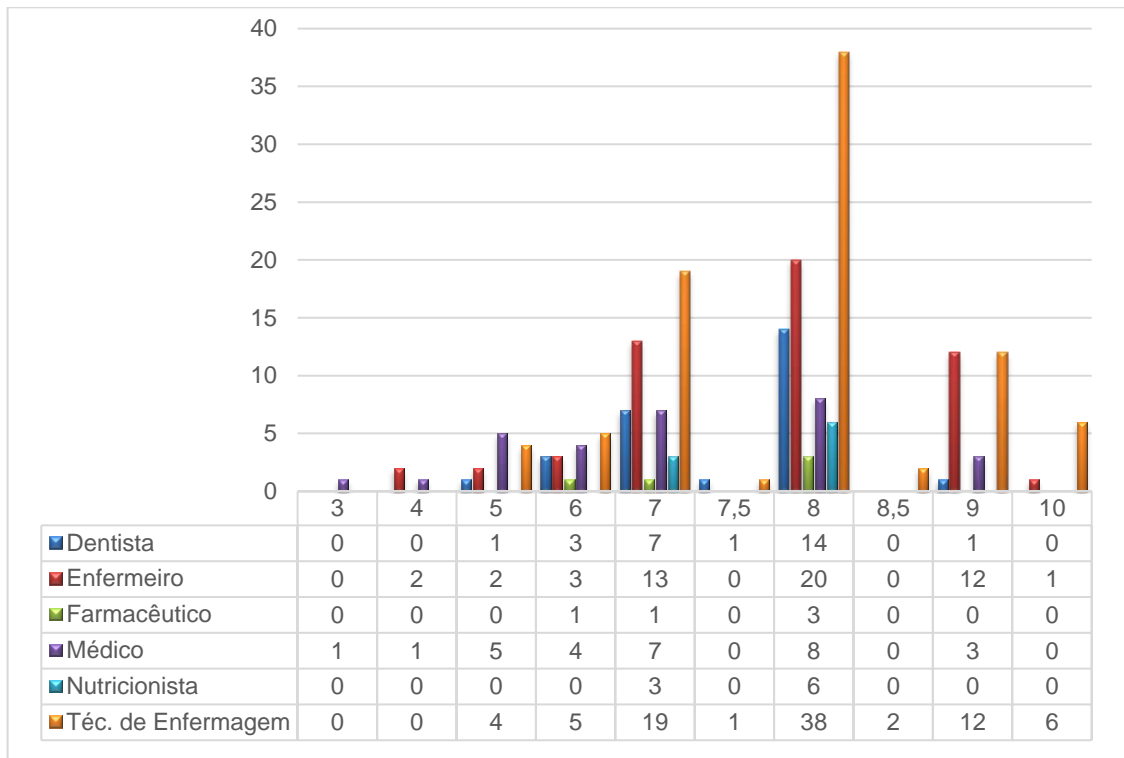
Fonte: Elaboração da autora (2019).

No Quadro 10 estão salientadas as variáveis com maiores índices na caracterização dos respondentes da pesquisa: sexo feminino, técnico de enfermagem, Especialização/MBA, estatutário, ESF e mais de 2 anos de tempo de trabalho.

4.2 SATISFAÇÃO QUANTO AO USO DO PEP

O Gráfico 8 mostra a frequência para cada nota atribuída ao grau de satisfação dos profissionais com o uso do PEP. Na análise, não foram consideradas as respostas “sim” e “não” para a pergunta inicial “Você está satisfeito(a) com o PEP?”, visto que nem todos responderam à pergunta, atribuindo uma nota em que implicitamente estaria a resposta “sim” ou “não”. Além disso, percebeu-se traço de subjetividade quando havia resposta e nota; enquanto um “não” vinha seguido pela nota 8, um “sim” também recebia a nota 8, 6 ou 5, por exemplo.

Gráfico 8 – Escores por grau de satisfação de acordo com a categoria profissional



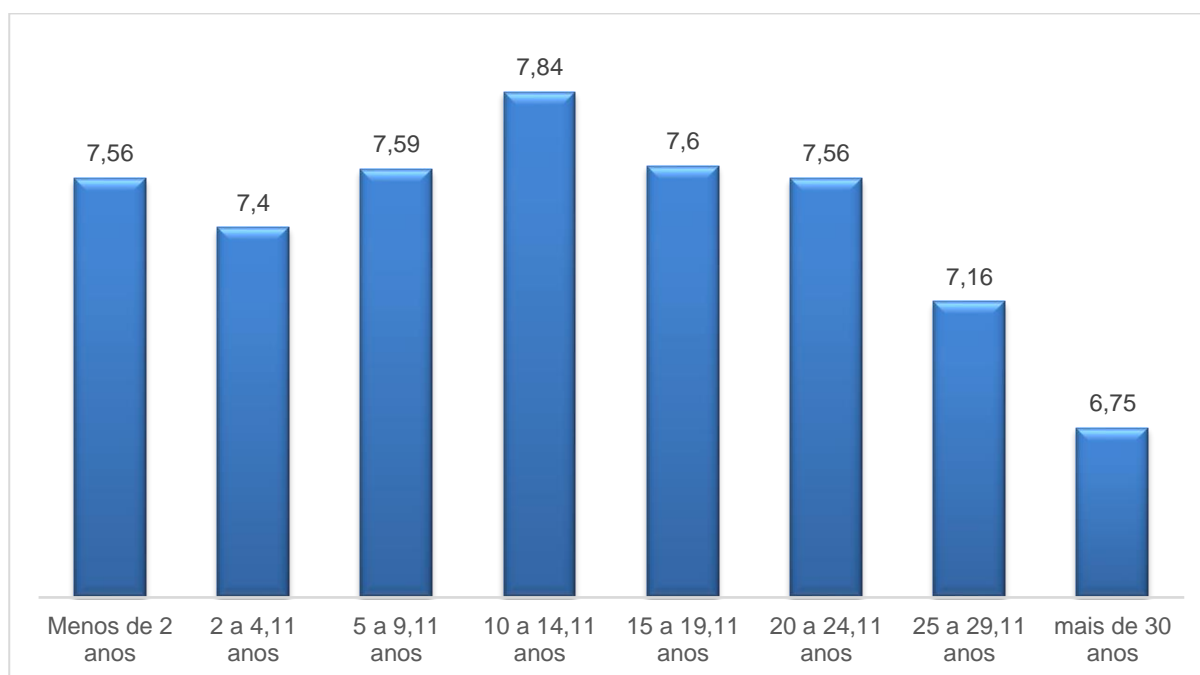
Fonte: Elaboração da autora (2019).

O melhor grau de satisfação entre os respondentes que usam o PEP foi identificado entre os técnicos de enfermagem, com a média de 7,8. Entre os nutricionistas, a nota média ficou em 7,7; enfermeiros, 7,6; dentistas e farmacêuticos, 7,4. A menor nota média foi verificada entre os médicos: 6,7. Percebe-se que os profissionais técnicos de enfermagem por terem a cultura de executor de tarefas, demonstram ter mais comprometimento e familiaridade com a

ferramenta, enquanto os profissionais médicos parecem ter mais resistência quanto a operacionalização, talvez por considerar uma burocratização do seu trabalho, quando seu objetivo é atender a necessidade do paciente.

O Gráfico 9 mostra o grau de satisfação com o uso do PEP em relação ao tempo de emprego.

Gráfico 9 – Nota média de grau de satisfação versus tempo de emprego



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

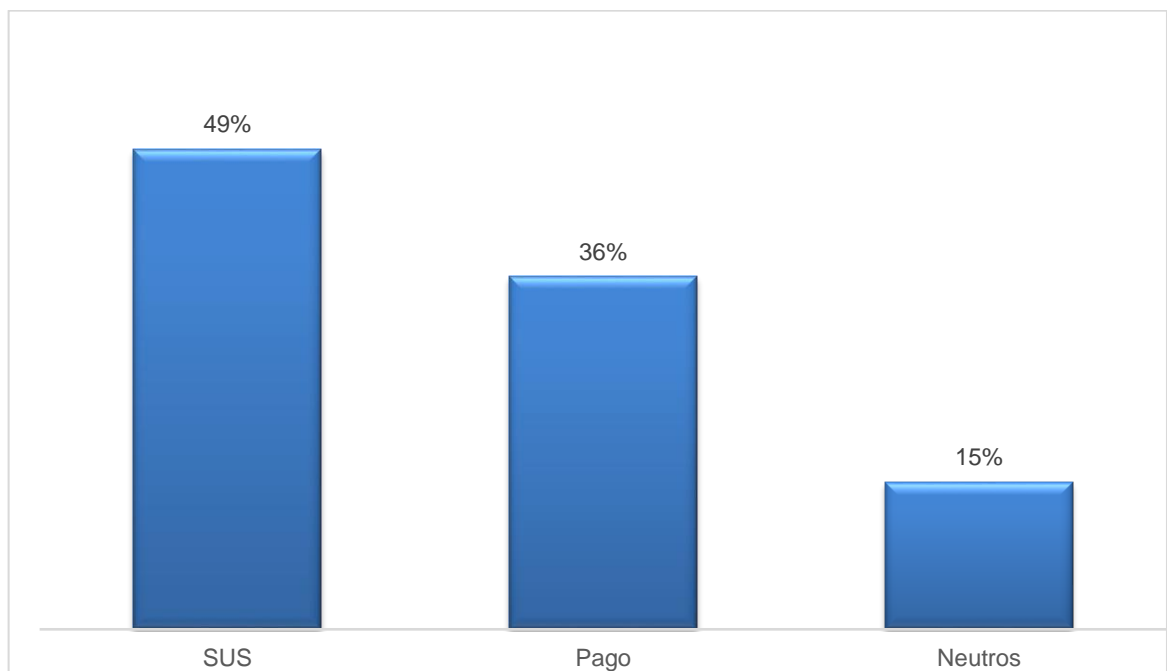
Confrontadas as notas dos respondentes com o tempo de serviço, a melhor média é de 7,84, correspondente à faixa de 10 a 14 anos e 11 meses. A média mais baixa apurou-se entre os profissionais com mais de 30 anos de serviço: 6,75.

Constata-se que a idade (supondo-se que um indivíduo com 25 anos de serviço não seja um jovem) é um fator que dificulta a adaptação dos profissionais a novas tecnologias. De 15 a 24 anos e 11 meses não há uma diferença significativa nas médias, mas, a partir de 25 anos, a média entra em declínio. Parece que há, de fato, maior satisfação em relação ao menor tempo no emprego. Isso é significativo, para quando se pensar em implantar algum novo processo, pois as evidências do estudo sugerem que os profissionais mais antigos tendem a ser mais reticentes às inovações.

Rago (2016) aponta como principais dificuldades dos médicos a performance e a aderência do *software*, como as mais representativas, seguida pela usabilidade, em razão da falta de adequação do sistema à realidade do usuário. Isso provoca uma modificação na forma de trabalho, o que pode gerar insatisfação.

O Gráfico 10 mostra o grau de satisfação dos respondentes em relação ao tipo de *software* utilizado.

Gráfico 10 – Grau de satisfação com tipo de software



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em relação ao *software* utilizado, o grau de satisfação com o PEP é maior entre aqueles que usam o fornecido pelo SUS, com 49% que atribuem nota 8, contra 36%, também com nota 8, daqueles que usam *software* pago. De acordo com alguns profissionais que utilizam o *software* do SUS, este (SUS) apresenta algumas funcionalidades que permitem maior praticidade, funcionalidade e rapidez no atendimento, citando, como exemplos: classificação de risco seguindo o protocolo de Manchester; permite anexar imagens para verificar a evolução do tratamento; unifica o prontuário, baseado no Cadweb (cartão SUS); permite a impressão em cada procedimento individualmente, entre outros benefícios, que a maioria dos *softwares* pagos não são disponibiliza.

Para concluir esta primeira parte, cujo objetivo foi a caracterização dos respondentes, obteve-se um perfil geral dos respondentes com maiores percentuais:

- a) Pertence aos municípios de Cachoeira do Sul e Caçapava do Sul (35,8%);
- b) É profissional de uma ESF (66%);
- c) É técnico de enfermagem (41,4%);
- d) Pertence ao sexo feminino (82,3%);
- e) Possui Especialização ou MBA (37,7%);
- f) Trabalha na unidade, em média, há 9,72 anos;
- g) Tem média de satisfação com o PEP equivalente a 7,4.

4.3 RESULTADOS DA PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES SOBRE O PEP

Para responder ao problema da pesquisa por meio do atendimento dos objetivos (principal e específicos), o questionário foi dividido em blocos, cujas variáveis tiveram por finalidade:

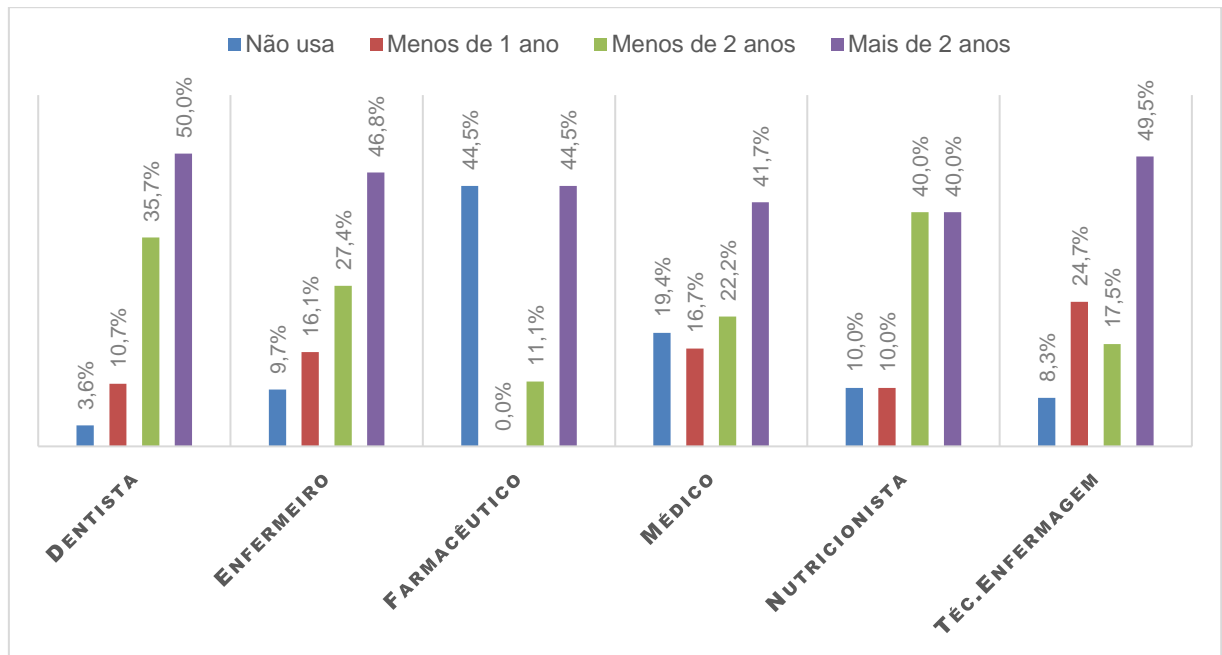
- Responder ao problema deste estudo, que é: como os profissionais que atuam em UBSs dos municípios da 8ª CRS percebem a implantação do PEP?
- Atingir o objetivo geral, que é o de investigar a percepção dos profissionais do SUS nas UBSs dos municípios que compõem a 8ª CRS-RS sobre a implantação do PEP.
- Atender os objetivos específicos: levantamento do uso do PEP nos municípios pesquisados; pesquisar quais aspectos impedem a adoção imediata do PEP e quais aspectos ainda restringem seu uso; e averiguar os aspectos positivos e negativos do PEP.

