



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA PAULA PORTUGAL CHAGAS VALENTE

**O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL NO SUS**

**SALVADOR - BA
2023**

ANA PAULA PORTUGAL CHAGAS VALENTE

**O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO NA ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL NO SUS**

Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dr^a. Sônia Cristina Lima Chaves.

SALVADOR - BA
2023

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

V154p Valente, Ana Paula Portugal Chagas.

O prontuário eletrônico do cidadão na atenção à saúde bucal no SUS /
Ana Paula Portugal Chagas Valente. -- Salvador: A.P.P.C. Valente,
2023.

152 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Cristina Lima Chaves.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Registros Eletrônicos de Saúde. 2. Atenção Primária de
Saúde. 3. Saúde Bucal. 4. Assistência Odontológica. 4. Sistemas de
Informação em Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANA PAULA PORTUGAL CHAGAS VALENTE

O prontuário eletrônico do cidadão na atenção à saúde bucal no SUS.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 14 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Sônia Cristina Lima Chaves - Orientadora - FO/UFBA

Prof. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA

Prof. Carlos Pilz – HVM

Salvador
2023

AGRADECIMENTOS

Para chegar ao final deste ciclo, pude contar com a colaboração, a compreensão, o apoio e o amor de muitas pessoas às quais gostaria de expressar minha eterna gratidão.

A Deus e à minha família, pela vida e absolutamente tudo que sou e tenho construído nela. E por todas as pessoas especiais que Deus colocou em minha trajetória, que como sempre costumo dizer, são “presentes de Deus” em minha vida.

Aos meus pais, por terem me acolhido ao mundo, pelo alicerce e por todo amor, cuidados, carinho, incentivos, orações, lutas e sacrifícios, que me permitiram sonhar e realizar muitos desses sonhos ao traçar meus próprios caminhos. Obrigada por me fazer sentir que posso contar com vocês em todas as fases da minha vida!

À minha avó Martinha, que sempre foi e será uma das principais referências de fé e amor em minha vida, apesar de não estar mais presente fisicamente. O seu amor, as suas orações e os seus ensinamentos permanecem “vivos” em mim.

Ao meu esposo e filho, por tê-los em minha vida, por tanto amor, pelo apoio, pela compreensão e pelos cuidados diários compartilhados nos muitos momentos incríveis e felizes, como também nos momentos difíceis que tivemos em todo o meu processo de mestrado e pela nossa vida. As construções que temos feito juntos, conectando nossos sonhos e nossas realidades, dão um sentido ainda mais especial para as conquistas alcançadas. Vocês trazem muita alegria para os meus dias! Ao meu esposo, agradeço em especial, por me mostrar que “sonho que se sonha junto é realidade”. E ao meu filho, agradeço ainda, pelos mais sinceros sorrisos, e por tantas vezes que faz com que eu me sinta com poderes “superespeciais”.

A minha irmã, por tantos momentos especiais em sua companhia, pelas aventuras e experiências vividas pela nossa família em tantos lugares lindos que nos mostrou durante as visitas aos locais onde morou desde a sua graduação e por ter sido uma grande inspiração para mim, com a conclusão do meu mestrado e doutorado. Agradeço ainda, pelo seu interesse e de Dorian em fazer uma leitura do meu trabalho nessa etapa final para tentar contribuir.

Aos meus sogros, cunhados e sobrinhas pela paciência e amor compartilhados.

A minha orientadora, chamada carinhosamente de “Soninha” por muitos, que para mim, foi uma referência de mulher, profissional e mãe, inteligente, competente, forte e de conduta “humanizada”. Agradeço em especial, por todos os ensinamentos compartilhados e orientações tão enriquecedoras. As suas falas, ditas de modo objetivo, simples e com muita naturalidade, transmitiram muitas teorias e conhecimentos, que precisei estudar e me ajudaram na construção de saberes durante esse processo. Obrigada por tornar possível esse sonho e toda atenção, cuidados, paciência, confiança e estímulo que me levaram a concluir o trabalho. Esses anos me possibilitaram conhecer melhor a sua trajetória e admirar ainda mais o seu trabalho.

Ao professor Luiz Eugênio pelos conhecimentos compartilhados, apoio, confiança, convite para participar do Subprojeto 2 do PEC, participação na qualificação e o aceite para participar da defesa. Suas contribuições foram valiosas no processo de construção da pesquisa e como membro das bancas. Na sua figura e do professor Marcelo Castellanos, agradeço ao corpo docente e aos funcionários do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em especial, do

PPGSC/ISC, que desenvolve um trabalho que admiro pela grande competência na construção e compartilhamento de saberes, acolhimento aos discentes e dedicação. Percebe-se o amor dessas pessoas no trabalho que desenvolvem, o que percebi ser uma marca do PPGSC/ISC-UFBA, e que faz a diferença na vida de tantas pessoas, inclusive na minha. Essa conduta acolhedora, prestativa e o apoio do ISC foram fundamentais nesse processo.

À professora Sandra Garrido, que também foi referência para mim de mulher, docente e mãe, nesse processo do mestrado, pelos conhecimentos transmitidos, pela sua participação e contribuições na qualificação da tese. Foi uma experiência enriquecedora participar do tirocínio sob a sua coordenação na disciplina de OSC II. Além disso, assim como a professora Sônia, participou e foi inspiração na fase de “sementinha” do meu sonho do mestrado.

Às professoras Ana Áurea e Ana Luiza, que foram inspiração na minha graduação em odontologia na UEFS, para que eu escolhesse seguir na área de saúde coletiva.

Ao professor Carlos Pilz, pelo aceite em participar da defesa e por suas contribuições como membro da banca que foram de grande valor para este trabalho.

Aos grupos de pesquisa do eixo de Monitoramento da PNSB do Observatório de Análise da Política em Saúde do ISC-UFBA, coordenado pela professora Sônia, e do Subprojeto 2 do PEC, coordenado pelo professor Rafael Damasceno, agradeço o acolhimento, apoio e contribuições em minha pesquisa. Sou grata também pela condução de forma ética e responsável do grupo durante a fase da pesquisa em campo, pelos conhecimentos compartilhados e compreensão. Aprendi muito com vocês durante esse processo!

Ao grupo das “P. E. T. E. L. A. S”, um grupo especial de amigas formado no primeiro semestre do mestrado, onde juntas compartilhamos experiências de alegria, preocupações, anseios e demos força umas às outras durante esse processo.

A tantas outras pessoas queridas e não nomeadas, que de uma forma ou de outra, apoiaram minhas escolhas, transmitiram forças, e que me incentivaram e acompanharam neste percurso.

Fazer o que se ama,

“Não é sobre ser recompensado,
mas sobre as pessoas que você toca e o mundo que transforma;
É sobre trabalhar com algo que você acredita.
Não é sobre saber tudo e todas as respostas,
mas sobre ser um eterno aprendiz de si mesmo e do mundo”.

Gabriela Stapff

“[...] É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu;
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações.
[...] É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito, é saber sonhar.
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar”.

Ana Vilela

VALENTE, Ana Paula Portugal Chagas. **O Prontuário Eletrônico do Cidadão na atenção à saúde bucal no SUS**. 152 f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

RESUMO

Problemática: A implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) junto às equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde pode alterar o fluxo de trabalho e imprimir mudanças nas práticas dessas equipes na estratégia de saúde da família. **Objetivo:** O presente estudo avaliou os resultados da implementação do PEC no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família no município de Dias D'Ávila-BA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo quase experimental, utilizando métodos quantitativos e qualitativos. Foi elaborado o modelo teórico-lógico da implementação do PEC no processo de trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Básica. Na etapa *ex-ante*, foram aplicados questionários e realizadas entrevistas semiestruturadas com os cirurgiões-dentistas de cinco equipes de saúde da família que tiveram o PEC implantado e com os cirurgiões-dentistas de outras cinco equipes de saúde da família que não passaram por esta implantação e se constituíram como o grupo “controle”, totalizando onze cirurgiões-dentistas participantes do estudo. O questionário na etapa *ex-ante* possuiu 48 questões de marcar e o roteiro de entrevista possuiu seis perguntas orientadoras. Ao final dessa etapa, foi implantado o prontuário eletrônico em três unidades de saúde da família com saúde bucal, assim como foi realizado o treinamento das equipes envolvidas com o uso do prontuário eletrônico. Na segunda etapa, após um período de onze meses de implantação do PEC, foi realizada a avaliação *ex-post* com a participação de seis cirurgiões-dentistas. **Resultados:** A mudança do sistema de registro com a adoção do PEC foi vista como positiva entre os cirurgiões-dentistas e os efeitos do PEC no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas foram percebidos na interação profissional-paciente, agilidade na realização das atividades, desempenho do trabalho, produtividade, legibilidade do sistema, compartilhamento das informações interprofissionais e profissional-gestor, fluxo de atendimento e encaminhamento dos usuários. Contudo, houve dificuldades no registro com o uso do PEC pela pouca habilidade em digitação, o não cancelamento de um registro feito errado após salvo, o preenchimento ser mais complexo do que na ficha de coleta de dados simplificada, o retrabalho quando ocorre interrupção repentina no sistema e na análise de dados epidemiológicos e dos resultados do atendimento. As ações de educação permanente têm um papel fundamental para o melhor aproveitamento das funcionalidades do PEC e suas potenciais contribuições para a qualificação do cuidado em saúde através da melhoria da qualidade da informação. **Conclusão:** O PEC produziu efeitos positivos importantes na comunicação, nas relações e nos processos de produção do cuidado na atenção à saúde bucal. Contudo, aprimoramentos e avaliações dessa tecnologia são necessários para fortalecê-la como apoio à tomada de decisão e ao desenvolvimento de um trabalho pautado na atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Palavras-chave: Registros Eletrônicos de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal, Assistência Odontológica, Sistemas de Informação em Saúde.