4.3.1 Bloco A

A questão 1 refere-se ao tempo de uso do PEP pelos respondentes, cujos resultados estão estratificados no Gráfico 11.

Além de identificar o tempo de uso do PEP, a questão 1 também serviu para determinar o número de questionários validados para análise da pesquisa, uma vez que os respondentes que não usam foram excluídos. Assim, a partir da questão 2, a amostra ficou composta por 215 respondentes de 11 municípios.

Gráfico 11 – Tempo de trabalho dos respondentes com o PEP

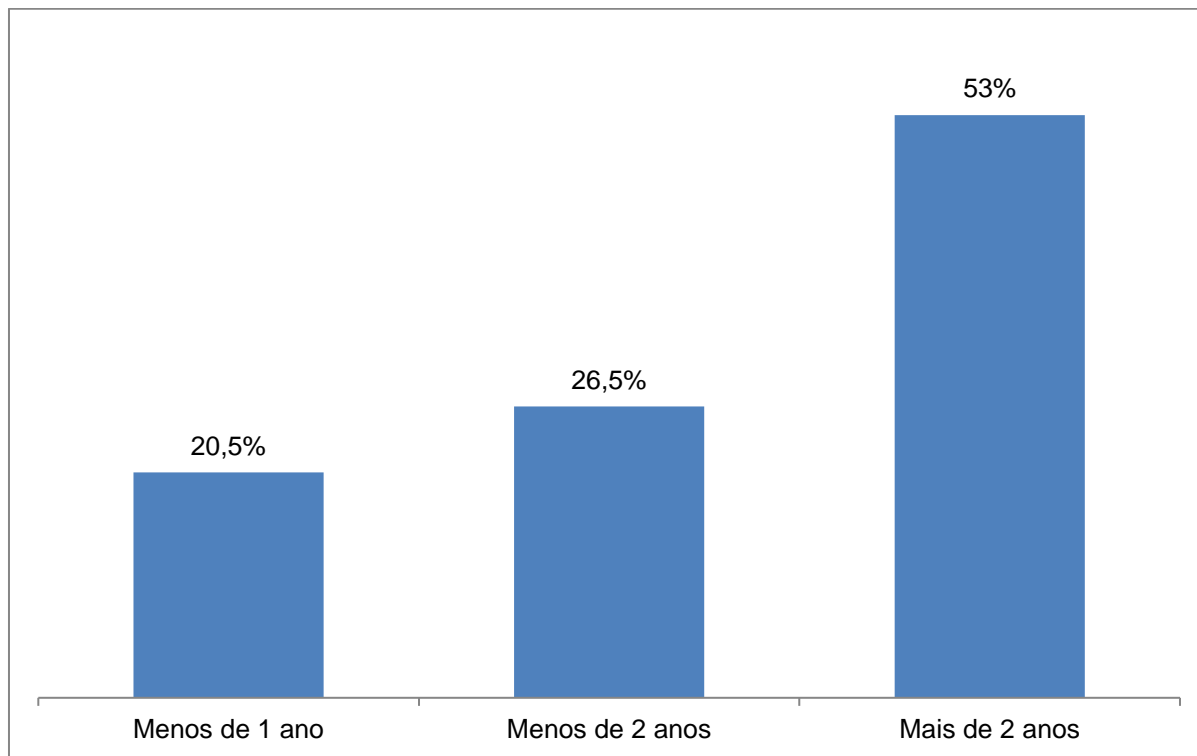


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Entre os dentistas, 50% usam o PEP há mais de 2 anos e 35,7% há menos de 2 anos. Há 46,8% de enfermeiros que usam o PEP há mais de 2 anos, caindo para 27,4% aqueles que usam há menos de 2 anos e 16,1% há menos de 1 ano; 9,7% não usam. Dentre os farmacêuticos, 44,5% não usam e outros tanto usam há mais de 2 anos e 11,1% usam há menos de 2 anos. Os médicos que usam o PEP há mais de 2 anos somam 41,7%; menos de 2 anos, 22,2%; menos de 1 ano, 16,7%. Em percentuais idênticos, 40% dos nutricionistas usam o PEP há mais de 2 anos e menos de 2 anos. Entre os técnicos de enfermagem, 49,5% usam o PEP há mais de 2 anos; 17,5% há menos de 2 anos; 24,7% há menos de 1 ano. Logo, percebe-se que dentistas e técnicos de enfermagem são as categorias profissionais que há mais tempo têm conhecimento e fazem uso da ferramenta disponibilizada pelo SUS.

O Gráfico 12 mostra o tempo de uso do PEP nos municípios de abrangência do estudo.

Gráfico 12 – Tempo de uso do PEP

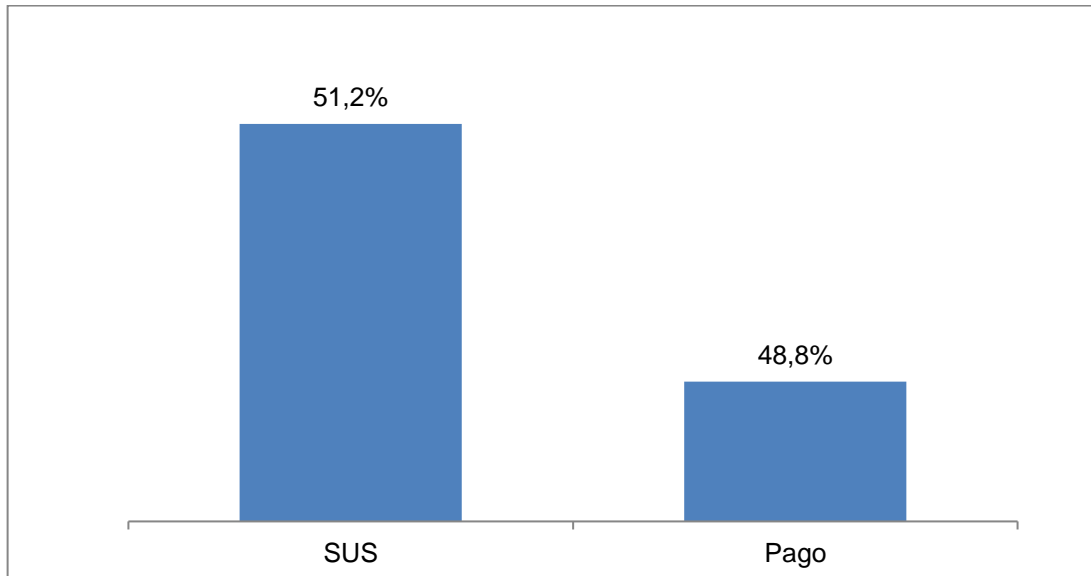


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nos 11 municípios da pesquisa, o uso do PEP existe há mais de 2 anos, de acordo com 53% dos respondentes. Como a implantação do PEP foi e está sendo feita de forma gradativa, são coerentes os tempos de menos de 2 anos (26,5%) e menos de 1 ano (20,5%). Esses dados podem demonstrar que os Municípios estão se adequando às novas tecnologias enquanto políticas públicas em saúde, demonstrando também a quebra de paradigmas.

O Gráfico 13 mostra o tipo de *software* utilizado.

Gráfico 13 – Tipo de software



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As respostas à questão 2 mostram que há um pequeno percentual de diferença entre os tipos de *software* utilizado: SUS (51,2%) e pago (48,8%). Comparando-se os resultados das Questões 1 e 2, constata-se pequena predominância do *software* do SUS nas unidades que trabalham há mais tempo com o PEP. Isso pode demonstrar que os municípios que usam o sistema SUS optam pelo princípio da economicidade, visto que sua disponibilização é gratuita.

O Quadro 11 sintetiza os resultados das variáveis do Bloco A.

Quadro 11 – Síntese do Bloco A

Software usado (%)		Tempo de uso (%)		
SUS	Pago	Menos de 1 ano	Menos de 2 anos	Mais de 2 anos
51,2	48,8	20,5	26,5	53,0

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Como síntese das variáveis do Bloco A do questionário, constatou-se predomínio do *software* do SUS, com tempo de uso de mais de 2 anos.

4.3.2 Bloco B: processo de implantação local do PEP

O Bloco B é composto pelas questões de 3 a 9, tendo como temática o processo de implantação do PEP no município, cujos resultados encontram-se no Quadro 12.

Quadro 12 – Processo de implantação do PEP

Processo de implantação do PEP	Média da variável	Desvio padrão da variável	Média do bloco	Desvio Padrão do bloco
3. Participação na implantação	3,04	1,50	2,87	1,15
4. Falha no preparo e/ou treinamento para a implantação	3,14	1,15		
5. Comunicação sobre a implantação	2,93	1,18		
6. Apresentação do sistema antes da Implantação	2,97	1,20		
7. Facilidade na implantação para o público interno	3,20	1,08		
8. Facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS	3,29	1,06		
9. O PEP não deveria ser implantado (voltar a usar o prontuário físico ou de papel)	1,54	0,88		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A média das variáveis sobre o processo de implantação local do PEP é 2,87, enquanto o desvio padrão é 1,15.

A média mais alta (3,29) das variáveis se refere à facilidade de implantação para os usuários dos serviços. Os respondentes concordam (35,3%) e concordam totalmente (9,8%) quanto à afirmativa de que houve facilidade na implantação do PEP, somando 45,1%. Aqueles que discordam (22,3%) e discordam totalmente (13%) somam no total 35,3%. O percentual dos indiferentes é de 26,5%. Os percentuais sugerem que os usuários internos do PEP percebem o processo de implantação com restrições, percepção esta reforçada pela média deste Bloco, que é 2,87.

Um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e que há um intervalo entre o velho e o novo paradigma (KUHN, 2013; DOSI, 2006). Neste sentido, o paradigma tecnológico representado pelo PEP encontra-se em período de transição. As perspectivas destes autores parecem encontrar eco na percepção dos

respondentes quanto ao processo de instalação dessa nova tecnologia, que substitui outra. Também, é preciso destacar que essa implantação não é espontânea, por ser regulada por um mecanismo legal, inversamente ao que pode acontecer com paradigmas científicos, ou tecnológicos, uma vez que estes podem se consolidar de maneira espontânea, quando se mostram mais adequados, ou eficientes, em relação àqueles que substituem.

Já, a média mais baixa (1,54) neste bloco se refere à implantação do PEP (variável 9), decorrente da aprovação implícita por parte de 90,23% dos respondentes. Portanto, a maioria aprova a inclusão da nova tecnologia no sistema do SUS. Por conta disso, a variável apresenta o menor desvio padrão (0,88). Na investigação acerca dessa variável, a pergunta remetia à ideia de que o PEP não deveria ser implantado, do que pela média percebe-se a discordância dos respondentes, ou seja, concordam com a necessidade de implantação do PEP.

Destaca-se, ainda, que em maior ou menor grau, 45,9% dos respondentes desta pesquisa participaram da implantação do PEP. É preciso considerar que significativo número desses profissionais pode ter começado a trabalhar nessas unidades de saúde depois da implantação, razão pela qual não participaram da mesma. Ter participado do processo de implantação do PEP pode ter influência no sucesso ou no seu fracasso (CANÊO; RONDINA, 2014). De acordo com Costa e Portela (2018, p.8): “Se as pessoas identificam claramente a utilidade de uma intervenção e a possibilidade de que ela facilite o seu trabalho, é mais provável que a implantação seja bem-sucedida”. Nesta perspectiva, a adesão a um novo paradigma, por participar de uma comunidade científica, comungar de valores e crenças que constituam o paradigma, também leva o sujeito à adesão do mesmo.

A variável “falha no preparo e/ou treinamento para a implantação” apresenta uma média de 3,14 e desvio padrão de 1,15. Em diferentes graus, os respondentes concordam, somando 47,4%, que houve falhas na implantação. Embora o instrumento de coleta de dados não tenha explicitado quais seriam essas falhas, pode-se inferi-las por meio de outras variáveis do bloco, como as variáveis 4 (treinamento) e 5 (comunicação), por exemplo.

Os resultados da variável acerca da “comunicação suficiente sobre a implantação” sugerem um panorama diversificado na Coordenadoria de Saúde analisada, do que se infere que não há concordância quanto a esta variável.

Existem fatores que funcionam como barreiras para a boa aceitação e bom funcionamento da implantação de um produto tecnológico. Alguns deles estão relacionados aos profissionais, enquanto outros são derivados do próprio processo. Em relação aos profissionais, pode-se citar a tecnologia como barreira: falta de conhecimentos e/ou habilidades dos profissionais; profissionais com mais idade tendem a ter mais dificuldade e, com isso, possibilidade de tornar o atendimento mais demorado. Mas não se trata apenas de uma questão técnica, como também de índole pessoal, como resistência à mudança em si mesma ou sentimento de restrição na autonomia do profissional e, até mesmo, a falta de comprometimento dos profissionais de saúde com as políticas implantadas (COSTA; PORTELA, 2018).

As barreiras podem estar subjacentes ao próprio processo de implementação do PEP. Exemplos de barreira processual são: falta de diálogo entre os gestores e as demais partes envolvidas; falta de treinamento e de capacitação; não participação dos profissionais de saúde no planejamento, desenvolvimento e escolha de medidas adotadas (COSTA; PORTELA, 2018).

A implantação de uma política com viés tecnológico sem transparência aumenta a probabilidade de insucesso. Os participantes deveriam participar das diferentes etapas relacionadas ao planejamento e à implementação (COSTA; PORTELA, 2018).

Sendo a média das variáveis do Bloco B (processo de implantação local do PEP) de 2,87 e desvio padrão 1,15, pode-se inferir que os respondentes não estão satisfeitos em relação à maneira como o processo de inserção desta nova ferramenta de trabalho (PEP) está sendo realizada.

O Quadro 13 sintetiza os resultados das variáveis do Bloco B.

Quadro 13 – Síntese do Bloco B

Aspectos positivos	Aprovação da inclusão da nova tecnologia.
Aspectos negativos	Falhas na implantação do PEP e conseqüente insatisfação. Imposição da nova tecnologia. Resistência à nova tecnologia.
Percepção marcante	A nova tecnologia está em fase de consolidação.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os resultados obtidos nas variáveis do Bloco B permitem a constatação de que o PEP está se consolidando no SUS. É a “transição paradigmática” (KUHN, 2013).

4.3.3 Bloco C: estrutura oferecida para uso do PEP

O Bloco C é composto pelas questões de 10 a 17, referentes à estrutura disponibilizada para o uso do PEP por parte do município, cujos resultados encontram-se no Quadro 14.

Quadro 14 – Estrutura oferecida para uso do PEP

Estrutura oferecida para uso do PEP	Média da variável	Desvio padrão da variável	Média do bloco	Desvio Padrão do bloco
10. Informações para trabalhar com o PEP	3,66	1,07	3,42	1,23
11. Dificuldades em trabalhar com o PEP mesmo com treinamento	2,76	1,27		
12. A rede oferece ferramentas suficientes para o uso do PEP	3,64	1,33		
13. Solução de dúvidas sobre o PEP	3,39	1,08		
14. Registro no prontuário físico de papel quando falta energia ou Internet	3,88	1,22		
15. Transferência das informações do prontuário físico para o PEP quando a energia ou a Internet retornam	3,57	1,37		
16. A internet (conectividade) suficiente para o processo de trabalho com o PEP	3,00	1,20		
17. Utilização do prontuário físico de papel para buscar históricos antigos do paciente	3,47	1,33		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A média das variáveis do Bloco C é 3,42, com desvio padrão de 1,23. Nas médias individuais, todas estão acima de 3,00, exceto uma (2,76).

A variável mais alta (3,88) deste bloco é o registro no prontuário físico de papel quando falta energia elétrica ou internet. Em Souza (2017), essa variável obteve resultado um pouco mais baixo (3,61). No presente estudo, a falta de conectividade ou de energia elétrica faz com que a maioria dos respondentes (38,1% + 37,2%) faça seus registros no prontuário físico. A conectividade (Internet) é imprescindível para o uso do PEP. Sabe-se que nem sempre é possível contar com

ela, principalmente em alguns locais onde o sinal não é dos melhores. Estudos similares apontam para os mesmos resultados obtidos nesta pesquisa (SOUZA, 2017; RAGO, 2016; CARNEIRO, 2016).

Já a variável “dificuldades em trabalhar com o PEP”, mesmo com treinamento, apresenta a média mais baixa (2,76). As percepções se dividem: 39,5% admitem, total ou parcialmente, que têm dificuldade em trabalhar com o PEP, mesmo após ter recebido treinamento; de outro lado, 51,6% não têm dificuldade; 10,7% são neutros.

Ressalta-se que, na variável “informações para trabalhar com o PEP, 71,7%, dos respondentes concordaram, em algum grau, ter recebido instruções de como trabalhar com o PEP. Nesta variável, a média ficou em 3,66, com desvio padrão de 1,07. O fato de a maioria ter recebido instruções é um dado positivo. Em estudos similares (COSTA, PORTELA, 2018; SOUZA, 2017; RAGO, 2016; CARNEIRO, 2016), também se constatou que nem todos os profissionais receberam informações para trabalhar com o PEP, o que não impede que os usuários consigam suprir suas dúvidas sobre o PEP.

O Quadro 15 mostra a estrutura oferecida para o funcionamento do PEP.

Quadro 15 – Síntese do Bloco C: estrutura para o PEP

Aspectos positivos	Houve instruções para funcionamento do PEP. Registro posterior caso haja falta de conectividade.
Aspectos negativos	Nem todos receberam treinamento. Dificuldades, mesmo com informações recebidas.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na percepção dos respondentes sobre a estrutura oferecida para funcionamento do PEP, houve instruções para funcionamento do PEP, o que não impede o surgimento de dificuldades na prática.

4.3.4 Bloco D: ações executadas por meio do PEP

O Quadro 12 apresenta a média de cada variável e o respectivo desvio padrão, a média e o desvio padrão do Bloco D do instrumento de coleta de dados, cujo objetivo foi identificar as ações mais executadas por meio do PEP nos municípios da 8ª CRS-RS.

Quadro 16 – Ações executadas por meio do PEP

Ações executadas por meio do PEP	Média da variável	Desvio padrão da variável	Média do bloco	Desvio Padrão do bloco
18. Descrição da Anamnese	3,82	1,31	3,56	1,40
19. Prescrição de medicamentos	3,30	1,49		
20. Descrição da evolução do paciente	4,11	1,22		
21. Solicitação de exames	3,36	1,53		
22. Criação e emissão de laudos	2,87	1,53		
23. Registro de atividades coletivas	3,83	1,41		
24. Consulta de atendimentos anteriores	3,62	1,34		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As variáveis constantes desse bloco foram baseadas em documento da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) em trabalho conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM). As duas entidades definiram os requisitos mínimos de um sistema de registro eletrônico de saúde: anamnese, prescrição de medicamentos, evolução do paciente, solicitação de exames, criação e emissão de laudos, sumário de alta e consulta a atendimentos anteriores do paciente (RAGO, 2016). O PEP deve conter informações, sinais e imagens registradas, geradas de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada (CFM, 2002). Assim, o sistema permite o registro de todas as ações relativas ao atendimento de saúde dos pacientes.

A média geral das variáveis do Bloco D é 3,56 e o desvio padrão verificado em todo o bloco é de 1,40.

As variáveis com médias mais altas estão relacionadas à descrição da evolução do paciente (4,11), ao registro de atividades coletivas (3,83) e à descrição da anamnese (3,82).

Das sete ações propostas para avaliação dos respondentes, a média mais alta (4,11) refere-se à descrição da evolução do paciente. Conforme posicionamento, 53,9% dos respondentes “sempre” usam o PEP para descrever a evolução do paciente; 21,2%, “muitas vezes”; 13,4%, “às vezes”; 4,6%, “raramente”; e 6,9%, “nunca”. Esta variável também apresenta o menor desvio padrão (1,22).

A média mais baixa das variáveis se refere à criação e emissão de laudos. Isso se deve à pouca utilização dos registros eletrônicos para a emissão dos laudos. Somadas as respostas “nunca” (30,7%) e “raramente” (12,1%), tem-se um percentual de 42,8% de respondentes. Apenas, 21,86% “sempre” utilizam o PEP para a ação em questão. Entende-se que a ação proposta pode ser executada apenas por 30,3% dos respondentes (médicos, dentistas e nutricionistas); neste sentido, os resultados são coerentes.

O Quadro 17 sintetiza as ações executadas pelos respondentes por meio do PEP.

Quadro 17 – Síntese do Bloco D: ações executadas por meio do PEP

Ações mais (sempre) executadas por meio do PEP, em ordem decrescente.	Descrição da evolução do paciente
	Registro de atividades coletivas
	Descrição da anamnese
	Solicitação de exames
	Consulta de atendimentos anteriores
Ações menos (nunca) executadas por meio do PEP, em ordem decrescente.	Criação e emissão de laudos
	Prescrição de medicamentos
	Solicitação de exames
	Registro de atividades coletivas e consulta de atendimentos anteriores
	Descrição da anamnese

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As ações que “sempre” são mais executadas através do PEP, em ordem decrescente, de acordo com resultado da pesquisa, são: 1) descrição da evolução do paciente; 2) registro de atividades coletivas; 3) descrição da anamnese; 4)

solicitação de exames; 5) consulta de atendimentos anteriores; 6) prescrição de medicamentos; 7) criação e emissão de laudos (Quadro 17).

Em oposição, as principais ações que “nunca” são executadas através do PEP, também em ordem decrescente: 1) criação e emissão de laudos; 2) prescrição de medicamentos; 3) solicitação de exames; 4) registro de atividades coletivas e consulta de atendimentos anteriores; 5) descrição da anamnese (Quadro 17).

4.3.5 Bloco E: dificuldades encontradas durante o uso do PEP

O Quadro 13 apresenta a média e o desvio padrão de cada variável das questões que compõem o Bloco E do instrumento de coleta de dados, assim como a média geral e o desvio padrão geral do bloco. O objetivo desse bloco foi identificar as dificuldades encontradas durante o uso do PEP nos municípios da 8ª CRS-RS e os aspectos que impedem sua adoção imediata ou que ainda restringem seu uso.

Quadro 18 – Dificuldades encontradas no uso do PEP

Dificuldades no uso do PEP	Média da variável	Desvio padrão da variável	Média do bloco	Desvio Padrão do bloco
25. Cadastros dos pacientes incompletos	3,28	1,21	3,02	1,13
26. Excesso de campos para preenchimento	2,94	1,19		
27. Terminologia médica incorreta, inadequada ou inconsistente.	2,65	0,99		
28. Falta de testes-piloto antes da implantação definitiva.	3,45	1,07		
29. Sistema lento para digitação e/ou consulta às informações.	2,99	1,15		
30. Treinamento insuficiente	3,37	1,16		
31. Falha na adequação do sistema à cultura organizacional	3,27	1,11		
32. Gestão de TI insuficiente	3,20	1,08		
33. Falta de apoio de colegas usuários do PEP	2,50	1,08		
34. Necessidade de maior tempo para atendimento	3,19	1,23		
35. Sistema instável	3,01	1,13		
36. Sistema inseguro	2,38	1,10		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A média das variáveis do Bloco E é de 3,02 e o desvio padrão de 1,13. A variável “Falta de testes-piloto antes da implantação” obteve a maior média (3,45), com desvio padrão 1,07. Conforme os dados, 53,7% dos respondentes concordam que faltaram testes-piloto antes da implantação definitiva do PEP. O resultado sugere que o uso da nova tecnologia não foi assimilada de imediato. Corrobora com esse resultado a variável “treinamento insuficiente”, com a segunda maior média (3,37), com desvio padrão de 1,16.

A variável “sistema inseguro (qualquer usuário pode ver as informações sobre o paciente)” obteve a média mais baixa (2,38). Como 66% dos respondentes discordaram da assertiva, este percentual sugere que a maioria considera o sistema seguro.

O menor desvio padrão (0,99) do Bloco E se refere à variável terminologia médica incorreta, inadequada ou inconsistente. Os respondentes discordam da assertiva, totalmente ou não, ou são indiferentes, somando 85,1%. Apenas 16,7% concordam ou concordam totalmente com a afirmativa. O resultado sugere que a terminologia médica do PEP está correta, é adequada e consistente no sistema para a maioria dos respondentes.

Concordaram com a assertiva de que o treinamento foi insuficiente 53,5% dos respondentes. É necessário levar em consideração que os profissionais há mais tempo formados não tiveram uma disciplina que os capacitasse para o uso da tecnologia no exercício da profissão (RAGO, 2016).

Em resumo, as dificuldades mais significativas encontradas pelos respondentes, em maior ou menor grau, durante o uso do PEP, em ordem decrescente, são:

- 1) cadastros incompletos dos pacientes (54%);
- 2) falta de teste-piloto antes da implantação definitiva do PEP (53,7%);
- 3) treinamento insuficiente (53,5%);
- 4) necessidade de maior tempo para atendimento (49,8%);
- 5) falta de adequação do sistema à cultura organizacional (46%);
- 6) gestão de TI insuficiente (42,8%);
- 7) lentidão do sistema (39,5%);
- 8) instabilidade do sistema (39,1%).

Esses problemas também foram encontrados em pesquisas similares (SOUSA, 2017; RAGO, 2016; CANÊO e RONDINA, 2014). Rago (2016, p.74), por

exemplo, relaciona como principais dificuldades em ordem decrescente: lentidão para digitação e/ou consulta de informações; instabilidade do sistema; falta ou insuficiência de treinamento; cadastros incompletos; necessidade de maior tempo para atendimento. Esta última dificuldade é mais relatada por usuários com mais tempo de serviço e, portanto, mais velhos e pouca familiaridade com a informática (RAGO, 2016; COSTA; PORTELA, 2018).

A queixa quanto à lentidão e ao aumento de tempo de atendimento podem ser considerados como problemas nos primeiros tempos de funcionamento; portanto, deixariam de ser problemas no futuro, uma vez que os profissionais vão paulatinamente se familiarizando com o sistema (CANÊO e RONDINA, 2014).

Pinto (2006) aponta, entre outras desvantagens na implantação do PEP, a necessidade de treinamento de pessoal e de manutenção. A segurança dos dados também é questionada por entrevistados em outras pesquisas (PINTO, 2006; COSTA; PORTELA, 2018), preocupação que não se verificou na presente pesquisa.

No Quadro 19, apresentam-se as dificuldades mais significativas encontradas pelos respondentes no uso do PEP.