VALENTE, Ana Paula Portugal Chagas. **The Electronic Citizen's Medical Record in oral health care in the SUS.** 152 s. Dissertação (Mestrado)- Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

ABSTRACT

Background: Implementing the Citizen's Electronic Medical Record (EMR) in the Oral Health Teams in Primary Health Care can change the workflow and the practices of these teams in the family health strategy. **Objective:** The present study evaluated the results of implementing the Citizen's EMR in the dentists work process of the family health strategy in the city of Dias D'Ávila-BA. **Methodology:** This is a "quasi-experimental" study that uses quantitative and qualitative methods. The theoretical-logical model of the implementation of the Citizen's EMR in Primary Care in the work process of the dentist in Primary Care was elaborated. In the *ex-ante* stage, questionnaires were applied and semi-structured interviews were conducted with the dentists of five family health teams that would have the Citizen's EMR implanted and with the dentists of the other five family health teams that did not undergo this implantation and constituted the "control" group, totaling 11 dentists participating in the study. The questionnaire of the *ex-ante* stage had 48 questions to mark and the interview script had six guiding questions. At the end of this stage, the electronic medical record was implemented in three family health units with oral health, as well as the training of the teams involved in the use of the electronic medical record. In the second stage, after a period of eleven months of implementation of the EMR in the health units, the *ex-post* evaluation was carried out with the participation of six dental surgeons. **Results and Discussion:** The change in the medical record system was seen as positive among dentists and the Citizen's EMR effects on the dentists work process were perceived in the professional-patient interaction, agility in carrying out activities, work performance, productivity, system readability, sharing of interprofessional and professional-manager information, service flow, and referral of users. However, the difficulties in registering with the Citizen's EMR were poor typing skills, failure to cancel a registration made wrong after saving, completion is more complex than in the streamlined data collection system form, rework when sudden interruption occurs and analysis of epidemiological data and outcomes of care. Permanent education actions play a fundamental role in better using of the EMR's functionalities and their potential contributions to the healthcare qualification by improving the quality of information. **Conclusions:** The Citizen's EMR produced important positive effects on communication, relationships and care production processes in oral health care. However, improvements and evaluations of this technology are needed to strengthen it as a support for decision-making and the development of work based on attention to first contact, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care.

Keywords: Electronic Health Records, Primary Health Care, Oral Health, dental care, health information systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Representação do desenho de estudo do tipo experimental de Campbell (1966)	39
Figura 2	Modelo Lógico da pesquisa avaliativa de resultados do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão nas práticas do cirurgião-dentista da Atenção Básica.	45
Figura 3	Modelo Teórico-lógico da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Básica	47
Tabela 1	Total de Repasses fundo a fundo para o município de Dias D'Ávila, 2019-2021	50
Tabela 2	Indicadores do município de Dias D'Ávila segundo os aspectos sociodemográficos e econômicos e do sistema de saúde, 2019	52
Quadro 1	Plano de Análise por objetivo específico do presente projeto	54
Quadro 2	Plano de Análise dos Efeitos no Processo de Trabalho dos cirurgiões-dentistas de acordo com as questões relacionadas a cada componente do processo de trabalho	55
Tabela 3	Perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos cirurgiões-Dentistas da Atenção Primária à Saúde do município de Dias D'Ávila na etapa <i>ex-ante</i> , 2019	59
Tabela 4	Experiência em informática e participação em treinamentos/capacitações dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde do município de Dias D'Ávila na etapa <i>ex-ante</i> , 2019	60
Tabela 5	Adaptação dos cirurgiões-dentistas ao sistema de registro de cuidados na Atenção Primária à Saúde do município de Dias D'Ávila na etapa <i>ex-ante</i> , 2019	61
Quadro 3	Problemas (pontos negativos) identificados no uso do sistema de prontuário em papel no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na etapa <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> do município de Dias D'Ávila -BA, 2019-2022	63
Figura 4	Relação entre os pontos específicos de dificuldades relatados em comum pelos cirurgiões-dentistas nos grupos teste (etapa 1) e controle (etapas 1 e 2)	65
Quadro 4	Pontos Positivos percebidos pelos cirurgiões-dentistas na etapa <i>ex-ante</i> (grupo teste e grupo controle) no uso do sistema de prontuário em papel no processo de trabalho do município de Dias D'Ávila-BA	72
Quadro 5	Pontos Positivos identificados no uso do sistema de prontuário em papel no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas do município de Dias D'Ávila-BA no grupo controle antes (etapa <i>ex-ante</i>) e depois (etapa <i>ex-post</i>) da intervenção	73
Tabela 6	Perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos cirurgiões-dentistas antes e depois da implantação do PEC, 2019-2022	79
Tabela 7	Experiência em informática dos cirurgiões-dentistas no grupo teste antes e depois da inserção do PEC, 2021-22	80
Tabela 8	Participação em Treinamentos e Capacitações dos cirurgiões-dentistas nos grupos testes antes e depois da implantação do PEC, 2021-2022	81
Tabela 9	Adaptação dos cirurgiões-dentistas ao sistema de registro de cuidados e suas percepções das funcionalidades do sistema nos grupos testes das etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	82
Tabela 10	Percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre recursos e ferramentas do sistema PEC no registro de cuidados na etapa <i>ex-post</i> , 2021-2022	83

Figura 5	Percepção de satisfação dos cirurgiões-dentistas do grupo teste nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> com o sistema de registro, 2019-2022	84
Gráfico 1	A percepção da relação dos cirurgiões-dentistas do grupo teste com o usuário no atendimento nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	93
Gráfico 2	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre as interações com os usuários na consulta nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	94
Gráfico 3	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o tempo gasto pelo usuário no fluxo entre os setores da unidade na etapa <i>ex-post</i> , 2019-2022	95
Gráfico 4	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o sistema de registro facilitar o atendimento aos usuários na consulta nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	96
Gráfico 5	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a carga de trabalho nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	97
Gráfico 6	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre tempo de registro e agilidade do sistema de registro nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	98
Gráfico 7	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a busca de informações dos usuários, exames, procedimentos e códigos no sistema de registro nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	99
Gráfico 8	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o preenchimento de registro em mais de um instrumento nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	100
Gráfico 9	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o desempenho do trabalho e produtividade nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	101
Gráfico 10	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a identificação e correção de preenchimentos incorretos no sistema de registro nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	102
Gráfico 11	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre consulta dos registros de outros profissionais nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	104
Gráfico 12	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o compartilhamento e discussão de informações com os gestores nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	105
Gráfico 13	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre relações de trabalho e atribuições dos profissionais nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	106
Gráfico 14	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o encaminhamento do usuário para os níveis de atenção de média e alta complexidade nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	107
Gráfico 15	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a qualidade técnica-científica do atendimento aos usuários nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	108
Gráfico 16	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a análise de dados epidemiológicos dos usuários nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	109
Gráfico 17	A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a frequência de utilização de dados, informações e acesso aos relatórios e-SUS nas etapas <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> , 2019-2022	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de saúde bucal
BA	Bahia
CD	Cirurgião-dentista
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária à Saúde
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSBMOD I	Equipe de Saúde Bucal Modalidade I
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HCOP	História Clínica Orientada ao Problema
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PE	Prontuário Eletrônico
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da família
PT	Processo de Trabalho
RCOP	Registro Clínico Orientado por Problemas
RES	Registro Eletrônico de Saúde
ReSOAP	Registro de Saúde Orientado por Problemas
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIOPS	Sistema e Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
S-RES	Sistema de Registro Eletrônico de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	19
3.	OBJETIVOS	20
3.1.	OBJETIVO GERAL	20
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4.	METODOLOGIA	21
4.1.	MARCO REFERENCIAL	21
4.1.1.	O Prontuário Eletrônico do Cidadão	21
4.1.2.	O Processo de Trabalho do Cirurgião-dentista da Atenção Básica	32
4.2.	MÉTODO	37
4.2.1.	Tipo de Estudo	37
4.2.2.	O Modelo Teórico-lógico	41
4.2.3.	Técnicas de Produção de Dados	48
4.2.4.	Características do Município	49
4.2.5.	Validação	53
4.2.6.	Plano de Análise	54
4.2.7.	Aspectos Éticos	58
5	RESULTADOS	59
5.1	<i>EX-ANTE</i> : O REGISTRO EM PAPEL NO TRABALHO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	59
5.2	PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O REGISTRO EM PAPEL	62

5.2.1	Dificuldades e Aspectos para Melhoria no Prontuário em Papel	62
5.2.2.	Pontos Positivos no Uso do Prontuário em Papel	71
5.2.3	A Comunicação e Relação dos Cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família com o Uso do Sistema de Prontuário em Papel	73
5.2.4	A Interação dos Cirurgiões-dentistas com o Paciente com o Uso do Sistema de Prontuário em Papel	75
5.2.5.	Sistema de Agendamento e Acolhimento: Diferentes Estratégias e as Barreiras de Acesso	76
5.3.	<i>EX-POST: O USO DO PEC NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL</i>	78
5.4.	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO: PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	84
5.4.1.	Aspectos Negativos e Positivos do Sistema PEC percebidos pelos Cirurgiões-dentistas	84
5.4.2.	Efeitos no Objeto de Trabalho	92
5.4.3.	Efeitos no Trabalho Propriamente Dito	95
5.4.4.	Efeitos nos Meios de Trabalho	107
6	DISCUSSÃO	111
7	CONCLUSÃO	122
	REFERÊNCIAS	124
	ANEXO 1- Questionário para Trabalhadores da Atenção Básica	136
	ANEXO 2– Roteiro de Entrevista para Trabalhadores da Atenção Básica	141

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido etapa <i>ex-ante</i> (frente e verso)	142
ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido etapa <i>ex-post</i> (frente e verso)	144
ANEXO 5- Modelo Teórico-lógico de Implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no município de Dias D'ávila (BA)	146
APÊNDICE 1- Modelo Lógico da Implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica	147
APÊNDICE 2 - Modelo Teórico-lógico da Implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no Processo de trabalho do Cirurgião-dentista na Atenção Básica	148
APÊNDICE 3- Roteiro de Entrevistas da Segunda Etapa para cirurgiões-dentistas que utilizam o PEC	149
APÊNDICE 4 – Roteiro de Entrevistas da Segunda Etapa para cirurgiões-dentistas que não utilizam o PEC	151

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a implementação de Prontuários Eletrônicos (PE) em serviços de saúde, tem crescido de modo acelerado em muitos países, visto que, o seu uso apresenta um grande potencial para melhorar a qualidade, a continuidade, a segurança e a resolatividade dos serviços e ações no setor da saúde (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010; NGUYEN *et al.*, 2014; O'DONNELL *et al.*, 2018). No entanto, existem também evidências que sugerem diferentes níveis de aceitação e sucesso na sua adoção (NGUYEN *et al.*, 2014).

Além disso, a implementação do PE nos sistemas de saúde altera o fluxo de trabalho e imprime mudanças nas práticas de saúde, produzindo impactos mistos na qualidade do atendimento (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010; NGUYEN *et al.*, 2014). Dessa forma, a implementação do PE exige ajustes na organização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e implica, portanto, na necessidade de incorporação de novas práticas profissionais, baseadas na capacitação e educação permanente desses profissionais para um novo fluxo de informação (ALVES *et al.*, 2017).

No Brasil, a estratégia e-SUS orienta e organiza o processo de reestruturação do sistema de informação em saúde nacional, sendo responsável pela operacionalização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído através da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, como o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1998.

O objetivo da estratégia e-SUS é configurar um novo modelo de gestão de informação para apoiar os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da Atenção Básica (AB) e na qualificação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2018). No intuito de cumprir seus objetivos, o sistema e-SUS AB foi desenvolvido por meio de dois softwares para coleta dos dados, sendo eles, o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que captam dados tanto em unidades básicas de saúde (UBS) sem computador e sem internet quanto em UBS que dispõem de computador, com ou sem internet, respectivamente (BRASIL, 2014; 2018). O sistema e-SUS APS é composto também por dois aplicativos móveis para coleta dos dados, o aplicativo e-SUS Território e e-SUS Atividade Coletiva, que auxiliam os profissionais das equipes da ESF no registro de dados durante a realização de atividades em ambiente externo à unidade básica de saúde (BRASIL, 2021a).

A estratégia e-SUS AB, que visa concretizar a informatização da APS no Brasil, e o PEC, principal ferramenta dessa estratégia, foram desenvolvidos através da parceria entre o

Ministério da Saúde e o Laboratório *Bridge* na Universidade Federal de Santa Catarina. Por meio dessa parceria, desde 2013, estão sendo desenvolvidos sistemas e aplicativos que visam melhorar o gerenciamento da saúde pública e tornar o sistema e-SUS AB mais acessível, organizado, ágil e integrado para dar condições aos profissionais da saúde nos seus processos de trabalho na APS melhorarem o atendimento aos cidadãos (BRIDGE, 2022a,b).

Além de funcionar como prontuário do paciente, espera-se que o PEC contribua para a organização das demandas das unidades de saúde, gerenciamento da agenda dos profissionais e notificação dos procedimentos realizados no SIA/SUS (THUM, BALDISSEROTTO e CELESTE, 2019). Com isso, a sua adoção no SUS, deve propiciar a qualificação dos dados registrados pelas equipes de saúde da família, facilitar o registro de informações e diminuir a subnotificação (THUM, BALDISSEROTTO e CELESTE, 2019).

O PEC passou por atualizações e otimizações das suas versões desde o seu surgimento. Com isso, em setembro de 2022, a versão 5.0 do PEC permitiu a sua utilização no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), oportunizando a troca de informações via prontuário eletrônico nos dois principais pontos da rede de atenção à saúde bucal, a AB e o CEO, desde que seja utilizado um único centralizador municipal (PAES, 2022; BRIDGE, 2022a; BRASIL, 2022a). O Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica número 33/2022, orientou o registro e envio de informação de produção ambulatorial dos CEOs, representando um passo importante para inclusão do PEC no nível de atenção secundária no SUS e para a continuidade do cuidado na atenção à saúde (BRIDGE, 2022a; NOTA TÉCNICA Nº 33, 2022; BRASIL, 2022a).

Apesar dos registros eletrônicos serem implementados em todo o mundo (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010), também existem evidências que sugerem a não adoção dos mesmos (AJAMI e BAGHERI-TADI, 2013) ou uma adoção lenta, embora crescente (NGUYEN *et al.*, 2014). E, mesmo que o uso dos registros exclusivamente médicos ainda predomine nos níveis de atenção secundários e terciários, tem aumentado o número de implementações de PE na atenção primária (NGUYEN *et al.*, 2014).

A implementação do PE nos sistemas de saúde altera o fluxo de trabalho não apenas na prática médica, mas constitui-se numa grande mudança em toda a prática de saúde (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010). Dessa forma, exige a realização de ajustes complementares e inovações em aspectos como a estrutura e a cultura de uma organização para que esses sistemas obtenham uma maior aceitação dos profissionais e usuários (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010).

Portanto, visto que o trabalho integrado em equipe é necessário para a prestação de cuidados primários de modo eficiente e eficaz, e que a implementação do PE provoca mudanças

na prática de saúde de toda a equipe, pode-se identificar alguns benefícios e algumas dificuldades da implementação dos PE nos serviços de saúde (O'MALLEY *et al.*, 2015; BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010). Segundo Ludwick e Doucette (2009), “fatores sociotécnicos”, aqueles relacionados com ferramentas técnicas do sistema e com as interações interpessoais das práticas clínicas, podem influenciar diretamente no sucesso da implementação. Para esses autores, a usabilidade do sistema de saúde, as habilidades com computadores e o ajuste do sistema dentro da cultura e dos processos organizacionais são fatores significativos no sucesso da implementação (LUDWICK e DOUCETTE, 2009).

Ludwick e Doucette (2009), destacam, ainda, que a qualidade do processo de implementação tem o mesmo grau de importância que a própria implementação. Nesse sentido, os resultados da implementação do PEC na ESF estão intimamente ligados às condições de sua implementação.

Um outro fator significativo na implementação dos PE diz respeito ao treinamento dos profissionais para a nova tecnologia em saúde. Barros e Chaves (2003), destacam a importância e necessidade da capacitação dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos instrumentos de registro de dados de saúde, sua sensibilização sobre a relevância dos sistemas de informação, assim como, a necessidade de capacitação dos gestores, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisões.

O PEC contempla o processo de trabalho desde a chegada do cidadão à UBS, sua recepção, seu acolhimento e o agendamento (REZENDE e MARIN, 2010). Com isso, as mudanças nos processos de trabalho na ESF com a implantação do PEC podem gerar implicações para o acesso, acolhimento, qualificação da escuta, vínculo entre paciente e profissional e resolubilidade das necessidades dos usuários que buscam atendimento na ESF.

A inclusão dos cirurgiões-dentistas na ESF representou um importante avanço na garantia dos direitos à saúde, possibilitando a construção de práticas e relações que contribuem para a reorientação do processo de trabalho de acordo com o conceito ampliado de saúde (FRANCO, 2019; AMORIM *et al.*, 2021). Entretanto, o longo percurso ainda existente para a efetivação da atenção à saúde bucal, segundo os princípios da APS de coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade, requer que os agentes do processo de trabalho da equipe de saúde bucal façam uso de uma diversidade de conhecimentos e tecnologias adequadas aos atributos da APS, tal como o uso do PEC (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015; RUIZ, 2016).

O objetivo do processo de trabalho é a transformação de um objeto ou condição que seja capaz de responder à necessidade ou expectativa específica de cada processo de trabalho.

Assim, as necessidades transformadas em finalidades guiam os processos de trabalho, os quais não envolvem apenas um indivíduo (PAIM, 2014; MENDES-GONÇALVES, 1992).

O objeto de trabalho é resultado de um olhar dotado de um projeto de transformação com finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009). Dessa forma, um certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito com dada intenção, assim o delimita, pois são os saberes do trabalhador (energia intelectual) que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009; PAIM, 2014).

O objeto de trabalho representa matéria, estado ou condição individual ou social sobre a qual incide a ação do trabalhador (a que se aplica o trabalho) e que será transformado (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009; MENDES-GONÇALVES, 1992; PAIM, 2014; FARIA *et al.*, 2009). Espera-se, portanto, como resultado do processo de trabalho, um objeto de trabalho transformado pelo trabalho realizado nele. (Marx, 1968b, p. 202 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). O trabalho propriamente dito são as atividades intelectuais e mecânicas realizadas com o uso dos meios de trabalho para obter o efeito desejado (resultando em produto e/ou satisfação de necessidade) expresso num dado projeto (dotado de finalidade). Os meios ou instrumentos de trabalho são acionados para apreender e transformar os objetos de trabalho e podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos, conhecimentos e habilidades (FARIA *et al.*, 2009; PAIM, 2014).

O ‘processo de trabalho em saúde’ representa o cotidiano do trabalho em saúde, no qual está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, ou seja, as práticas dos trabalhadores ou profissionais de saúde inseridos na rotina diária da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Desse modo, os efeitos esperados sobre o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde bucal na APS com o uso do PEC podem ocorrer, portanto, sobre três componentes: meios de trabalho (saberes/habilidades e equipamentos/insumos), trabalho propriamente dito (relações interprofissionais; relações gestores-profissionais; esforço/desgaste; e tempo) ou sobre o objeto de trabalho (relações usuário-profissional).