Quadro 19 – Síntese do Bloco E: maiores dificuldades no uso do PEP

Dificuldades encontradas no uso do PEP	%
Cadastros incompletos dos pacientes	54,0
Falta de teste-piloto antes da implantação definitiva do PEP	53,7
Treinamento insuficiente	53,5
Necessidade de maior tempo para atendimento	49,8
Falta de adequação do sistema à cultura organizacional	46,0
Gestão de TI insuficiente	42,8
Lentidão do sistema	39,5
Instabilidade do sistema (39,1%).	39,1

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As dificuldades podem ser divididas em duas etapas: pré-implantação (falta ou insuficiência de treinamento, cadastros incompletos, falta de testes-piloto antes da implantação, falta de adequação do sistema à cultura organizacional, gestão de TI ineficiente) e pós-implantação (instabilidade do sistema, usabilidade, segurança). A falta de apoio/suporte de colegas médicos pode estar nas duas etapas (RAGO, 2016).

4.3.6 Bloco F: benefícios do PEP

O Quadro 20 apresenta a média e o desvio padrão de cada variável das questões que compõem o Bloco F do instrumento de coleta de dados, assim como sua média geral e o desvio padrão geral. O objetivo desse bloco foi a identificação dos benefícios percebidos pelos respondentes com o uso do PEP nos municípios da 8ª CRS-RS.

Quadro 20 – Benefícios do PEP

Benefícios do PEP	Média da variável	Desvio padrão da variável	Média do bloco	Desvio Padrão do bloco
37. Facilita o acesso às informações por vários profissionais simultaneamente.	3,99	0,89	3,68	0,93
38. As informações contidas nos registros clínicos possuem maior legibilidade.	3,95	0,87		
39. Apresenta maior consistência entre os dados.	3,64	0,90		
40. Disponibiliza recursos de apoio à decisão clínica.	3,49	0,94		
41. Apresenta confidencialidade das informações nos registros clínicos.	3,54	1,01		
42. Proporciona assistência à pesquisa clínica e ensino.	3,45	0,96		
43. Permite acesso remoto às informações do prontuário.	3,68	0,99		
44. Facilita a integração com resultados de exames laboratoriais e de outros sistemas	3,48	1,06		
45. Permite emissão de alertas a médicos e demais profissionais.	3,59	1,04		
46. Qualifica o atendimento ao paciente	3,87	0,89		
47. Maior tempo para atendimento	3,58	1,17		
48. Acesso ao histórico do paciente realizado na rede.	3,98	0,90		
49. Informações solicitadas no preenchimento do PEP contemplam todas as necessidades do atendimento.	3,38	1,00		
50. Otimização do esforço e do tempo dispendido	3,96	0,74		
51. Maior qualidade do atendimento	3,91	0,84		
52. Melhor avaliação dos problemas do paciente	3,80	0,87		
53. Busca de informações específicas do paciente	3,80	0,86		
54. Rastreamento de resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo	3,69	0,90		
55. Obtenção dos resultados de nova investigação	3,60	0,89		
56. Produção de relatório específico sobre o paciente	3,74	0,86		
57. Encaminhamento do paciente para Especialista	3,40	1,09		
58. Relatórios necessários sobre o paciente	3,49	0,95		
59. Fornecimento de informações atualizadas	3,69	0,90		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A média geral das variáveis do Bloco F é 3,68 e o desvio padrão verificado em todo o bloco é de 0,93.

As maiores médias das variáveis se referem ao PEP como sistema facilitador no acesso às informações por vários profissionais simultaneamente (3,99) e ao acesso do histórico do paciente realizado na rede (3,98). As duas variáveis estão interligadas e são resultantes da tecnologia, ou seja, disponibilização *online* das informações sobre os pacientes. Quanto à primeira variável, Souza (2017) encontrou a média 3,76 e desvio padrão de 1,06. Assim, o PEP atinge um dos seus objetivos, que é o de disponibilizar em rede o histórico do paciente. Na presente pesquisa, 54,0% dos respondentes concordam com a assertiva de que, por meio do PEP, conseguem ter acesso ao histórico do paciente disponibilizado em rede, e 26,5% concordam totalmente, somando 80,5%. Em Souza (2017), a concordância foi de 79,2%.

A menor média (3,38) corresponde às informações solicitadas no preenchimento do PEP, que devem/deveriam contemplar todas as necessidades do atendimento. Em sua pesquisa, Souza (2017) encontrou a média de 3,46 para essa mesma variável.

Conforme Pinto (2006), o PEP possui várias vantagens: redução de tempo e custo de atendimento, compartilhamento das informações entre postos de atendimento, legibilidade das informações, entre outras. Essas vantagens foram confirmadas na presente pesquisa, pois, em todos os 27 benefícios do PEP (Questões de 37 a 59), a maioria dos respondentes simplesmente concordou ou concordou totalmente a respeito deles.

Ressalta-se que a adoção do PEP pode tornar o atendimento mais rápido como também retardar. Por um lado, aumenta a carga de trabalho dos profissionais com o preenchimento de dados; porém, feito isso, ganha-se tempo, pois as informações já estão disponíveis (COSTA; PORTELA, 2018).

A variável 42 apresentou o menor número de concordância (35,8%) e a maior indiferença (39,1%), relativa ao fato de o PEP proporcionar possibilidade de assistência à pesquisa clínica e ao ensino. Infere-se que a maior parte da população da amostra não está interessada por esse viés dos registros contidos no PEP. Souza (2017) assinala que os dados contidos nos PEP, além de outras vantagens, são importantes em pesquisas acadêmicas.

Entre os respondentes, há uma significativa concordância (simples 54% + total 21,4%), de 75,4%, quanto ao PEP qualificar o atendimento aos pacientes. O estudo de Souza (2017) mostrou um percentual ainda mais alto de concordância (89,2%).

Percebe-se uma opinião a ser construída em relação à variável tempo de atendimento com o uso do PEP. Entre os respondentes, 49,8% concordam que o tempo de atendimento aumentou com o PEP, o que talvez possa ser explicado pela pouca familiarização com o sistema. Em Souza (2017), 49,3% concordaram que o tempo aumentou. Conforme Costa e Portela (2018), a utilidade percebida pelo uso do recurso tecnológico pode estar associada aos possíveis impactos diretos na rotina de trabalho dos profissionais.

Na otimização do esforço e do tempo dispendido por utilizar o PEP, a média desta variável ficou em 3,96, com desvio padrão de 0,74, com concordância simples e total por parte de 82,8% dos entrevistados.

A variável maior qualidade do atendimento alcançou um significativo percentual de aprovação, com 75,4%, com média de 3,91 e 0,84 de desvio padrão.

Somados os graus de concordância simples e total, expressos em percentuais, os maiores benefícios apontados pelos respondentes desta pesquisa, em ordem decrescente, são:

1. Otimização do esforço e do tempo ao utilizar o PEP (82,8%);
2. Acesso ao histórico do paciente realizado na rede (80,46%);
3. Acesso às informações por vários profissionais simultaneamente (80,46%);
4. Maior legibilidade das informações dos registros clínicos (77,2%);
5. Busca de informações específicas sobre o paciente (75,81%);
6. Melhor atendimento ao paciente (75,34%);
7. Qualidade do trabalho é melhor com o PEP (75,34%);
8. Melhor avaliação dos problemas do paciente (73,48%);
9. Produção de relatório específico sobre o paciente (68,37%);
10. Rastreamento de resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo (66,97%);
11. Fornecimento de informações atualizadas (66,97%);
12. Acesso remoto às informações do prontuário (66,51%);
13. Maior consistência sobre os dados (61,86%);

14. Emissão de alerta a outros profissionais (61,39%);
15. Confidencialidade das informações nos registros clínicos (58,6%);
16. Obtenção de resultados sobre nova investigação (58,6%);
17. Facilidade na integração com resultados de exames laboratoriais e de outros sistemas (57,2%);
18. Informações solicitadas no preenchimento do PEP contemplam todas as necessidades do atendimento (55,81%);
19. Fornecimento de relatórios específicos (55,81%);
20. Encaminhamento do paciente para Especialista (53,02%);
21. Disponibilização de recursos de apoio à decisão clínica (51,16%);
22. Maior tempo de atendimento para o profissional (49,8%);
23. Assistência à pesquisa clínica e ensino (48,83%).

Os resultados desta pesquisa confirmam em maior ou menor grau os benefícios relatados em estudos de outros autores (SOUZA, 2017; CARNEIRO, 2016; RAGO, 2016; CANÊO & RONDINA, 2014; COSTA & PORTELA, 2018) e entidades (BRASIL, 2017b; CNM, 2017; CFM, 2002, 2012).

Entre os benefícios proporcionados aos profissionais pelo PEP, o Quadro 21 apresenta os principais percebidos pelos respondentes da pesquisa, num total de oito.

Quadro 21 – Síntese do Bloco F: maiores benefícios

Maiores benefícios encontrados no uso do PEP	%
Otimização do esforço e do tempo ao utilizar o PEP	82,8
Acesso ao histórico do paciente realizado na rede	80,5
Acesso às informações por vários profissionais simultaneamente	80,5
Maior legibilidade das informações dos registros clínicos	77,2
Busca de informações específicas sobre o paciente	75,8
Melhor atendimento ao paciente	75,3
Qualidade do trabalho é melhor com o PEP	75,3
Melhor avaliação dos problemas do paciente	73,5

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Assim, constata-se que o uso das TICs, pelo Ministério da Saúde, com a implantação do PEP pelo SUS, está atingindo o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência prestada ao paciente e a diminuição de custos (TIAGO, 2018; BRASIL, MS, 2017; CNM, 2016).

4.4 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Com o objetivo de investigar a percepção dos profissionais do SUS nas UBSs dos municípios que compõem a 8ª CRS-RS sobre a implantação do PEP, foram realizados testes de análise fatorial exploratória em relação aos dados coletados antes da análise das variáveis propriamente ditas. Nesta análise, foram incluídas as questões pertencentes aos blocos B (processo de implantação do PEP), C (estrutura oferecida), E (dificuldades encontradas durante o uso do PEP), e F (benefícios do PEP), visto que possuem a mesma escala, totalizando 50 questões. Foram invertidas as questões 4 e 9 (bloco B), 11 (bloco C), 25 a 36 (todas as questões do bloco E) e 47 (bloco F), de forma a manterem o mesmo sentido de análise.

Conforme exposto no capítulo 3 (Metodologia), inicialmente foram feitos os testes KMO e de Esfericidade de Bartlett. No teste KMO, os valores considerados satisfatórios são próximos a 1,0 e inaceitáveis os que estiverem abaixo de 0,5 (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Neste sentido, os valores de KMO devem ser iguais ou maiores a 0,6 para que a correlação seja explicada entre as variáveis (LATIF, 1994). Do mesmo modo, o teste de Bartlett é usado para verificar a hipótese da não correlação entre as variáveis (MALHOTRA, 2012).

Na sequência, foi realizado o teste para verificação das comunalidades, no qual o valor deve ser maior que 0,5 (LATIF, 1994). Por fim, foi utilizado o teste de confiabilidade *Alpha* de *Cronbach*, cujos coeficientes vão de 0 a 1. Valores superiores a 0,6 indicam confiabilidade satisfatória (HAIR et al., 2009).

Dentre as 50 variáveis consideradas na análise, 29 foram excluídas por não atenderem ao critério de comunalidade superior a 0,5. Portanto, as variáveis 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49 e 57 foram excluídas da análise.

Em relação aos testes KMO e Bartlett, o resultado do teste KMO foi igual a 0,866 e o teste de esfericidade de Bartlett apresentou significância de 0,000, o que

garante que a análise fatorial é apropriada e se ajusta aos dados. Quanto ao teste de confiabilidade *Alpha* de *Cronbach*, o valor obtido foi de 0,879, indicando a confiabilidade da análise.

A Tabela 1 indica a variância total explicada pelos fatores gerados, com autovalores maiores do que 1.

Tabela 1 – Variância total explicada

Fator	Variância Explicada		
	Autovalor	% de variância	% cumulativa
1	7,164	34,112	34,112
2	2,559	12,185	46,297
3	1,803	8,584	54,881
4	1,730	8,240	63,121
5	1,112	5,296	68,416

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A Tabela 1 apresenta que os cinco fatores gerados explicam, em conjunto, 68,416% da variância total dos dados, tendo sido excluídos outros 16 fatores que alcançaram autovalores inferiores ou iguais a 1. Destaca-se que o primeiro fator gerado explica 34,11% da variância total dos dados.

Na Tabela 2, são apresentadas as cargas fatoriais para cada um dos cinco fatores, bem como as variáveis de cada fator.

Tabela 2 – Carga fatorial dos fatores e respectivas variáveis

Variáveis	Fatores				
	1	2	3	4	5
Q55. Com o PEP consigo obter os resultados de nova investigação.	,867				
Q54. Com o PEP consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo.	,820				
Q58. O sistema do PEP me fornece relatórios de que preciso.	,727				
Q53. Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes.	,692				
Q56. Com o PEP consigo produzir relatório específico sobre um paciente.	,679				
Q59. O sistema do PEP me oferece informações atualizadas.	,636				
Q48. Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.	,551				
Q50. Vale a pena o esforço e o tempo para utilizar o PEP.		,844			
Q51. A qualidade do nosso trabalho é melhor com o PEP.		,799			
Q46. O PEP qualifica o atendimento ao paciente.		,752			

(continua)

Tabela 2 – Carga fatorial dos fatores e respectivas variáveis

Variáveis	Fatores				
	1	2	3	4	5
Q52. Com o PEP é possível uma melhor avaliação dos problemas do paciente.		,740			
Q8. Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS.			,820		
Q5. Houve comunicação suficiente sobre a implantação.			,791		
Q7. Houve facilidade na implantação para o público interno.			,780		
Q6. Houve apresentação/conhecimento do sistema antes da Implantação.			,728		
Q32INV. A gestão de TI é insuficiente, quando necessita suporte.				,815	
Q31INV. Faltou adequação do sistema à cultura organizacional.				,791	
Q30INV. O treinamento foi insuficiente.				,781	
Q28INV. Faltaram testes-piloto antes da implantação definitiva.				,581	
Q47INV. O tempo de atendimento aumenta com o PEP.					,858
Q34INV. Há necessidade de maior tempo para atendimento.					,778

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com base nessa análise, e considerando-se que cada fator resulta da combinação linear das variáveis originais, como proposto por Hair Junior *et al.* (2009), pois há relação latente entre essas variáveis, o passo subsequente é nomear os fatores, isto é, designar alguma característica que as variáveis possuam em comum e que explicitem no modelo, necessitando que tenham relação lógica e os fatores sejam teoricamente significativos.