No entanto, as evidências sobre os resultados no uso dos PE nas práticas das equipes de atenção primária ainda não são totalmente estabelecidas, pois há achados contraditórios em relação aos benefícios na implementação dos PE nos serviços de saúde. Além disso, há escassos estudos sobre a implementação e uso de prontuários eletrônicos nos serviços públicos odontológicos no Brasil. O presente estudo é parte integrante do projeto intitulado “Avaliação da implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) para a rede de Atenção à Saúde no

município de Dias D'ávila (BA)”, que visa analisar e monitorar o processo de incorporação tecnológica do sistema de informação e PE neste município, e representa uma oportunidade ímpar de contribuir para o preenchimento dessa lacuna.

2. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Quais os resultados da implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família no município de Dias D'Ávila - BA?

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GERAL

Avaliar os resultados da implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família no município de Dias D'Ávila- BA.

1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o processo de implantação do PEC nas equipes de saúde bucal da Atenção Básica do município de Dias D'Ávila.

Caracterizar as mudanças do uso do PEC, após a sua implantação, no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família no município de Dias D'Ávila- BA.

4. METODOLOGIA

4.1. MARCO REFERENCIAL

4.1.1. O Prontuário Eletrônico do Cidadão

O prontuário eletrônico é um sistema informatizado orientado para o provedor, que registra, armazena e exibe informações sobre a saúde do paciente (AJAMI S e BAGHERI-TADI T., 2013; LUDWICK e DOUCETTE, 2009; BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010). Ou seja, é um sistema informatizado em que os profissionais de saúde registram as informações de saúde do paciente, clínicas e administrativas, tais como informações demográficas, resumos de encontros, histórico médico, alergias, intolerâncias e históricos de exames laboratoriais (LUDWICK e DOUCETTE, 2009). Alguns prontuários eletrônicos, além de gerar informações para diagnóstico médico e para documentação de consultas, também podem conter recursos ou ser integrados a softwares que possibilitam o agendamento de compromissos, a realização de tarefas de faturamento, a geração de relatórios e outras funcionalidades (PEREZ e ZWICKER, 2010; LUDWICK e DOUCETTE, 2009).

A Resolução CFM N° 1.638/2002, determina a estrutura que um prontuário deve possuir, em meio eletrônico ou em papel, e define o prontuário médico como:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (BRASIL, 2002).

Além disso, a resolução do CFM N° 1.821/2007, autoriza e estabelece normas técnicas para a digitalização e uso dos sistemas informatizados para guardar e manusear os prontuários dos pacientes, bem como, para a troca de informação identificada em saúde, autorizando a eliminação do registro em papel caso todos os requisitos estabelecidos nas normas sejam cumpridos (SILVA e VIRGINIO JUNIOR, 2007; BRASIL, 2007). E a Lei 13.787/18 orienta sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para guardar, armazenar e manusear prontuários de pacientes, de modo que os prontuários em papel ou digitalizados poderão ser eliminados ou devolvidos ao paciente, decorrido o prazo mínimo de vinte anos a partir do último registro, exceto em caso de potencial uso em estudos e pesquisas

nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais ou para fins legais e probatórios, que esse prazo pode ser diferenciado mediante regulamento (BRASIL, 2018).

Essa legislação, portanto, possibilita que o documento digitalizado e armazenado em conformidade com as normas e regulamentação, terá o mesmo valor probatório do documento original, de modo que o prontuário seja totalmente eletrônico, desde a digitação dos dados do paciente pelo profissional durante o atendimento, até o seu armazenamento e manuseio em banco de dados, sem necessidade de contato com o papel (BRASIL, 2018; GONÇALVES, 2019).

Atualmente, o prontuário em papel apresenta desvantagens em relação ao prontuário eletrônico, tais como dificuldade de organização de extenso volume de dados; informação disponível somente a um profissional ao mesmo tempo; baixa mobilidade; legibilidade deficiente; ambiguidade e perda frequente da informação; multiplicidade de pastas; dificuldade de pesquisa coletiva; falta de padronização; dificuldade de acesso; fragilidade do papel e necessidade de amplos espaços nos serviços de arquivamento, tornando o armazenamento ineficiente (CFM e SBIS, 2012).

Estudos têm demonstrado o impacto positivo que a implementação de um PE pode imprimir para os profissionais de saúde, pacientes, gestores e toda a equipe envolvida nos cuidados à saúde. O PE tem como vantagens a utilização de ferramentas de alerta e de apoio à decisão, contribuindo para a redução na possibilidade de erro, que tem como consequência, a transmissão de uma maior segurança ao paciente (CFM e SBIS, 2012).

Além disso, o PE pode significar redução de custos para a instituição que o adota e maior segurança das informações, que podem ser compartilhadas com outros profissionais e instituições que estão cuidando do paciente, em tempo real, possibilitando a interoperabilidade, integralidade e continuidade do cuidado à saúde (CFM e SBIS, 2012). Segundo CFM e SIBS (2012), outros benefícios do PE ainda estão associados à pesquisa clínica, adesão aos protocolos clínicos e assistenciais, além de usos da informação para fins epidemiológicos e estatísticos.

O Registro Eletrônico em Saúde (RES) é definido como um conjunto de informações de saúde e assistência de um paciente durante toda a sua vida, numa forma processável eletronicamente, advindas de qualquer instituição de saúde, que engloba informações como procedimentos, consultas, administração de medicamentos, resultados de exames e informações demográficas (ARAÚJO, PIRES e BANDIEIRA-PAIVA, 2014; SBIS, 2020; PILZ, 2016). É um registro centrado no paciente e baseado nas necessidades dos serviços de saúde, bem como nos conceitos de saúde e doença de indivíduos e comunidade (ARAÚJO, PIRES e BANDIEIRA-PAIVA, 2014). Já o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), reúne apenas as

informações de saúde individuais do paciente e seu atendimento, no âmbito de uma instituição de saúde, como um registro pessoal do seu histórico de atendimentos durante todo o seu ciclo vital. (ARAÚJO, PIRES e BANDIEIRA-PAIVA, 2014; LOURENÇÃO e FERREIRA JUNIOR, 2016).

O conceito de RES abrange e transcende a noção de PEP seja em relação às suas funcionalidades, nível de integração das informações, abrangência ou potencial no uso das informações em saúde (PANITZ, 2014; PILZ, 2016). O PEP é o registro eletrônico legal do paciente criado e mantido no âmbito de cada instituição de saúde, enquanto o RES é o sistema que permite que os registros produzidos no PEP ou em outros sistemas, sejam acessados em mais de um lugar ao mesmo tempo por diferentes atores externos à instituição (PANITZ, 2014; PILZ, 2016; ARAÚJO, PIRES e BANDIEIRA-PAIVA, 2014). Ou seja, o RES tem por objetivo integrar e compartilhar informações a respeito da saúde dos indivíduos produzidas no âmbito de outros SIS utilizando um ambiente interinstitucional. Sua principal fonte de informações são os PEP que operam no ambiente institucional dos estabelecimentos que prestam atenção à saúde diretamente aos indivíduos, sem realizar acesso a informações de outras instituições (PANITZ, 2014; PILZ, 2016).

Portanto, O PEP e o RES, embora sejam suporte digital para registro e armazenamento das informações sobre os processos de cuidado e sobre a saúde dos indivíduos, diferenciam-se com relação à utilização e compartilhamento interno ou externo à instituição que produz primariamente a informação, sendo que essa diferença reside principalmente no fato de que o PEP realiza consulta e armazenamento de eventos ocorridos em uma única organização de saúde (PANITZ, 2014).

O PEP pode ou não ser fonte de informação de um RES, que possui em seu núcleo conceitual o compartilhamento de informações sobre a saúde de um ou mais indivíduos, multi-institucional, dentro de um município, estado ou país (PILZ, 2016; PANITZ, 2014). Entretanto, é de grande relevância que as informações em saúde produzidas por meio do PEP em cada instituição de saúde alimentem um RES, visto que, uma maior integração e compartilhamento de informações em saúde é fundamental para o alcance da interoperabilidade. E conseqüentemente, implica na importância da implantação dos prontuários eletrônicos integrados aos RES sobre os processos de atenção à saúde dos pacientes nas instituições de saúde (PANITZ, 2014).

Já um Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES) pode ser definido como um sistema que realiza o registro, recuperação e manipulação das informações de um Registro

Eletrônico em Saúde. Qualquer sistema que capture, armazene, apresente, transmita ou imprima informação identificada em saúde pode ser considerado como sendo um S-RES. (SBIS, 2020)

O prontuário eletrônico fornece, portanto, o registro individual da história de saúde e dos cuidados do indivíduo no sistema de saúde, sendo fonte de informação para bancos de dados nos diferentes pontos de atenção à saúde e serviços utilizados pelo paciente (LUDWICK e DOUCETTE, 2009). Além disso, essas informações podem ser disponibilizadas de modo instantâneo para todos os provedores na cadeia de assistência à saúde quando opera integrado ao RES (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010), o que permite um atendimento mais coerente com o princípio da integralidade.

A interoperabilidade funcional é a habilidade de dois ou mais sistemas trocarem informações entre si (SBIS, 2019). A atual valorização da integração e interoperabilidade fundamenta-se na crença de que esses elementos/habilidades são capazes de melhorar a qualidade das informações em saúde, de modo a oferecer uma oportunidade para profissionais de saúde adotarem os PE como uma inovação que possibilita melhorias no atendimento ao paciente através da automatização da documentação clínica (NGUYEN *et al.*, 2014).

A adoção dos PE por equipes de cuidados interdisciplinares na atenção básica, portanto, constitui uma importante ferramenta para facilitar a coordenação e a comunicação do cuidado, assim como a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde (NGUYEN *et al.*, 2014). Nesse sentido, a qualidade dos dados compartilhados, a privacidade e a confidencialidade são destaque dentre as prioridades que buscam garantir uma assistência de qualidade e a continuidade dos cuidados aos pacientes (NGUYEN *et al.*, 2014).