A partir dessas premissas, são apresentados um a um os fatores, com as respectivas variáveis. Complementarmente, é feita a discussão de cada fator.

O **Fator 1** foi designado **Utilidade da Tecnologia**, pois suas variáveis evidenciam aspectos pertinentes àquilo que o PEP proporciona ao usuário, que são:

53. Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes.
54. Com o PEP consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo.
55. Com o PEP consigo obter os resultados de nova investigação.
56. Com o PEP consigo produzir relatório específico sobre um paciente.
58. O sistema do PEP me fornece relatórios de que preciso.
59. O sistema do PEP me oferece informações atualizadas.
48. Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.

Castells (2005) previu o surgimento de um novo paradigma tecnológico, com base na tecnologia da informação. Aplicada à área da Saúde, esta alcançou um novo paradigma, representado pela implantação do PEP. A Resolução CFM nº 1.638/2002 apontou várias considerações vantajosas para a sistematização do PEP (CFM, 2002).

A relação da tecnologia com a medicina foi intensa nas últimas décadas, tendo um papel fundamental na agilização de diagnósticos e procedimentos diversos. A tecnologia da informação, com a velocidade de informações e disseminação dos conhecimentos da área de saúde, assume um papel relevante no armazenamento, compartilhamento e transferência de conhecimento entre os profissionais de saúde. (MOURÃO; NEVES, 2007).

O **Fator 2**, designado como **Benefícios dessa Tecnologia**, é composto por quatro variáveis que mostram os benefícios da tecnologia no atendimento dos pacientes. As variáveis que integram o Fator 2 são as seguintes:

- 50. Vale a pena o esforço e o tempo para utilizar o PEP.
- 51. A qualidade do nosso trabalho é melhor com o PEP.
- 52. Com o PEP é possível uma melhor avaliação dos problemas do paciente.
- 46. O PEP qualifica o atendimento ao paciente.

O segundo fator congrega os principais benefícios do uso do PEP. Na variável 50, a média apurada foi 3,96, com desvio padrão de 0,74. Estes resultados sugerem que a maioria dos respondentes (82,8%) considera que vale a pena o esforço e o tempo dispendido ao utilizar o PEP. Na variável 51, a média foi 3,91, com desvio padrão de 0,84, valores correspondentes à percepção favorável de 75,34% dos respondentes. Já na variável 52, a média foi 3,80, com desvio padrão de 0,87. Por fim, a variável 46 apresentou a média 3,87 e desvio padrão de 0,89. Nas quatro variáveis a percepção dos respondentes é relativamente homogênea, pois o desvio padrão é similar, com exceção da primeira.

Castells (2005, p.44) afirma que “embora não determine a evolução histórica e a transformação social, a tecnologia incorpora a capacidade de transformação das sociedades, bem como o uso que as sociedades decidem dar ao seu potencial tecnológico”.

O sucesso da introdução da Tecnologia da Informação na área da saúde requer mudanças estratégicas de gestão e estrutura organizacional. Isso pressupõe

uma mudança da cultura organizacional para que os possíveis benefícios da tecnologia realmente sejam conquistados (MORTON, 1991 *apud* MOURÃO; NEVES, 2007).

O uso do PEP melhorou o gerenciamento de dados, tanto na gestão das instituições de saúde como na qualidade dos registros sobre o paciente e no apoio a decisões (LAU, 2014 *apud* SOUZA, 2017).

O **Fator 3** é composto por quatro variáveis e se denomina **facilitadores para a implantação da tecnologia**. São variáveis que evidenciam os procedimentos que facilitaram a implantação da tecnologia.

5. Houve comunicação suficiente sobre a implantação.
6. Houve apresentação/conhecimento do sistema antes da Implantação.
7. Houve facilidade na implantação para o público interno.
8. Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS.

O fator 3 congrega ações que facilitam a implantação do PEP. Na variável 5, obteve-se a média de 2,93, com desvio padrão de 1,18; na variável 6, média 2,97 e desvio padrão de 1,20; na variável 7, média 3,20 e desvio padrão de 1,08; na variável 8, média 3,29 e desvio padrão de 1,06. Os resultados nas variáveis 5 e 6 sugerem divergência na percepção dos respondentes em relação à suficiência de comunicação e conhecimento prévia sobre o PEP.

Conforme Costa e Portela (2018, p.8): “Se as pessoas identificam claramente a utilidade de uma intervenção e a possibilidade de que ela facilite o seu trabalho, é mais provável que a implantação seja bem-sucedida”. Daí a importância de haver uma preparação dos profissionais sobre a implantação de uma nova tecnologia.

O avanço da Tecnologia da Informação trouxe os recursos necessários para a implementação de prontuários eletrônicos eficazes, que permitem o acesso mais ágil, compartilhamento e acesso simultâneo de informações sobre os pacientes. (MOURÃO; NEVES, 2007).

O **Fator 4** denominado **limitadores na implantação da tecnologia**, pois esse grupo de variáveis evidencia as dificuldades encontradas na implantação da nova tecnologia. Integram o Fator 4 as seguintes variáveis:

30. O treinamento foi insuficiente.
31. Faltou adequação do sistema à cultura organizacional.
32. A gestão de TI é insuficiente, quando necessita suporte.
28. Faltaram testes-piloto antes da implantação definitiva.

O quarto fator indica ações que restringem a implantação do PEP na região pesquisada. Na variável 30, obteve-se a média de 3,37 e desvio padrão de 1,16; na variável 31, a média foi de 3,27 e o desvio padrão de 1,11; na variável 32, a média foi 3,20, com desvio padrão de 1,08; e a variável 28 apresentou a média 3,45, com desvio padrão de 1,07. Os médias e respectivos desvios padrões sugerem que a implantação do PEP enfrentou problemas relacionados a treinamento dos profissionais, de estratégia da implantação e suporte tecnológico.

Em parte, o sucesso ou fracasso na implantação do prontuários eletrônico está condicionado ao treinamento da equipe, bem como à sua participação nas diversas etapas que precedem a implantação do sistema (CANÊO; RONDINA, 2014).

Assim, a dificuldade não está na tecnologia, mas, sim, à forma de trabalho dos profissionais ou gestão organizacional. Os sistemas são integrados, mas os profissionais também devem estar para que se obtenha os benefícios proporcionados pelo PEP (MOURÃO; NEVES, 2007).

Ressalta-se que os Fatores 3 e 4 podem ser considerados como dois lados de uma mesma moeda, ou fatores visto de forma positiva e negativa. Contudo, no Fator 3 os desvios padrões são maiores, indicando maior discordância na percepção dos respondentes.

O **Fator 5**, designado como **limitações da tecnologia**, é composto por apenas duas variáveis que se apresentam como limitadoras ao uso da nova tecnologia. As duas variáveis são:

- 34. Há necessidade de maior tempo para atendimento.
- 47. O tempo de atendimento aumenta com o PEP.

As limitações detectadas no uso do PEP podem ser resumidas em uma só: maior tempo para atendimento. Na variável 34, percebida pelos respondentes como dificuldade, a média foi de 3,19, com desvio padrão de 1,23. Já na variável 47, percebida como benefício, a média foi de 3,58 e o desvio padrão de 1,17. Ressalta-se que a variável 34 foi apresentada no instrumento de coleta de dados (questionário) como uma “dificuldade”, enquanto a variável 47 está no bloco de “benefícios”.

Apesar de uma das vantagens atribuídas ao uso do PEP ser a redução do tempo de atendimento (PINTO, 2006), o fator 5 aponta esta mesma vantagem como uma limitação, ou seja, o PEP demanda maior tempo para o atendimento dos

pacientes. Aparentemente, é uma vantagem e uma desvantagem, dependendo do ponto de vista (COSTA; PORTELA, 2018).

Em seus estudos, Canêo e Rondina (2014) constataram a redução no tempo de atendimento e a facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros como vantagens proporcionadas pelo PEP e que o aumento no tempo de atendimento ocorreu apenas na fase inicial de implantação, sendo posteriormente normalizado.

A Tabela 3 contempla os cinco fatores com as respectivas variáveis e *Alpha* de *Cronbach*.

Tabela 3 – Variáveis e Alpha de Cronbach para cada um dos fatores

Fator	Variáveis	Alpha de Cronbach
1	55, 54, 58, 53, 56, 59, 48	0,889
2	50, 51, 46, 52	0,880
3	8, 5, 7, 6	0,819
4	32, 31, 30, 28	0,798
5	47, 34	0,630

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A partir da Tabela 3, percebe-se que todos os fatores alcançaram valores adequados para o *Alpha* de *Cronbach*, sendo superiores a 0,6.

Para os comparativos de grupos dos cinco fatores, foram aplicados os testes Kruskal-Wallis (KW), Wilcoxon-Mann-Whitney e *post hoc* Dunn.

Como destacam Hair Jr. *et al.* (2007), testes para comparação entre grupos podem ser utilizados a fim de verificar se entre eles há diferença. Orientando-se por essa premissa, após realizada a Análise Fatorial, procedeu-se ao Teste de Hipótese para se comparar os comportamentos entre os diferentes grupos, tendo como possíveis diferenças aquelas estratificações das variáveis de perfil, que são tratadas de acordo com cada um dos 5 fatores, apresentando-se os resultados cujas variáveis apresentem significância estatística. Assim, no Quadro 22, são apresentados os resultados relativos ao Fator 1, denominado “utilidade dessa tecnologia.”

Quadro 22 – Comparativo de grupos: Fator 1

Fator 1 – Utilidade dessa tecnologia				
Grupo da Variável	Variável	Hipótese Nula	Sig	Decisão
Local de Trabalho	54-Com o PEP, consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo.	A distribuição é a mesma entre os respondentes das diferentes categorias profissionais	0,031	Rejeita-se a Hipótese Nula
Município	48-Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.	A distribuição é a mesma entre os respondentes dos diferentes municípios	0,005	Rejeita-se a Hipótese Nula
	53-Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes.		0,043	Rejeita-se a Hipótese Nula
	54-Com o PEP consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo.		0,002	Rejeita-se a Hipótese Nula
Função	48-Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.	A distribuição é a mesma entre os respondentes das diferentes categorias profissionais	0,001	Rejeita-se a Hipótese Nula
Gênero	48-Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.	A distribuição é diferente entre os respondentes dos diferentes categorias de gênero	0,02	Rejeita-se a Hipótese Nula
	53-Com o PEP, consigo buscar informações específicas do paciente		0,016	Rejeita-se a Hipótese Nula
	58-O sistema do PEP me oferece relatórios de que preciso		0,03	Rejeita-se a Hipótese Nula
	56- Com o PEP, consigo produzir relatórios específico sobre um paciente		0,008	Rejeita-se a Hipótese Nula
Escolaridade	48- Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede	A distribuição é a mesma entre os respondentes dos diferentes categorias de grau de instrução	0,001	Rejeita-se a Hipótese Nula

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Como se evidencia no Quadro 22, quando se analisam os diferentes grupos de respondentes no que diz respeito ao grupo da variável “local de trabalho”, no Fator 1, a variável 54 “Com o PEP, consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo” apresenta significância. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que as categorias UBS e “Outros” são as que diferem, apresentando um p-valor 0,026. Este resultado sugere que os respondentes das UBS utilizam o PEP de maneira contínua, diária, com atendimentos individuais, devido à grande demanda de atendimento, enquanto os respondentes que desenvolvem atividades em “Outros”, como NAAB ou NASF, por exemplo, que são

núcleos de apoio na atenção básica em saúde, realizam atividades coletivas, não utilizando o PEP com tanta frequência.

A variável “Município”, quando utilizada para segregar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a três variáveis, no Fator 1, quais sejam: 48-“Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede”; 53-“Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes”; 54-“Com o PEP consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo”, ambas com valor inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que os respondentes das cidades de Caçapava do Sul e Cachoeira do Sul diferem em relação às questões 48 “Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede (p-valor 0,035) e 53 “Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes” (p-valor 0,025). Esse resultado sugere que no Município de Caçapava do Sul os respondentes usam mais o PEP do que os respondentes de Cachoeira do Sul, por terem implantado essa tecnologia (PEP) em maior número de Unidades no Município. Em relação à questão 54 “Com o PEP consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo”, verificou-se que os respondentes da cidade de Caçapava do Sul diferem dos respondentes das cidades de Cachoeira do Sul (p-valor 0,015), Arroio do Tigre (p-valor 0,043) e Estrela Velha (p-valor 0,004). Logo, sugere-se que a diferença pode ser explicada em razão de o Município de Caçapava do Sul ter uma extensão territorial, população e, conseqüentemente, um número maior de unidades de saúde e profissionais em relação aos demais Municípios.

A variável “Função”, no Fator 1, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação à variável 48 “Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede”, com valor inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, os respondentes da profissão Técnico em Enfermagem diferem dos respondentes das profissões Enfermeiro (p-valor 0,002) e Dentista (p-valor 0,033). Logo, percebe-se que os respondentes de curso técnico não têm acesso ao histórico do paciente, pois só lançam os atendimentos no sistema; já os dentistas e enfermeiros têm acesso aos históricos, visto que utilizam essa base de dados para determinadas condutas com os pacientes.

A variável “Gênero”, no Fator 1, quando utilizada para segregar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a quatro variáveis,

quais sejam: 48 “Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede”; 53 “Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes”; 56 “Com o PEP, consigo produzir relatório específico sobre um paciente”, 58 “O sistema do PEP me oferece relatórios de que preciso”, todas com valor inferior ao nível de significância de 0,05, demonstrando que homens e mulheres têm uma percepção diferente quanto à utilidade do PEP.