O apoio à coleta e armazenamento sistemáticos de dados de pacientes, portanto, produz múltiplos benefícios potenciais do PE no setor saúde (O'Donnell *et al.*, 2018). Mas apesar dos benefícios do uso do PE, a sua taxa de adoção ainda é baixa e a resistência por parte dos médicos impacta no nível geral de adoção (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010) (AJAMI e BAGHERI-TADI, 2013). Desse modo, o apoio dos médicos é importante devido à grande influência desses profissionais nas práticas de outros profissionais (BOONSTRA e BROEKHUIS, 2010). No entanto, segundo Ludwick e Doucette (2009), a adoção de uma abordagem interdisciplinar enriquece o projeto com as perspectivas das diferentes forças de trabalho envolvidas. E na atenção primária, onde cada profissional da equipe de saúde, inclusive o próprio paciente, desempenham um relevante papel na gestão dos cuidados à saúde de modo integral, como resultado de um trabalho em equipe interdisciplinar, o apoio de todos os profissionais e do paciente é fundamental para a adoção dos prontuários eletrônicos.

Para as equipes de saúde é de grande relevância o estabelecimento de trocas de informações completas, seguras, atuais e rápidas ou mesmo instantâneas para permitir o trabalho independente, integrado e colaborativo de membros de equipes multiprofissionais (CIFUENTES *et al.*, 2015). Para que ocorra a integração necessária das informações, no entanto, será preciso o apoio financeiro e esforços cooperativos entre médicos e demais profissionais de saúde, fornecedores de PE, organizações de assistência, reguladores e educadores de força de trabalho (CIFUENTES *et al.*, 2015).

Para o sucesso da implementação, é preciso que os implementadores realizem ajustes necessários às suas realidades de trabalho (LUDWICK e DOUCETTE, 2009). Os riscos para a implementação do sistema estão associados à privacidade; à precisão e integridade dos registros; segurança do paciente; confidencialidade; relações profissional-paciente, que podem ser afetadas inclusive pelo posicionamento dos monitores de computador; ansiedade da equipe em relação às mudanças nos processos já estabelecidos; tempo necessário para implementação e para aprender e se adaptar ao uso do sistema; qualidade do atendimento; e financeiro (principalmente a influência dos custos para a adoção), pois esses fatores podem inviabilizar a sua implementação (LUDWICK e DOUCETTE, 2009; NGUYEN *et al.*, 2014).

Uma liderança forte, o uso de técnicas de gerenciamento de projetos, o estabelecimento de padrões e o treinamento da equipe são apontados como características importantes para evitar riscos que comprometam o sucesso da implementação (LUDWICK e DOUCETTE, 2009). Ou seja, é importante a utilização de estratégias de implementação e treinamento para seu sucesso (NGUYEN *et al.*, 2014).

As evidências sobre o impacto dos PE nas práticas das equipes de atenção primária ainda não são totalmente estabelecidas, pois há achados contraditórios. Entretanto, de certa forma, os PE podem imprimir facilidades para o trabalho em equipe, provocando melhora da comunicação entre os membros da equipe e do acesso destes às informações do paciente e à atribuição de atividades, as quais podem ser realizadas por meio de mensagens instantâneas, *softwares* de gerenciamento de tarefas ou através da criação de modelos baseados em evidência (O'MALLEY *et al.*, 2015; CIFUENTES *et al.*, 2015).

Em relação ao tempo, o estudo de Ludwick e Doucette (2009), revelou que em geral, os sistemas de informação em saúde não ofereciam economia de tempo, nem exigiam mais tempo para documentação, pelo contrário, após a implantação, houve uma pequena diminuição no tempo para concluir as atividades clínicas (LUDWICK e DOUCETTE, 2009). Já no estudo de Silva *et al.* (2018), a implementação de prontuário eletrônico produziu sobrecarga de trabalho para os profissionais gerada a partir da demanda do cadastramento da população e alimentação

do sistema de informação, percebida como uma limitação frente ao processo de trabalho nos serviços.

Os PE podem imprimir também barreiras para realização de cuidados em equipe interdisciplinar devido à falta de funcionalidades aprimoradas para gerenciamento de atendimento e para o trabalho em equipe; falta de interoperabilidade; de apoio à gestão de cuidados; e carência de ferramentas de gerenciamento de registro de práticas de cuidado integradas (O'MALLEY *et al.*, 2015; CIFUENTES *et al.*, 2015). Também foram consideradas barreiras, as dificuldades no rastreamento de dados dos pacientes e ausência treinamento ou treinamento inadequado dos profissionais e suporte para adaptação e reorientação dos fluxos de trabalho clínicos para realizar tarefas em equipe e para personalizar os PE para que atendam a esses fluxos de trabalho reorientados (O'MALLEY *et al.*, 2015). Em relação ao treinamento da equipe para uso do sistema, as evidências apontam que a intensidade, o tempo e a disponibilidade do treinamento têm influência nas experiências de uso do sistema (LUDWICK e DOUCETTE, 2009).

Estudos sugerem que, com o objetivo de garantir a segurança do paciente e evitar erros dos profissionais de saúde após a implementação dos sistemas, visto que não os sistemas em si, mas os processos em torno dos sistemas facilitavam os erros, deve-se buscar minimizar os erros através de treinamento da equipe e implementação adequadas e de respeito ao tempo necessário para a equipe se adaptar à mudança tecnológica (LUDWICK e DOUCETTE, 2009). Segundo O'Donnell *et al.* (2018), as práticas que passaram por transições mais suaves durante a implantação e uso do PE, reestruturaram os processos de trabalho e desenvolveram políticas e procedimentos que apoiaram a implementação. O sucesso na implantação de tecnologias da informação na saúde depende do reconhecimento do processo de trabalho, suas especificidades, sua estruturação adequada e do envolvimento das pessoas (SILVA *et al.*, 2018; NGUYEN *et al.*, 2014).

O estudo de O'Donnell *et al.* (2018) revelou que os impactos positivos da adoção dos PE incluem a possibilidade de melhora na comunicação, produtividade clínica, gerenciamento de medicação, acessibilidade dos dados (inclusive pelo uso de ferramentas de comunicação entre médicos, administradores e pacientes), segurança e confidencialidade dos registros, organização das informações do paciente e segurança do paciente. Outras áreas em que os benefícios da implementação do PE foram percebidos são as de: redução de erros de codificação em relação aos prontuários em papel; automação de funções como renovações de receitas e emissões de guias de encaminhamentos; suporte à auditoria e ao feedback, assim como a

capacidade de gerar relatórios para fins de melhoria da qualidade e planejamento de ações de saúde.

Em relação às barreiras para adoção dos PE, o estudo de O'Donnell *et al.* (2018) evidenciou a falta de conhecimento sobre o sistema e sobre como gerenciar o processo de implantação; falta de interoperabilidade em relação aos outros sistemas; elevados custos para instalar e manter o sistema eletrônico; tempo adicional necessário para inserir dados do paciente em PE que pode provocar redução no tempo de atendimento dos pacientes; preocupações com a privacidade e a segurança do paciente; introdução de novos tipos de erros médicos, como erros de digitação, adição de informações ao prontuário errado do paciente ou seleção de um item errado.

Um número grande de possíveis barreiras à implantação de PE também foi identificado por Ajami e Bagheri-Tadi (2013) em seu estudo. As barreiras identificadas por esse autor estavam relacionadas ao tempo (falta de tempo para os profissionais se familiarizassem com o sistema); aos custos elevados; à ausência de habilidade dos profissionais no computador; interrupção do fluxo de trabalho; preocupação com segurança e privacidade; comunicação entre usuários; interfaces com relação médico-paciente; falta de incentivos; complexidade do sistema (relacionada com a dedicação de maior tempo para aprender a usar o PE); espaço físico; preocupação com a capacidade de selecionar um sistema de instalação eficiente; suporte técnico; interoperabilidade; acesso a computadores; confiança do fornecedor; suporte especializado (refere-se à assistência prestada por um médico a outro médico); preocupação com a entrada de dados; experiências de treinamento; confiabilidade; troca de dados inadequada; troca de dados inadequada com outros sistemas; preocupação com a aceitação do paciente (principalmente face às interações médico-computador e médico-paciente); treinamento insuficiente; a lentidão do sistema; integração interinstitucional; e conectividade sem fio (AJAMI e BAGHERI-TADI, 2013).

No Brasil, chama a atenção que os sistemas de informação são anteriores aos prontuários eletrônicos, que teoricamente, alimentariam estes sistemas de informação. As tentativas anteriores de implementação de um cartão SUS articulado ao prontuário eletrônico fracassaram. Contudo, mais recentemente, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído através da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, é um sistema de informação em saúde nacional em vigor adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é responsável pela operacionalização do SISAB e tem como objetivo concretizar a busca por um SUS eletrônico (e-SUS), que se

configura em novo modelo de gestão de informação para apoiar os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2018).

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, para a consolidação de uma APS como organizadora do sistema de atenção à saúde e principal nível de atenção que identifica as necessidades de saúde da população, avanços ainda são necessários, de modo que ela observe seus atributos essenciais nas práticas de cuidado à saúde (PILZ, 2016).

Nesse sentido, os registros e a organização do processo de trabalho na APS têm papel fundamental para garantir os atributos essenciais da APS no processo de cuidar. Sendo assim, o uso do PEC para os registros das informações em saúde e organização do processo de trabalho, devem buscar garantir a **atenção à saúde no primeiro contato**, através da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou episódio de um mesmo problema; **a longitudinalidade**, por meio da existência de uma fonte regular de atenção à saúde e seu uso ao longo do tempo, ou seja, do estabelecimento de uma atenção continuada ao longo do tempo; **a integralidade**, através da abordagem de um cuidado integral ao indivíduo e sua família, pela resolutividade e atenção multiprofissional, para que o usuário possa receber todo o cuidado que necessite; e pela **coordenação do cuidado**, por meio da articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, para o alcance de um objetivo comum, sendo a informação um elemento chave para estar presente (BRASIL, 2021a; PILZ, 2016).