A variável “Escolaridade”, no Fator 1, quando utilizado para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação à variável 48 “Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede”; com valor inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que os respondentes com escolaridade Ensino Médio diferem dos respondentes das escolaridades Ensino Superior (p-valor 0,029) e Especialização ou MBA (p-valor 0,007). Logo, parece demonstrar que os respondentes de nível médio têm uma percepção diferente dos respondentes de nível superior, por não terem acesso às mesmas bases de dados e terem finalidades diferentes quanto à utilização da tecnologia (PEP).

Aplicados os testes Kruskal-Wallis (KW) e Wilcoxon-Mann-Whitney, as variáveis do fator 2 não apresentaram diferenças entre os grupos de respondentes.

No Quadro 23, são apresentados os resultados relativos ao Fator 3, denominado “Facilitadores na implantação da nova tecnologia”.

Quadro 23 – Comparativo de grupos: Fator 3

(continua)

Fator 3 – Facilitadores na implantação da nova tecnologia				
Grupo da Variável	Variável	Hipótese nula	Sig	Decisão
Município	5-Houve comunicação suficiente sobre a implantação	A distribuição é a mesma entre os respondentes dos diferentes Municípios	0,017	Rejeita-se a Hipótese Nula
	6-Houve apresentação/conhecimento do sistema antes da implantação		0,004	Rejeita-se a Hipótese Nula
	7-Houve facilidade na implantação para o público interno		0,03	Rejeita-se a Hipótese Nula

Quadro 23 – Comparativo de grupos: Fator 3

(conclusão)

Fator 3 – Facilitadores na implantação da nova tecnologia				
Grupo da Variável	Variável	Hipótese nula	Sig	Decisão
Função	8-Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS	A distribuição é a mesma entre os respondentes das diferentes categorias profissionais	0,04	Rejeita-se a Hipótese Nula
Escolaridade	5-Houve comunicação suficiente sobre a implantação	A distribuição é a mesma entre os respondentes dos diferentes categorias de grau de instrução	0,027	Rejeita-se a Hipótese Nula
	7-Houve facilidade na implantação para o público interno		0,047	Rejeita-se a Hipótese Nula
	8-Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS		0,001	Rejeita-se a Hipótese Nula

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A variável “Município”, quando utilizada para verificar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a três variáveis no Fator 3, quais sejam: 5 “Houve comunicação suficiente sobre a implantação”, 6 “Houve apresentação/conhecimento do sistema antes da implantação” e 7 “Houve facilidade na implantação para o público interno”, onde o p-valor foi inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que as cidades de Caçapava do Sul e Arroio do Tigre são as que diferem em relação às questões 5 (p-valor 0,032) com nível de confiança de 95% e 7 (p-valor 0,075) com nível de confiança de 90%. O resultado sugere que os respondentes de Municípios menores, como Arroio do Tigre, podem ter acesso mais fácil à comunicação ou aos mecanismos de implantação do que Municípios maiores, como Caçapava do Sul.

A variável “Função”, no Fator 3, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a variável 8 “Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS”, com valor inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, os respondentes da profissão farmacêutico diferem dos respondentes das profissões enfermeiro (p-valor 0,016) e médico (p-valor 0,031). Logo, observa-se que os respondentes farmacêuticos usam o PEP para prestar diferentes tipos de atendimentos aos usuários, com diferentes registros e frequências de algumas atividades, em relação aos dos profissionais médicos e enfermeiros.

Já a variável “Escolaridade”, no Fator 3, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a três variáveis, quais sejam: 5 “Houve comunicação suficiente sobre a implantação”, 7 “Houve facilidade na implantação para o público interno”, 8 “Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS”, ambos com valor inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que os respondentes das escolaridades Ensino Superior e Especialização ou MBA são as que diferem em relação à questão 5 (p-valor 0,053) com nível de confiança de 90%. Em relação à questão 8, os respondentes da escolaridade Especialização ou MBA diferem das escolaridades Ensino Médio (p-valor 0,031) e Curso Técnico (p-valor 0,016). Pode-se observar que os respondentes de nível superior têm percepção diferente dos respondentes de nível médio ou técnico em relação à facilidade na implantação da nova tecnologia, talvez pelo fato de que os de nível médio geralmente permanecem no mesmo local de trabalho, enquanto os de nível superior, por vezes, desenvolvem atividades em mais de uma unidade de saúde ou até mesmo em mais de um município.

No Quadro 24, são apresentados os resultados relativos ao Fator 4, denominado “Limitadores na implantação da nova tecnologia”.

Quadro 24 – Comparativo de grupos: Fator 4

Fator 4 – Limitadores na implantação da Tecnologia				
Grupo da Variável	Variável	Hipótese nula	Sig	Decisão
Local de Trabalho	32-A gestão de TI é insuficiente, quando necessita de suporte	A distribuição é a mesma entre os respondentes dos diferentes Municípios	0,017	Rejeita-se a Hipótese Nula
	28-Faltaram testes piloto antes da implantação definitiva		0,000	Rejeita-se a Hipótese Nula
	30-O treinamento foi insuficiente		0,000	Rejeita-se a Hipótese Nula
	31-Faltou adequação do sistema à cultura organizacional		0,000	Rejeita-se a Hipótese Nula
	32-A gestão de TI é insuficiente, quando necessita de suporte		0,001	Rejeita-se a Hipótese Nula
Gênero	28-Faltaram testes piloto antes da implantação definitiva	A distribuição é a mesma entre os respondentes de diferentes gêneros	0,006	Rejeita-se a Hipótese Nula
	32-A gestão de TI é insuficiente, quando necessita de suporte		0,039	Rejeita-se a Hipótese Nula

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A variável “Local de Trabalho”, no Fator 4, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação à variável 32 “A gestão de TI é insuficiente, quando necessita de suporte”, onde o p-valor foi inferior ao nível de significância de 0,05, rejeitando-se a hipótese nula. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que as categorias UBS e ESF são as que diferem em relação à questão 32 (p-valor 0,022). Logo, percebe-se que, em maior número, muitas unidades de ESF estão localizadas na zona rural dos Municípios, podendo dificultar, assim, a comunicação e agilidade no atendimento, e, conseqüentemente, quando necessita-se de suporte.

A variável “Município”, no Fator 4, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a quatro variáveis, quais sejam: 28 “Faltaram testes piloto antes da implantação definitiva”, 30 “O treinamento foi insuficiente”, 31 “Faltou adequação do sistema à cultura organizacional”, 32 “A gestão de TI é insuficiente, quando necessita de suporte”. Em todas o p-valor foi inferior ao nível de significância de 0,05, rejeitando-se a hipótese nula. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que a cidade de Estrela Velha diferiu das cidades de Sobradinho (p-valor 0,001), Passa Sete (p-valor 0,028), Cachoeira do Sul (p-valor 0,001) e Caçapava do Sul (p-valor 0,005) em relação à questão 28. Em relação à questão 30, verificou-se que a cidade Estrela Velha diferiu das cidades Sobradinho (p-valor 0,001), Caçapava do Sul (p-valor 0,00), Cachoeira do Sul (p-valor 0,003) e Arroio do Tigre (p-valor 0,033). Em relação à questão 31, verificou-se que a cidade Estrela Velha diferiu das cidades Passa Sete (p-valor 0,004), Novo Cabrais (p-valor 0,021), Caçapava do Sul (p-valor 0,00), Cachoeira do Sul (p-valor 0,002) e Arroio do Tigre (p-valor 0,024). Em relação à questão 32, verificou-se que a cidade Estrela Velha diferiu das cidades Sobradinho (p-valor 0,001), Novo Cabrais (p-valor 0,036) e Arroio do Tigre (p-valor 0,039). Logo, verifica-se que os respondentes do Município de Estrela Velha diferem dos demais, porque todos fazem uso da tecnologia (PEP), visto que está implantado em todas as unidades de saúde, enquanto os demais ainda não têm o PEP implantado em 100% das unidades.

A variável “Gênero”, no Fator 4, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação a duas variáveis, quais sejam: 28 “Faltaram testes piloto antes da implantação definitiva”, 32 “A gestão de TI é insuficiente, quando necessita de suporte”. Em ambas o p-valor foi inferior ao nível

de significância de 0,05, rejeitando-se a hipótese nula. Logo, observa-se que homens e mulheres diferem na percepção das dificuldades em relação à implantação do PEP.

No Quadro 25, são apresentados os resultados relativos ao Fator 5, denominado “Limitações da Tecnologia”.

Quadro 25 – Comparativo de grupos: Fator 5

Fator 5 – Limitações da Tecnologia				
Grupo da variável	Variável	Hipótese nula	Sig	Decisão
Município	34-Há necessidade de maior tempo de atendimento	A distribuição é a mesma entre os respondentes dos diferentes Municípios	0,011	Rejeita-se a Hipótese Nula

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A variável “Local de Trabalho”, no Fator 5, quando utilizada para analisar os diferentes grupos de respondentes, apresentou significância em relação à variável 34 “Há necessidade de maior tempo de atendimento”, onde a hipótese nula foi rejeitada com p-valor inferior ao nível de significância de 0,05. A partir do teste *post hoc* Dunn, verificou-se que a cidade Lagoa Bonita do Sul diferiu das cidades Novo Cabrais (p-valor 0,042) e Arroio do Tigre (p-valor 0,044). Logo, considera-se que os respondentes de Lagoa Bonita do Sul, que é um Município pequeno e consequentemente com menor número de pessoas nas unidades de saúde, podem dedicar maior tempo para atendimento a seus pacientes e uso do PEP, diferente dos demais, considerando-se população x profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi investigar a percepção dos profissionais do SUS a respeito da implantação do PEP nos municípios que compõem a 8ª CRS-RS. Para atingir este objetivo, fez-se um levantamento do uso do PEP nos municípios (segundo objetivo específico) por meio de um questionário, que também serviu para averiguar os aspectos que impedem a adoção imediata do PEP ou restringem seu uso (terceiro objetivo específico), bem como identificar os aspectos positivos e negativos percebidos pelos profissionais da amostra (quarto objetivo específico).

A investigação foi realizada em uma Coordenadoria Regional de Saúde, que compreende municípios significativamente diferenciados em termos de área territorial e tempo de criação. Isso implica em maior número de unidades de saúde para os maiores, com maior representatividade no conjunto. Por outro lado, os municípios com menor tempo de emancipação possuem, por vezes, estrutura física ainda inadequada, ou insuficiente, para o adequado funcionamento do PEP. Nas visitas para entrega dos questionários, verificou-se a falta de conectividade de internet e de computadores em todas as salas/consultórios de atendimento, principalmente nas unidades do interior dos municípios.

Percebeu-se que o tempo de funcionamento das unidades interfere nos resultados no sentido de que os profissionais ainda não estão plenamente habituados ao PEP, com cadastros dos usuários incompletos, o que apenas será satisfatório após alguns anos. Nas visitas aos estabelecimentos, observaram-se ainda resistência e dificuldade de compreender e usar o sistema, por parte de alguns profissionais com maior tempo de serviço.

O primeiro objetivo específico – caracterização do PEP – foi alcançado por meio de pesquisa bibliográfica. O PEP, no estágio atual das políticas públicas para a saúde no Brasil, é resultado de avanços tecnológicos na medicina, combinados com o avanço tecnológico de TICs. O PEP é um documento digital, com a identificação do paciente, doenças anteriores, histórico familiar, hábitos de vida, alergias, imunizações, medicamentos de que faz uso, exame clínico e outros de qualquer natureza, cirurgias, ficha anestésica, prognósticos, diagnósticos definitivos, tratamentos, tudo em ordem cronológica. Sua adoção no Brasil, assim como em

outros países, representa um novo paradigma na atenção básica à saúde. Na condição de novo paradigma, ainda está se consolidando nos municípios, que são os responsáveis imediatos pelo cuidado da saúde do cidadão.

A aplicação do questionário permitiu caracterizar os respondentes da pesquisa. Os percentuais mais elevados mostraram que 26,5% dos respondentes trabalha na instituição de 5 a 9 anos e 11 meses; 87% são estatutários; 37,7% possuem Especialização ou MBA; 82,32% são do sexo feminino; 41,4% são técnicos de enfermagem; 66% são profissionais de uma ESF.

Para o segundo objetivo específico, foram observados vários aspectos: tempo de uso e tipo de *software* utilizado no município; processo de implantação do PEP; estrutura oferecida; ações executadas pelo PEP. Constatou-se que: a) dos doze municípios da 8ª CRS-RS, um ainda não implantou o PEP; b) em 53% dos municípios, está em funcionamento há mais de dois anos, com predomínio do *software* oferecido pelo SUS; c) 90,23% dos profissionais aprovam a inclusão da nova tecnologia no sistema do SUS; d) 71,6% receberam informações sobre como trabalhar com o PEP; e) 54% usam o PEP para descrever a evolução do paciente.

Quanto ao terceiro objetivo específico, constatou-se que os aspectos que impedem a adoção imediata do PEP, ou restringem seu uso, referem-se aos cadastros incompletos dos pacientes e, apesar do treinamento, parcela significativa dos respondentes (39,5%) ainda tem dificuldade em trabalhar com o PEP. Infere-se que são dificuldades passageiras, conforme também se evidenciou noutro estudo (CANÊO; RONDINA, 2014), uma vez que os pacientes das unidades de saúde não são sempre os mesmos (cada paciente novo deve ser cadastrado) e que nem todos os profissionais fazem uso do PEP, pois como evidencia este estudo, às vezes, há resistência de alguns profissionais no uso do PEP.

O quarto objetivo, que se refere aos aspectos positivos e negativos do PEP, foi igualmente atingido em vista dos benefícios percebidos pelos respondentes e das dificuldades ainda presentes para o bom funcionamento do prontuário. Foram constatadas as seguintes dificuldades: falta ou insuficiência de treinamento; cadastros incompletos; falta de testes-piloto antes da implantação; falta de adequação do sistema à cultura organizacional; gestão de TI ineficiente; instabilidade do sistema; usabilidade; e, segurança. Entre os aspectos positivos do uso do PEP, destaca-se: o PEP facilita o acesso às informações do usuário do SUS por vários profissionais simultaneamente; o PEP permite acesso ao histórico do

paciente realizado na rede; a qualidade do trabalho é melhor com o PEP; e, as informações contidas nos registros clínicos possuem maior legibilidade. Destaca-se que 82,8% dos respondentes concordam que são válidos o esforço e o tempo para utilizar o PEP.

Foram realizados testes de análise fatorial exploratória em relação aos dados coletados. Desta análise, resultaram cinco fatores, que foram denominados: utilidade da tecnologia, benefícios dessa tecnologia, facilitadoras para a implantação da tecnologia, limitadores na implantação da tecnologia e limitações da tecnologia. Há relação entre as variáveis cada fator, todas com elevado grau de confiabilidade.

Como fatores limitadores desta pesquisa, aponta-se a não participação de todos os respondentes na implantação do PEP local. O estudo mostrou que, em maior ou menor grau, 45,9% dos profissionais participaram do processo em questão. Os respondentes que entraram na instituição após a implantação não tiveram participação, de modo que o resultado obtido não reflete necessariamente exclusão ou falta de transparência. Considera-se, também, outro fator limitador o número desigual de profissionais por categoria, não sendo possível generalizar os resultados.

Inovações tecnológicas aplicadas à área da saúde, como o PEP, acarretam mudança de paradigma na atenção básica dos usuários do SUS. Como paradigma novo, ainda está se consolidando, o que se pode inferir a partir dos resultados do estudo, discutidos com base no referencial teórico. Ainda na busca por fundamentação teórica, fez-se uma retrospectiva das políticas públicas brasileiras voltadas à saúde da população. A mudança significativa começa com o reconhecimento do direito de acesso universal à saúde, expresso pela Constituição Federal de 1988, ao mesmo tempo em que se cria o SUS. Após vinte anos da promulgação da CF de 1988, tornou-se obrigatório o uso do PEP em todo o território nacional. Assim, os municípios tornam-se os entes executores das ações do SUS e devem implementar o novo sistema de atendimento.

E quanto ao quinto e último objetivo específico, ou seja, sugestões de futuros estudos sobre o uso do PEP, sugere-se a realização de estudos com fatores delimitadores. Por exemplo, estudo comparativo entre UBSs ou ESFs de mesmo tempo de funcionamento. Ainda, há unidades nas quais nem todos os profissionais usam o PEP, situação que poderia ser comparada à de um município em que todos os profissionais usam o prontuário.

Outro aspecto observado nesta pesquisa foi a maior representatividade dos técnicos de enfermagem. Em consequência, suas atribuições podem distorcer os resultados em termos de tarefas executadas por meio do PEP. Sendo assim, sugere-se, também, uma pesquisa por categoria profissional na CRS estudada.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. de A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Disponível em < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>> Acesso em 10 jun.2018.

AGUIAR, M. Linha do Tempo: Saúde Pública no Brasil. 29/08/2016. Disponível em < <https://prezi.com/3wrxcfwrkz7z/linha-do-tempo-saude-publica-no-brasil/>> Acesso em: 9 jun.2018.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, v.3, n.2, jul/dez.2015, pp.12-42.

ALMEIDA, M. J. G. G. et al. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 40 (3), 2016, pp. 521-527.

ALMEIDA-FILHO, N. Os paradigmas da epidemiologia. In: ALMEIDA-FILHO (Org.). **A Clínica e a Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

Análise de componentes principais. Disponível em <<https://support.minitab.com/pt-br/minitab/18/help-and-how-to/modeling-statistics/multivariate/how-to/principal-components/interpret-the-results/key-results/>>. Acesso em: 10 mar.2019.

BEHRENS, M. A.; OLIARI, A. L. T. A evolução dos paradigmas na Educação: do pensamento científico tradicional a complexidade. **Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 7, n. 22, p. 53-66, set./dez. 2007. Disponível em <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/dialogo-1573.pdf>. Acesso em: 22 mar.2018.

BENDASSOLLI, P. F.; ANDRADE, J. E. B.; MALVEZZI, S. Paradigmas, eixos temáticos e tensões na PTO no Brasil. **Estudos de Psicologia**, 15(3), setembro-dezembro/2010, 281-289. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n3/a08v15n3>. Acesso em: 22 mar.2018.

BOEIRA, Sérgio Luís; KOSLOWSKI, Adilson Alciomar. Paradigma e disciplina nas perspectivas de Kuhn e Morin. **INTERthesis**, Florianópolis, v.6, n.1, p. 90-115, jan./jul. 2009. Disponível em <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/559/1/ParadigmaDisciplinaKuhnMorin.pdf>. Acesso em: 18 mar.2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em < <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em 01 jul.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Prontuário Eletrônico do Cidadão? 2017. Disponível em <

http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2300> Acesso em 28 mai.2018.

_____. Sistema Nacional de Saúde. 25.04.2017a. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/sctie/681-institucional/40029-sistema-nacional-de-saude>> Acesso em: 28 mai.2018.

_____. **Portaria nº 2.920**, de 31 de outubro de 2017b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html) > Acesso em 28 mai.2018.

_____. Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de Brasileiros. 2016. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/14/Prontu--rio-Eletr--nico.pdf>> Acesso em: 28 mai.2018.

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 007**, de 24 de novembro de 2016. Disponível em <http://www.lex.com.br/legis_27229430_RESOLUCAO_N_7_DE_24_DE_NOVEMBRO_DE_2016.aspx>. Acesso em 28 mai.2018.

_____. **Portaria nº 2.355**, de 10 de outubro de 2013a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html> Acesso em: 24 jun.2018.

_____. **Portaria nº 1.412**, de 10 de julho de 2013b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html> Acesso em: 28 mai.2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 27 mai.2018.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 23 jun.2018.

_____. **Portaria nº 2.226**, de 18 de setembro de 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2226_18_09_2009_rep.html Acesso em: 10 jun.2018.

_____. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Anexo NOAS-SUS 01/2001. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html> Acesso em: 10 jun.2018.

_____. Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas_2001/2143-31.htm> Acesso em: 10 jun.2018.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>.
Acesso em: 10 jun.2018.

CAMPAGNONI, Mariana et al. Transparência no Poder Legislativo Municipal: uma Análise dos Portais Eletrônicos das Câmaras de Vereadores das Capitais Brasileiras. **Revista Gestão Organizacional**, v. 9, n. 1, p. 21, 2016.

CAMBRIDGE DICTIONARY. English grammar today. Disponível em
<https://dictionary.cambridge.org/pt/gramatica/gramatica-britanica/politics-political-politician-or-policy> Acesso em 10 jun.2018.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **J. Health Inform.** 2014 Abril-Junho; 6(2): 67-71. Disponível em <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>> Acesso em: 28 mai.2018.

CARDOSO, R. B. et al. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. **J. Health Inform.**, v. 9, n. 1, 2017 Jan-mar. 25-30. Disponível em <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/429/302>> Acesso em: 08 jan.2019.

CARNEIRO, S. D. Prontuário Eletrônico do Paciente: Percepção de aceitação e facilidade de uso de profissionais da área da saúde. **FUMEC**, Projetos e Dissertações em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em <<http://www.fumec.br/revistas/sigc/article/view/3580/2014>> Acesso em: 08 jul.2018.

CARVALHO, G. A. B. A formação da agenda de políticas públicas no presidencialismo de coalizão. **Olhares Plurais** – Revista Eletrônica Multidisciplinar, Dossiê “Urbanidades, Sujeitos e Territórios”, n.16. v.1, 2017.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Vol. 1. 8.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASURIAGA, Ana et al. Auditoria do prontuário médico do paciente: uma ferramenta de avaliação da qualidade assistencial. Hospital Pediátrico Pereira Rossell. Archivos de Pediatría del Uruguay, v.89, n.4, Montevideo, ago. 2018. Disponível em http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492018000500242. Acesso em: 08 jan.2019.

COMIN, Diana *et al.* A Transparência Ativa nos Municípios de Santa Catarina: Avaliação do Índice de Atendimento à Lei de Acesso à Informação e suas Determinantes. **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, v. 15, n. 46, 2016.

CONDÉ, E. S. Diversidade em processo: as políticas públicas em perspectiva. **Teoria e Cultura**, n.1, v.1, 2006. Disponível em <
<https://teoriaecultura.ufjf.emnuvens.com.br/TeoriaeCultura/article/view/1555/1090>>
Acesso em: 23 mai.2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). Nota Técnica nº 13/2017. Brasília, 06 de março de 2017. Disponível em < http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/NT_13_2017_Prontuario-eletronico_PEP.pdf> Acesso em: 28 mai.2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638/2002**. Disponível em < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>> Acesso em: 25 mai.2018.

_____. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico. Disponível em < https://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf> Acesso em: 25 mai.2018.

_____. **Resolução nº. 1.331**, de 25 de setembro de 1989.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Método de Pesquisa em Administração**. 7.ed. Trad. De Luciana de Oliveira Rocha. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSTA, J. F. R.; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, 34 (1), fev.2018. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n1/e00187916/pt/>> Acesso em 16 jun.2018.

COSTA, J. S. *et al.* Prontuário Eletrônico do Paciente como ferramenta de gestão de consultórios médicos. **XIV Seminários de Administração**, out.2011. Disponível em < <http://sistema.semead.com.br/14semead/resultado/trabalhosPDF/558.pdf>> Acesso em 25 mai.2018.

DOSI, G. Technological paradigms and technological trajectories: a suggested interpretation of the determinants and directions of technical change. In: SICSÚ, A. B.; ROSENTHAL, D. Apresentando um texto paradigmático. **Revista Brasileira de Inovação**, v.5, n. 1, jan./jun. 2006. Disponível em < <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/8648922-26900-1-PB.pdf>> Acesso em: 29 mar.2018.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2006. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012> Acesso em 04 jun.2019.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, v.16, n.1, Campinas, Jun. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762010000100007. Acesso em 04 mai.2019.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte, n.1 (3): 107-127, set/dez.1986.

Field, A. **Descobrendo estatísticas usando o SPSS**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FUCK, M. P.; BONACELLI, M. B. A abordagem neo-shumpeteriana do processo de coevolução tecnológica e institucional. **Economia & Tecnologia**, Ano 05, v. 19, Outubro/Dezembro de 2009. Disponível em <<http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/revista/19%20Capa/Marcos%20Paulo%20Fuck%20-%20Maria%20Beatriz%20Bonacelli.pdf>>. Acesso em: 29 mar.2018.

FUMIS, R. R. L. *et al.* A equipe da UTI está satisfeita com o prontuário eletrônico do paciente? Um estudo transversal. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, 2014; 26(1):1-6.

GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63; mar./abr. 1995.

GUBA, E. G. **The paradigm dialog**. Londres: Sage Publications, 1999.

HAIR JR, J. F. *et al.* **Métodos de Pesquisa em Administração**. Trad. Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2007.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 12.ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

_____. **A tensão essencial**: estudos selecionados sobre tradição e mudança científica. Tradução Marcelo Amaral Penna-Forte. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

IBGE. Estimativas da população. 29.08.2018. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>> Acesso em: 11 jun.2019.

LATIF, S. A. A análise fatorial ajudando a resolução de um problema real de pesquisa de marketing. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, 00(0), p. 1-10, 1994.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MALHOTRA, N. **Uma orientação aplicada**. 6.ed. São Paulo: Bookmann, 2011.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MATTAR, F. **Pesquisa de Marketing: metodologia e planejamento**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MELLO, G. A. Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.24, n.2, abr./jun.2017, p.499-517.

MENDONÇA, A. L. O. O legado de Thomas Kuhn após cinquenta anos. **Scientiae Studia**, São Paulo, v.10, n.3, 2012, p.535-60. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ss/v10n3/06.pdf>. Acesso em: 24 mar.2018.

MORIN, E. **O método IV**. As ideias: sua natureza, vida, habitat e organização. Lisboa: Europa-América, 1991.

MOURÃO, A. D., NEVES, J. T. R. **Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**. Faculdade Cenecista de Varginha – FACECA, 2007. Disponível em: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos07/56_SEGET.pdf Acesso em 26 jul.2019.

MOYA, V. S. **Prontuário Do Paciente: “tempo de guarda”**. Dezembro 2012. Disponível em < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/reunioes/prontuario_guarda_vanderlei_moya.pdf> Acesso em 24 mar.2018.

PAULUS JR, A.; GORDONI JR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, dez.2006, p.13-19. Disponível em <http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf> Acesso em 08 mai.2018.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de Dados Para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PINHO, J. A. G.; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability, já podemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n.6, p.1343-1368, 2009.

PINTO, V. B. Prontuário Eletrônico do Paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da Saúde. **R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n.21, pp.34-48, 2006. Disponível em < <http://www.hmtj.org.br/arquivos.hmtj/prontuario.pdf>> Acesso em: 01 mai.2018.

PRADO, P. Tecnologia a serviço do sistema público de saúde. Conexões – Agência de notícias, 16/02/2018. Disponível em < http://www.agenciaconexoes.org/single-post/2018/02/16/Tecnologia-%C3%A0-servi%C3%A7o-do-sistema-p%C3%ABlica-de-sa%C3%BAde?fb_comment_id=1446568902079758_1598946276842019>. Acesso em: 16 jun.2018.

RAGO, C. A. P. Fatores influenciadores do uso do Prontuário Eletrônico Do Paciente: Análise Da Percepção dos profissionais médicos na Santa Casa De Misericórdia De Santos. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Gestão e Informática em Saúde, 2016. Disponível em < <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41556/Cesar%20Augusto%20Pascali%20Rago.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 08 jul.2018.

RIO GRANDE DO SUL/SS. 8ª CRS (Cachoeira do Sul). Disponível em < <http://www.saude.rs.gov.br/8-crs-cachoeira-do-sul>> Acesso 01 mai.2018.

RONDINA, J. M. et al. Prontuário eletrônico do paciente: comparação de um hospital de ensino com outras instituições de saúde. *REV. SAÚDE DIGI. TEC. EDU*, Fortaleza, CE, v. 2, n. 3, p. 41-50, jan./ago. 2017. Disponível em < [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/20191-48895-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/20191-48895-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em 16 jun.2018.

SACCOL, A. Z. Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. *Rev. Adm. UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 250-269, maio/ago. 2009.

SALDANHA, F. Tudo o que você precisa saber sobre Prontuário Eletrônico. Disponível em < <https://blog.iclinic.com.br/tudo-sobre-prontuario-eletronico/>>. Acesso em 08 jul.2018.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, São Paulo, jan./abr.1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007 Acesso em: 02 mai.2018.