Souza et al. (2018) evidenciaram em seu estudo que ao final de 2018, 49% das UBS no país utilizavam algum sistema de prontuário eletrônico, sendo que, destas, 50% utilizavam o e-SUS AB. Em 2019, 92,2% dos municípios brasileiros apresentavam algum grau de implantação do e-SUS AB, com 20,2% dos municípios considerados com status totalmente “implantado” (CIELO, 2020). No atual contexto político do Brasil, percebeu-se o desenvolvimento recente de ações de estímulo à adoção de prontuário eletrônico no SUS e informatização da Atenção Primária à Saúde (APS), que podem ter relação com o interesse político no movimento de cadastramento da população nas equipes de Saúde da Família, já que este agora é um dos elementos do cálculo utilizado pelo programa “Previne Brasil”, política que modificou o modelo de financiamento da APS no âmbito do SUS para os municípios, em vigor desde janeiro de 2020 (BRASIL, 2020). Em substituição ao número de habitantes e de eSF, as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (BRASIL, 2020; MASSUDA, 2020).

Uma dessas ações é o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – “Informatiza APS”, instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, com o objetivo de apoiar a informatização de todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP) e de qualificar os dados em saúde do país. Essa portaria considera informatizada, todas as equipes eSF e eAP que estiverem fazendo uso correto e o envio adequado dos dados do sistema de prontuário eletrônico nos ambientes de atendimento direto ao cidadão ao ministério da saúde, sendo que o prontuário eletrônico indicado a ser adotado preferencialmente foi o prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e-SUS APS, além de, propor a identificação única do cidadão pelo Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) (BRASIL, 2020). Nesse sentido, uma outra ação importante, consiste na criação da portaria nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para a implementação do programa e será calculado com base nas informações registradas no SISAB (BRASIL, 2020).

Atualmente, a identificação individualizada dos usuários no SUS é realizada por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou por meio do CPF, no qual cada cidadão possui um número de acesso ao sistema, cujo objetivo é identificar o usuário em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar a sua evolução dentro do sistema, possibilitando a integração das informações do usuário (BRASIL, 2020).

A estratégia e-SUS orienta e organiza o processo de reestruturação do sistema de informação em saúde nacional, e tem como pressupostos a individualização dos registros em saúde; a integração das informações dos diferentes sistemas de informação oficiais da AB; a redução da coleta de dados para apenas um único instrumento; a informatização das unidades e serviços de saúde; a utilização de novas tecnologias para gestão do cuidado; uso de informação de qualidade na coordenação do cuidado (BRASIL, 2018). Com isso, espera-se que essa reorganização propicie uma qualificação dos dados registrados pelas equipes de saúde da família, além de facilitar o registro de informações e diminuir subnotificações (THUM, BALDISSEROTTO e CELESTE, 2019).

A estratégia e-SUS Atenção Básica, portanto, visa atender de forma mais abrangente e eficaz às necessidades de saúde da população, principalmente no cotidiano das práticas vivenciadas pelos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família (GAETAE e LEITE, 2016; BRASIL, 2018 a). E desde a criação do e-SUS, as mudanças resultantes da sua implantação foram planejadas para ocorrer de forma gradual. E vale ressaltar que, de acordo com Alves *et al.* (2017), “a transição de um modelo de sistematização da informação implica

na necessidade de incorporação de novas práticas profissionais, baseadas na capacitação desses para um novo fluxo de informação”.

O sistema e-SUS AB é composto por dois softwares para coleta dos dados, sendo eles, o CDS e o PEC. O primeiro, o sistema com coleta de dados simplificada, é um sistema criado para transição e apoia o processo de coleta de dados por meio de 10 fichas e sistema de digitação. Já o segundo sistema, o PEC, é um sistema com prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS (BRASIL, 2018).

As fichas de CDS podem passar por alterações anuais ou bienais, visando melhorias, conforme a necessidade apontada pelos municípios e pactuação tripartite. O CDS tem como objetivo ser uma estratégia de coleta de dados por meio de instrumentos com questões estruturadas, na qual a maioria das perguntas são fechadas e possibilitam a obtenção de dados de cadastros da população do território adstrito às UBS, das visitas domiciliares, dos atendimentos e das atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de AB. Esses dados devem ser digitados no CDS off-line ou PEC e, posteriormente, enviados para o SISAB por meio do PEC com conectividade à internet (BRASIL, 2018).

As dez fichas que compõem o CDS utilizada pela equipe de Atenção Básica são: Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Procedimentos, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Vacinação, Ficha de Visita Domiciliar, Marcadores de Consumo Alimentar e Ficha Complementar (BRASIL, 2018).

Além de prontuário odontológico do paciente, o PEC possui funcionalidades para organizar a demanda da unidade, gerenciar a agenda dos profissionais e notificar procedimentos realizados no SIA/SUS, devendo seguir as orientações do Conselho Federal de Odontologia (CFO) (THUM, BALDISSEROTTO e CELESTE, 2019). Em 2002, O CFO produziu um documento com orientações sobre os campos do prontuário odontológico, sendo eles: o campo de identificação do profissional, onde é obrigatório colocar, no mínimo, o nome do profissional, o nome da profissão e o número de inscrição no conselho regional; o campo de identificação do paciente, onde deve-se registrar, inclusive, a forma como o paciente chegou até o profissional; o campo da anamnese com queixa principal nos termos utilizados pelo paciente para o conhecimento dos sintomas subjetivos, evolução da doença atual, história médica e odontológica com informações do passado e presente do paciente; o campo de exame clínico, composto pelo exame clínico extra-oral e intra-oral, que permite o reconhecimento dos sinais e sintomas objetivos das alterações encontradas pelo examinador; o campo do plano de tratamento, apresentando todas as possibilidades de tratamento com explicação detalhada,

mesmo aquelas que o profissional não tenha condições de executar; o campo de evolução e intercorrências, com anotação de todos os passos do tratamento executado.

Abrangendo as orientações do CFO sobre os prontuários odontológicos, a funcionalidade do PEC está estruturada pelo modelo de Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) e tem como uma das principais ferramentas o método SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) para registro do cuidado. Desse modo, no decorrer do tempo, cada registro irá compor a história clínica do cidadão, que será organizada por problema, ou seja, considerado como tudo aquilo que pode requerer uma ação da equipe de saúde. Este modelo também é conhecido por história clínica orientada ao problema (HCOP) ou por Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP) (BRASIL, 2018).

O registro do atendimento utilizando apenas o SOAP, como ocorre no e-SUS AB, permite o registro integrado sobre a situação de saúde do cidadão buscando organizar o registro das notas de evolução do paciente de modo padronizado. Para isso, o SOAP está organizado em uma sequência de quatro itens que tem início com a realização dos registros referentes ao relato do paciente sobre o motivo da consulta ou problema de saúde (Subjetivo); em seguida, registram-se as observações do profissional de saúde, exame físico e exames laboratoriais (Objetivo); a avaliação do profissional em relação às queixas e achados, definindo problemas clínicos (Avaliação); e por fim, anota-se a conduta a ser adotada (plano preventivo-terapêutico) (BRASIL, 2018; DEMARZO, OLIVEIRA e GONÇALVES, 2010).

Silva *et al.* (2018), consideram fundamental, repensar a coleta e o registro das informações nos sistemas de software da estratégia e-SUS para além do uso de papéis, de modo que, desde o domicílio do usuário ou nas unidades de saúde da família, já seja realizado o cadastro das informações no sistema de registro eletrônico, conforme definido na estratégia e-SUS. Os autores verificaram a difusão da estratégia e-SUS AB como uma inovação tecnológica, sendo reconhecida como tal e apresentando situações potencializadoras de sua aceitação, tais como a sua contribuição para o acompanhamento de pacientes e integração das informações nos diferentes pontos da rede assistencial. Contudo, predominam as situações potencializadoras de sua rejeição, tais como: incompatibilidades do sistema de registro de dados com o processo de trabalho; informatização precária das unidades de saúde; implantação com insuficiência de tempo adequado para a estruturação das equipes e organização dos processos de trabalho; capacitação deficiente; sobrecarga de trabalho com a implantação da tecnologia; questões éticas geradas com relação à privacidade e confidencialidade das informações individuais dos usuários, pois alguns profissionais acabam por assumir a digitação de dados gerados por outros; resistências para o uso da tecnologia; e efeitos negativos sobre a assistência (Silva *et al.*, 2018).

O estudo de Silva *et al.* (2018) teve como principal evidência que os sistemas de software da estratégia e-SUS AB, tem incorporado a lógica do processo de trabalho em saúde, com foco na produtividade e cumprimento de metas, de modo que, são percebidos pelos profissionais da equipe de saúde da família como um instrumento do processo de trabalho que está limitado ao arquivamento e registro da produção, sem considerar a sua relevância no processo de tomada de decisões. Nesse sentido, a importância do registro adequado dos dados nos sistemas, pode ser até mesmo desconhecida por alguns profissionais, sendo essa tecnologia percebida como uma imposição dos gestores, com interesses associados ao repasse de recursos financeiros, o que influencia, portanto, na forma de sua utilização e contribui para gerar resistência e conflitos devido à obrigatoriedade de adotar uma tecnologia sem o devido preparo e sem a construção de um significado para a prática cotidiana desses profissionais (Silva *et al.*, 2018).

O registro da prática clínica dos profissionais de saúde na Atenção Básica através do PEC, portanto, segue uma tendência mundial de adoção de prontuários eletrônicos de saúde para organização das práticas de cuidado e processos de trabalho no setor saúde (BRASIL, 2018). Na Estratégia de Saúde da Família, o PEC possibilita a organização e padronização das informações em saúde no processo do cuidar, de acordo com princípios de acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade e coordenação do cuidado, buscando prover o cuidado centrado nas pessoas, nas famílias e nas comunidades de seu território, respeitando o contexto sociocultural (BRASIL, 2018). A adoção do PEC, portanto, gera potenciais contribuições para melhorar a qualidade das informações em saúde, assim como, a comunicação e articulação entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, dando subsídios aos profissionais de saúde na tomada de decisões em seus processos de trabalho, contribuindo para o aprimoramento na qualidade e eficiência das ações de saúde no SUS, mas é fundamental que se tenha um olhar atento para o processo de implantação dessa inovação tecnológica nas equipes de saúde.

4.1.2. O Processo de Trabalho do Cirurgião-dentista da Atenção Básica

“Trabalho” é definido por Mendes-Gonçalves (1988) como a “transformação de fragmentos parciais da natureza (objetos do trabalho) através de gasto de energia (o trabalho propriamente dito, a atividade do trabalho) e do uso de certos recursos (instrumentos de trabalho)”.

Mendes-Gonçalves (1988) defende que os objetos, a atividade e os instrumentos são aspectos mutuamente dependentes e inter-relacionados. Além disso, o trabalho humano tem

como diferencial em relação a outros tipos de trabalho, o fato de estar ancorado na ideia de “finalidade” e “necessidade”, pois os objetos, instrumentos e atividades estão orientados em direção a um fim, com possibilidades de construção de um projeto separado da sua execução, e subordinada à uma sociedade e modo de produção com acumulação de excedentes. As necessidades correspondem aos projetos que organizam os trabalhos, de modo que “finalidade” e “necessidade” demonstram a divisão social do trabalho, e juntamente com a “sociabilidade humana”, relacionada com o fato de que os homens estabelecem relações sociais históricas entre si, através de suas relações com objetos e instrumentos, possibilitam uma compreensão do trabalho humano (MENDES-GONÇALVES, 1988).

O processo de trabalho humano é, portanto, um processo histórico de produção social e os instrumentos de trabalho só são compreensíveis dentro desse processo de produção, pois as suas características técnicas estão significadas através das relações sociais de produção capitalista que organizam a sociedade e adquirem qualidade de eficácia diferenciada a depender do contexto histórico (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Minayo-Gomes, Machado e Pena (2013) ressaltam, entretanto, que o conceito de processo de trabalho surgiu para interpretar o modo de acumulação de capital no trabalho produtivo industrial-fábrica no contexto de surgimento do operariado industrial urbano, e portanto, passou por grandes transformações na lógica produtiva até o contexto atual, de modo que, foram promovidas mudanças na composição da força de trabalho, tais como a introdução de novos padrões de terceirização, subcontratação e precarização do trabalho.

Nesse sentido, para MENDES-GONÇALVES (1988) as práticas de saúde não podem ser explicadas com a redução das mesmas aos seus aspectos técnicos. Segundo esse autor, elas são objetos possíveis de conhecimento, mas ao investigá-las e propor julgamentos, é de extrema relevância o esforço para superar limitações relacionadas aos aspectos subjetivos históricos e sociais, explorando características contextuais políticas, econômicas, organizacionais das instituições produtoras de serviços de saúde e dos agentes sociais do trabalho.

As potencialidades da análise dos processos de trabalho estão condicionadas à adoção da interdisciplinaridade para estabelecer e articular os planos do contorno social, econômico, político e cultural (definidores das relações travadas nos espaços de trabalho e das condições de reprodução dos trabalhadores); com o plano referente à algumas características dos processos de trabalho com potencial repercussão na saúde (principalmente a subjetividade do trabalhador) (MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997 apud MINAYO-GOMES, MACHADO E PENA, 2013). Segundo esse autor, conceitos como risco, carga de trabalho, exigências ou requerimentos, estão associados às condições materiais ou a componentes qualitativos das

organizações do trabalho, podem auxiliar na identificação de efeitos potenciais ou reais sobre grupos.

Segundo o autor, “a ideia de tecnologia *apropriada* reconhece nos instrumentos de trabalho as características qualitativas e quantitativas capazes de defini-los como adequados aos projetos de mudança e desenvolvimento social” (MENDES-GONÇALVES, 1988). Pois, o conceito de tecnologia *apropriada*, traz a tecnologia atrelada a um determinado modelo de desenvolvimento que se almeja, no qual as tecnologias devem ser desenvolvidas e difundidas não apenas em razão de fatores voltados para a competitividade e aumento da produtividade, mas principalmente por fatores sociais, culturais, políticos, econômicos que promovam a inclusão social e satisfação das necessidades da população mais vulnerável, inclusive, através da formulação de políticas públicas adequadas (ABIKO, 2003; KON, 2017). E, de acordo com Mendes-Gonçalves (1988), para que houvesse um concreto desenvolvimento social, seria necessário que os ganhos de produtividade e o acúmulo de excedentes econômicos permitisse a diminuição das desigualdades sociais produzidas pela forma de apropriação desse excedente econômico acumulado, que sobrepõe a produção de mais ou melhores produtos. Portanto, o estabelecimento de um concreto desenvolvimento social encontra barreiras no contexto atual, pois confronta a lógica do sistema de capitalismo financeirizado presente no modo de produção globalizado e suas relações. O Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012, estabelece que:

Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. (CFO, 2012).

Segundo Farias e Sampaio (2011), a odontologia no Programa de Saúde da Família teve um maior incentivo a partir da criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - “Brasil Sorridente”, lançada em março de 2004. A PNSB foi idealizada com o objetivo de reorganização da atenção em saúde bucal e qualificação das ações e serviços oferecidos, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico na atenção básica e especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

As diretrizes da PNSB, portanto, propõem uma reorganização das práticas em saúde bucal em todos os níveis de atenção, de modo que, a produção do cuidado incorpore a humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, e o processo de consultar

e atender produza conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário, com estímulo a criação de consciência sanitária. Essa política, destaca ainda, a importância de que as práticas em saúde bucal sejam construídas a partir de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada território, que pode dar contribuições para que essa prática venha a ser efetivamente resolutive (BRASIL, 2004b).

O processo de trabalho em saúde bucal, proposto na PNSB, está pautado nos princípios de gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade, como norteadores das suas ações. De modo que, o processo de trabalho em saúde bucal, para estar em conformidade com o conceito ampliado de saúde e modelo de atenção integral à saúde, requer equipes de saúde bucal com atuação interdisciplinar e multiprofissional; capacitadas para oferecer atenção integral no nível individual e coletivo, através de ações conjuntas de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação nos dois níveis; equipes que desenvolvam ações intersetoriais para promoção da saúde que transcendam a dimensão apenas da saúde bucal e englobem demais práticas de saúde coletiva; equipes que organizem o processo de trabalho para garantir a ampliação e qualificação da assistência, através do acesso a procedimentos mais complexos e conclusivos com relação às necessidades de saúde dos pacientes que buscarem a assistência; equipes com condições adequadas de trabalho garantidas; e equipes, cujo processo de trabalho, seja orientado por parâmetros discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal nas esferas nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2004b).

A Estratégia de Saúde da Família, implementada em 1994 pelo Ministério da Saúde e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, é uma estratégia para a organização da atenção básica, objetivando ampliar o acesso, criar vínculos com a população e aprimorar a qualidade da atenção. A ESF tem como aspectos fundamentais, o território e a população adscrita; o trabalho em equipe; a intersetorialidade; e as visitas domiciliares (BRASIL, 2004b). Além desses aspectos, em uma equipe multiprofissional é também fundamental compreender a existência de atores com ações dotadas de valores, posições e poderes (BRASIL, 2004b). Portanto, todos esses aspectos inter-relacionados estão compreendidos nas práticas envolvidas no processo de trabalho em saúde bucal na ESF no SUS.

Em relação à reorganização das práticas em saúde bucal (uma das principais linhas de ação dessa política) especialmente com a implantação das equipes de saúde bucal na ESF, Barros e Chaves (2003), chamam a atenção em seu estudo, de que a incorporação das equipes de saúde bucal ao PSF nos municípios, sem que ocorra uma adaptação da proposta à realidade local, torna essa ação verticalizada. Além disso, mesmo que haja uma ampliação da oferta de

serviços odontológicos nos municípios, essa expansão ainda não possibilita determinar uma mudança de prática na atenção à saúde bucal desses municípios (BARROS e CHAVES, 2003).

Farias e Sampaio (2011), destacam ainda, que a equipe multiprofissional, requer uma articulação das ações, a interação comunicativa dos atores e a superação do isolamento dos saberes. Para que isso aconteça, é necessário a adoção da perspectiva usuário-centrada, em substituição ao modelo médico-centrado, e que essa mudança só seria possível através da mudança das práticas das equipes. E a adoção de práticas interdisciplinares, consiste no abandono de uma concepção fragmentária e adoção de uma concepção unitária do ser humano, possibilitando um processo participativo e de partilha de saberes na equipe e com usuários (Farias e Sampaio, 2011). Entretanto, a presença das equipes de saúde bucal pode acentuar as disputas de poder-espaco ou as questões de autoafirmação da especialidade entre os profissionais da equipe, fatores que contribuem para que os trabalhadores de saúde tenham dificuldades em compartilhar saberes (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

Além disso, Farias e Sampaio (2011), observam que a equipe de saúde bucal (eSB) já tem a sua inserção no PSF como uma equipe fragmentada da equipe de saúde da família (eSF), e essa fragmentação ocorre na assistência e ao nível da gestão, o que segue a lógica do modo de produção capitalista, a qual adota uma concepção fragmentadora na produção do cuidado e geradora de oportunidades de mercados e mercadorias, e reducionista, que valoriza o quantitativo de procedimentos. Para esses autores, a própria formação biologicista, influencia o processo de trabalho desses profissionais, dificultando a troca de saberes com os outros membros da equipe e limitando a sua atuação em processos terapêuticos usuário-centrado, individual e coletivo.