SCHOR, T. Reflexões sobre a imbricação entre ciência, tecnologia e sociedade. *Scientiae Studia*, v.5, nº3, São Paulo, Jul/Set. 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662007000300004> Acesso em: 23 jun.2018.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. de B. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cadernos Gestão Social*, v.3, n.1, jan./jun.2012. Disponível em <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/213-845-2-PB.pdf> Acesso em: 09 jun.2018.

SICSÚ, A. B.; ROSENTHAL, D. Apresentação: Giovanni Dosi – Technological Paradigms and Technological Trajectories. *Revista Brasileira de Inovação*, v. 5, n. 1, p. 9-32, 18 ago. 2009.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, Jr N. J. **Estatística não-parimétrica paras ciências do comportamento**. 2.ed. São Paulo: Bookmann, 2006.

SIGNIFICADOS. O que é paradigma? Atualização em 18.06.2015. Disponível em < <https://www.significados.com.br/paradigma/>>. Acesso em 23 jul.2018.

SILVA JUNIOR, S. D. da; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. *PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*. São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, outubro, 2014.

SOUZA, R. dos S. de. Prontuário Eletrônico: Ótica do profissional de saúde da atenção primária. Dissertação de Mestrado, UFRGS, 2017. Disponível em <

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171394/001054843.pdf?sequence=1>> Acesso em: 08 jul.2018.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologia**, Porto Alegre, Ano 8, n.16, jul/dez.2006, pp.20-45. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> Acesso em: 08 mar.2018.

SOUZA, D. C. Prontuário Eletrônico do Paciente. 2012. Disponível em < <http://www.administradores.com.br/artigos/tecnologia/prontuario-eletronico-do-paciente/62327/>> Acesso em 23 jul.2018.

Teste de esfericidade. Disponível em <<https://docs.ufpr.br/~soniaisoldi/ce090/TestesAnaliseFatorial.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Teste Kruskal-Wallis. Disponível em < <http://www.portalaction.com.br/tecnicas-nao-parametricas/teste-de-kruskal-wallis>>. Acesso em: 07 abr.2019.

TIAGO, E. Prontuário eletrônico pode gerar economia de R\$ 22 bi para o SUS. Disponível em <https://panoramafarmaceutico.com.br/2018/02/19/prontuario-eletronico-pode-gerar-economia-de-r-22-bi-para-o-sus/> Acesso em: 25 mai.2018.

Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários. Disponível em <<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/936813/1/DOC482011ID112.pdf>>. Acesso em: 10 abr.2019.

VERASZTO, E. V. et al. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. **PRISMA.COM**, n.7, 2008. Disponível em < <http://ojs.letras.up.pt/ojs/index.php/prisma.com/article/viewFile/2078/1913>> Acesso em 30 mar.2018.

YACOBASSO, J. E. G.; RODRIGUEZ, M. J. V. Prontuário eletrônico do paciente: confidencialidade e privacidade dos dados clínicos. **Revista Médica del Uruguay** [online]. 2018, vol.34, n.4, pp.102-119. Disponível em < http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902018000400102&lng=es&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 30 mar.2019.

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA NO MUNICÍPIO

Estrela Velha, RS, 11 de junho de 2018.

Excelentíssimo Senhor

Assunto: Autorização para realização de pesquisa científica e dissertação na área da Saúde deste Município.

Ao cumprimentá-lo, solicito a Vossa Excelência, autorização para realização de uma pesquisa de campo sobre PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente, junto a Secretaria Municipal de Saúde deste Município, para minha dissertação de Mestrado em Organizações Públicas, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Zucatto. Saliento que os dados obtidos serão usados unicamente para este fim, não tendo finalidade de avaliar a instituição na qual os respondentes trabalham, nem tampouco os servidores serão identificados na pesquisa.

Para realizar a referida pesquisa, pretendo aplicar um questionário aos Servidores que fazem uso do Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP.

Caso houver interesse de Vossa Excelência, o trabalho poderá ser disponibilizado para que se possa conhecer a trajetória e as inclinações profissionais do grupo estudado, sendo de extrema importância para o sucesso do projeto de expansão da instituição e para abertura de caminhos para o estabelecimento de planos de gestão e planos motivacionais compatíveis com as expectativas destes profissionais.

Anexo, modelo de autorização.

Certa de poder contar com sua compreensão e autorização, agradeço desde já.

Atenciosamente,

Elisane Da Cas,

Pesquisadora.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: “Adoção de novas tecnologias em serviços públicos de saúde: uma investigação sobre a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente”.

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto e Mestranda Elisane Da Cas.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Administração /Campus Palmeira das Missões.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3742-8827 e (55) 99926-1337. Avenida Independência, 3751 – Bairro Vista Alegre – CEP 98.300-000 Palmeira das Missões/RS.

Local da coleta de dados: Junto às UBSs e ESFs dos municípios constantes da 8ª CRS/RS.

Nós, Professor Luiz Carlos Zucatto e Mestranda Elisane Da Cas, responsáveis pela pesquisa “Adoção de novas tecnologias em serviços públicos de saúde: uma investigação sobre a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente”, convidamos você a participar como voluntário deste estudo.

Esta pesquisa pretende investigar como é percebida, pelos profissionais do SUS nas UBSs dos municípios que compõem a 8ª CRS-RS, a implantação do PEP. Acreditamos que ela seja importante porque pode trazer contribuições relevantes no que diz respeito à formação continuada dos profissionais da área da Saúde e também poderá ser sentida a importância de sua implementação e alimentação de dados contínuos, sempre atualizados, sobre os pacientes. Para sua realização será feito o seguinte: aplicação de questionário e realização de entrevista. Sua participação constará de preencher, de maneira livre e espontânea, esse questionário e/ou responder às perguntas do(a) pesquisador(a).

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: constrangimento em responder ao questionário e desconforto em relação ao tempo destinado ao seu preenchimento. Se, por ventura, você optar por desistir durante o preenchimento do questionário ou na realização da entrevista, terá assegurado esse direito, sem quaisquer prejuízos. Ainda, lhe será assegurado o sigilo das informações e anonimato da identidade dos respondentes e entrevistados, independente dos resultados da pesquisa.

Os benefícios que esperamos com o estudo são no sentido de proporcionar melhorias ao sistema público de saúde com o uso do PEP, especialmente aos profissionais que atuam em UBSs e aos usuários dos serviços de saúde nestas unidades. Do mesmo modo, que seja útil aos formuladores de políticas para a saúde pública, tanto região em que será realizada a pesquisa, como a outras do Estado e fora dele.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado à pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que

será prestada, inicialmente, pelo(a) pesquisador(a), que procurará os meios pertinentes, podendo também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa, da UFSM.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o(a) pesquisador(a) responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

_____, ___ de _____ 2018

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “Adoção de novas tecnologias em serviços públicos de saúde: uma investigação sobre a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente”.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto.

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria.

Telefone para contato: (55) 3742-8827 e (55) 99926-1337.

Local da coleta de dados: Junto às UBSs e ESFs dos municípios constantes da 8ª CRS/RS.

O responsável pelo presente projeto se compromete a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de aplicação de questionários e realização de entrevistas, junto às UBSs e ESFs dos municípios da 8ª CRS/RS, no período de setembro a outubro de 2018.

Informa, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM – Avenida Independência, 3751 – Bairro Vista Alegre – 98300-000, Palmeira das Missões – RS. Por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do Prof. Luis Carlos Zucatto. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 11/09/2018, com o número de registro CAAE 97172718.4.0000.5346.

Santa Maria, 06 de agosto de 2018.

Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto

=====
Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 – 97105-900 – Santa Maria – RS – 2º andar do Prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A – Situação do município em relação ao PEP

1. Há quanto tempo trabalha com o PEP?

- 1.01() Não usa
 1.02() menos de um ano
 1.03() menos de 2 anos
 1.04() mais de 2 anos

2. Qual o software usado no PEP?

- 2.01() SUS
 2.02() Pago

B – Processo de implantação do PEP local

Assinale com um X a nota que você daria (de 1 a 5) para a implantação do PEP em seu posto de trabalho. Considerando-se: 1- Discordo Totalmente; 2 – discordo; 3 – indiferente ou não concordo nem discordo; 4 – concordo; e 5 – concordo totalmente.	1	2	3	4	5
3. Participei da implantação					
4. Houve falha no preparo e/ou treinamento para a implantação					
5. Houve comunicação suficiente sobre a implantação					
6. Houve apresentação/conhecimento do sistema antes da Implantação					
7. Houve facilidade na implantação para o público interno					
8. Houve facilidade de implantação para os usuários dos serviços na UBS					
9. O PEP não deveria ser implantado (voltar a usar o prontuário físico (de papel))					

C – Sobre a estrutura oferecida

Assinale com um X a nota que você daria (de 1 a 5) para o funcionamento do PEP em seu posto de trabalho. Considerando-se: 1 – Discordo Totalmente; 2 – discordo; 3 – indiferente ou não concordo nem discordo; 4 – concordo; e 5 – concordo totalmente.	1	2	3	4	5
10. Recebi informações para trabalhar com o PEP					
11. Mesmo com treinamento, tenho dificuldades em trabalhar com o PEP.					
12. A rede oferece ferramentas (computadores, impressoras, outros) suficientes para o uso do PEP.					
13. Consigo suprir minhas dúvidas sobre o PEP.					

14. Quando falta de energia elétrica ou internet, registro no prontuário físico de papel.					
15. Transfiro as informações do prontuário físico para o PEP quando a energia elétrica retorna					
16. A internet (conectividade) é suficiente para o processo de trabalho com o PEP.					
17. Utilizo o prontuário físico de papel para buscar históricos antigos do paciente.					

D – Ações executadas através do PEP

Marque a frequência semanal com que as atividades abaixo são executadas através do PEP, considerando-se: 1=nunca, 2=raramente, 3= as vezes 4=muitas vezes, e 5= sempre	1	2	3	4	5
18. Descrição da Anamnese					
19. Prescrição de medicamentos					
20. Descrição da evolução do paciente					
21. Solicitação de exames					
22. Criação e emissão de laudos					
23. Registro de atividades coletivas					
24. Consulta de atendimentos anteriores					

E – Dificuldades encontradas durante o uso do PEP

Avalie o grau de concordância sobre o uso PEP nas ações abaixo, considerando-se: 1 – Discordo Totalmente; 2 – discordo; 3 – indiferente ou não concordo nem discordo; 4 – concordo; e 5 – concordo totalmente.	1	2	3	4	5
25. Os cadastros dos pacientes são incompletos					
26. Há excesso de campos para preenchimento					
27. A terminologia médica é incorreta, inadequada ou inconsistente.					
28. Faltaram testes-piloto antes da implantação definitiva.					
29. O sistema é lento para digitação e/ou consulta às informações.					
30. O treinamento foi insuficiente					
31. Faltou adequação do sistema à cultura organizacional.					
32. A gestão de TI é insuficiente, quando necessita suporte.					
33. Falta apoio de colegas, outros usuários do PEP.					
34. Há necessidade de maior tempo para atendimento.					
35. O sistema é instável.					
36. O sistema não é seguro (qualquer usuário pode ver as informações sobre o paciente).					

F – Benefícios do PEP

Expresse seu grau de concordância, em relação à implantação do PEP, considerando-se: 1- Discordo Totalmente; 2 – discordo; 3 – indiferente ou não concordo nem discordo; 4 – concordo; e 5 – concordo totalmente.	1	2	3	4	5
37. O PEP facilita o acesso às informações por vários profissionais simultaneamente.					
38. Com o PEP, as informações contidas nos registros clínicos possuem maior legibilidade.					
39. O PEP apresenta maior consistência entre os dados.					
40. O PEP disponibiliza recursos de apoio à decisão clínica.					
41. O PEP apresenta confidencialidade das informações nos registros clínicos.					
42. O PEP proporciona assistência à pesquisa clínica e ensino.					
43. O PEP permite acesso remoto às informações do prontuário.					
44. O PEP facilita a integração com resultados de exames laboratoriais e de outros sistemas					
45. O PEP permite emissão de alertas a médicos e demais profissionais.					
46. O PEP qualifica o atendimento ao paciente.					
47. O tempo de atendimento aumenta com o PEP.					
48. Com o PEP, consigo ter acesso ao histórico do paciente realizado na rede.					
49. As informações solicitadas no preenchimento do PEP contemplam todas as necessidades do atendimento.					
50. Vale a pena o esforço e o tempo para utilizar o PEP.					
51. A qualidade do nosso trabalho é melhor com o PEP.					
52. Com o PEP é possível uma melhor avaliação dos problemas do paciente.					
53. Com o PEP consigo buscar informações específicas de pacientes.					
54. Com o PEP consigo rastrear resultados de exame e/ou investigação ao longo do tempo.					
55. Com o PEP consigo obter os resultados de nova investigação.					
56. Com o PEP consigo produzir relatório específico sobre um paciente.					
57. Com o PEP consigo encaminhar paciente para Especialista.					
58. O sistema do PEP me fornece relatórios de que preciso.					
59. O sistema do PEP me oferece informações atualizadas.					

G – Perfil

60. Profissional de uma: 60.01() UBS 60.02() ESF 60.03 () outro

61. Município: _____

62. Profissão/Função:

- 62.1() Médico
- 62.2() Enfermeiro
- 62.3() Dentista
- 62.4() Farmacêutico
- 62.5() Nutricionista
- 62.6() Técnico de enfermagem

63. Sexo: 63.01() Feminino 63.02() Masculino 63.03() Prefiro não responder

64. Escolaridade:

- 64.01() Ensino Médio
- 64.02() Curso Técnico
- 64.03() Ensino Superior
- 64.04() Especialização ou MBA
- 64.05() Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado

65. Vínculo empregatício:

- 65.01() Estatutário
- 65.02() Fundação/CLT
- 65.03() Cargo de Confiança

66. Há quanto tempo trabalha neste emprego?

67. Você está satisfeito (a) com o PEP? Atribua uma nota de 0 a 10 para indicar seu grau de satisfação.

Muito obrigada pela colaboração!