Diante da relevância da informação em saúde de qualidade para a análise da situação de saúde, permitindo a formulação de políticas públicas de saúde e planejamento de ações pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, é fundamental a avaliação constante dos sistemas que registram e produzem informações no setor saúde, assim como, a capacitação dos profissionais que utilizam esses sistemas nos seus processos de trabalho.

Avaliações sobre os efeitos da implantação dos sistemas informatizados como o PE sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente dos cirurgiões-dentistas e do pessoal auxiliar são ainda recentes. Os resultados dos estudos já realizados são contraditórios e são poucos os estudos realizados no Brasil, tratando de serviços públicos.

A avaliação do impacto de um programa de intervenção depende do potencial de um conjunto de ações, associada às condições de implementação do programa. Mesmo que, uma estratégia tenha impacto potencial, é fundamental avaliar o seu impacto real, pois a avaliação

de impacto possibilita verificar a parcela do impacto potencial que foi dissipada por condições adversas (BARROS e LIMA, 2012; BARROS *et al.*, 2019).

4.2. MÉTODO

4.2.1. Tipo de Estudo

A abordagem metodológica adotada foi a pesquisa avaliativa do tipo intervenção longitudinal, que foi conduzida por meio de um desenho de estudo do tipo “quase experimental”, utilizando métodos quantitativos e qualitativos (FORMIGLI e VIEIRA-DASILVA, 1994).

A validade interna de um estudo de caso depende de dois fatores, sendo eles, tanto a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo, como também a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico (YIN, 1984 apud HARTZ, 1997). A validade interna depende ainda da capacidade do pesquisador de minimizar a presença de vieses que comprometem as conclusões da pesquisa (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Portanto, o aprimoramento de alternativas metodológicas na pesquisa avaliativa contribui para o aumento da validade interna da pesquisa. Além disso, uma avaliação orientada pela teoria tem a vantagem de contribuir com a validade externa ou reprodutibilidade em larga escala (HARTZ, 1999 apud MEDINA *et al.*, 2005).

Utilizando-se essa combinação de estratégias metodológicas, o presente estudo buscou realizar julgamento sobre quais seriam os efeitos da implementação do prontuário eletrônico do cidadão para o processo de trabalho do cirurgião-dentista no município de Dias D'Ávila (BA).

A medida dos efeitos de uma prática auxilia na decisão e avaliação de gestores e profissionais acerca da efetividade da sua utilização, sendo que estratégias e desenhos de pesquisa quase experimentais são uma das opções indicadas para avaliar intervenções que atuam em um contexto com comportamentos variados dos atores (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Por isso, foi aplicado no presente estudo, onde uma intervenção foi conduzida pelos pesquisadores em um serviço odontológico em funcionamento na Atenção Básica de um município de médio porte.

A pesquisa avaliativa, segundo Vieira-da-Silva (2005), corresponde a um julgamento realizado sobre as práticas sociais, tais como políticas, programas e serviços de saúde, sendo que tal julgamento é formado através da busca de respostas às perguntas sobre características

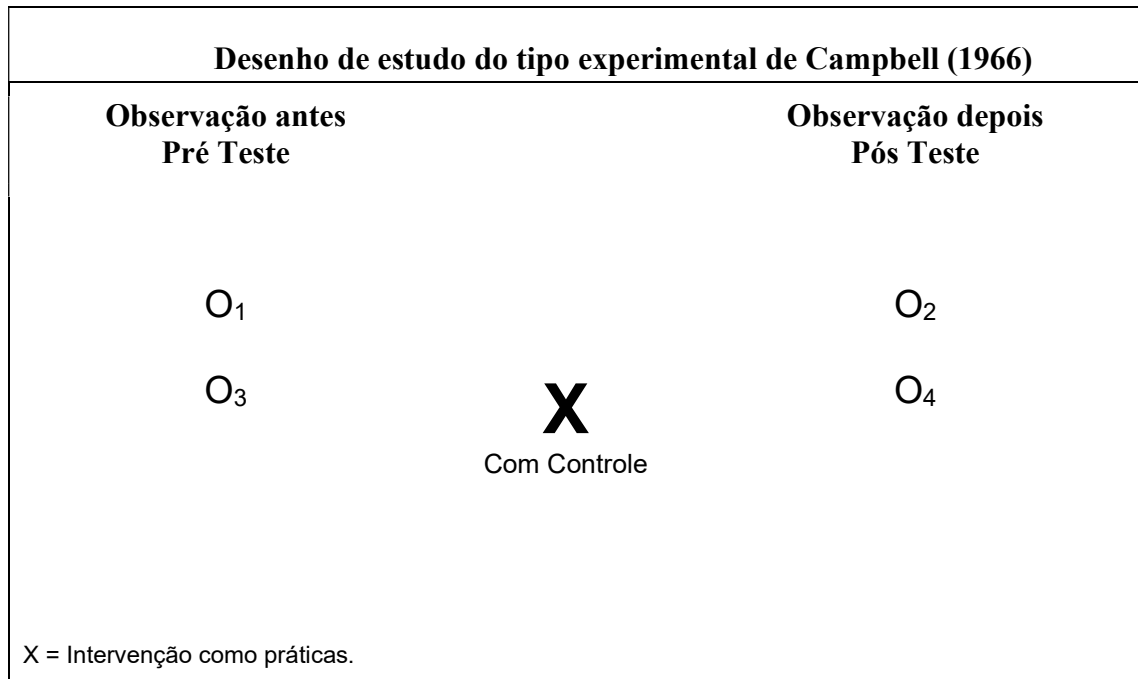
das práticas. Vieira-da-Silva (2005) contribuiu para uma concepção ampliada de avaliação ao substituir na definição de avaliação de Contandriopoulos (1997), de que esta seria um “julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”, o conceito de “intervenção” do autor pelo conceito de “práticas sociais” de Bourdieu (2002), por referir a consolidação da avaliação enquanto espaço de estudo sobre práticas sociais se aproximando de uma das práticas da sociologia em saúde. Nesse sentido, o pesquisador deve considerar na sua avaliação a natureza social e histórica das ações e práticas de saúde (objetos da avaliação em saúde), e que ao se modificarem em função do tempo e contexto, o objeto se transforma também no e pelo próprio processo de pesquisa (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; MEDINA *et al.*, 2005).

Contandriopoulos define a pesquisa avaliativa como:

[...] o procedimento consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

O estudo controlado é considerado o desenho "ideal" na perspectiva metodológica quantitativa. Nesse estudo, um grupo experimental é comparado a um grupo controle, selecionados aleatoriamente e observados antes e depois da intervenção realizada no grupo experimental (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994). A representação do tipo de desenho experimental desenvolvido por Campbell e Stanley (1963) baseia-se num “X” que corresponde a uma determinada intervenção como práticas e num “O” que corresponde à observação feita antes ou depois da mesma (Figura 1).

Figura 1. Representação do desenho de estudo do tipo experimental de Campbell (1966).



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Campbell (1966) apud Vieira-da-Silva e Formigli (1994).

Desse modo, $O_1 \text{ X } O_2$ corresponde a um tipo de desenho onde é feita uma observação O_1 e, subsequente à intervenção, é realizada uma nova observação O_2 , que será comparada com a anterior (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994).

O presente estudo possui caráter quase experimental e seguirá o modelo “antes” - “depois” com grupo controle não aleatório ou correspondente. Os estudos de antes e depois são uma modalidade de ensaio clínico não randomizado (quase experimental) (NEDEL e SILVEIRA, 2016). Os ensaios clínicos randomizados (ECR) ou estudos experimentais, caracterizam-se pela manipulação artificial da intervenção por parte do pesquisador, administrando-se uma intervenção e observando o seu efeito sobre o desfecho (NEDEL e SILVEIRA, 2016). Já no estudo quase experimental, há um grupo intervenção e um grupo controle, mas a designação dos participantes para cada grupo não se dá de forma aleatória, como no ECR, mas por conveniência do pesquisador (NEDEL e SILVEIRA, 2016). Nos desenhos quase experimentais, ou o grupo controle não é selecionado aleatoriamente ou se trata de estudos de séries temporais (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994).

Na primeira etapa, foi realizada avaliação *ex-ante* do processo de trabalho (PT) na perspectiva dos profissionais de saúde. Foram aplicados questionários e realizadas entrevistas com os cirurgiões-dentistas das cinco equipes de saúde da família (eSF) que tiveram o PEC implantado e com os cirurgiões-dentistas de outras cinco eSF que não passaram por esta

implantação e são considerados “controle” ou “não expostos”, totalizando 11 cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa na primeira etapa, em algumas unidades com cirurgiões-dentistas que atuavam na USF pelo programa de residência, participaram os residentes e também preceptores. Nesta primeira etapa, também foram realizadas a compra e instalação dos equipamentos para a implantação do PEC nas USF com intervenção. Ao final da etapa, foi implementado o prontuário eletrônico em três unidades de saúde da família com saúde bucal (SB), onde atuavam 05 equipes, sendo elas: Entroncamento 1 e 2, Varginha, Nova Dias D'Ávila e Cristo Rei. As cinco equipes que não tiveram a intervenção (implantação do PEC) foram: Concórdia 2, Bosque, Centro e Genaro 1 e 2. Dessas cinco equipes, duas não possuíam cirurgiões-dentistas no período de realização da coleta de dados *ex-ante*: Centro e Genaro 2, sendo realizada a coleta de dados da categoria dos cirurgiões-dentistas com três equipes consideradas do grupo “não expostos”, ou seja, sem intervenção. A escolha das equipes não foi aleatória, mas determinada de acordo com as necessidades da gestão da saúde local. O treinamento das equipes de saúde bucal que tiveram o PEC implantado foi realizado de modo remoto devido à pandemia da Covid-19 por uma técnica da Diretoria da Atenção Básica no Estado da Bahia – DAB/Sesab. O treinamento foi realizado em três de novembro de 2020, no turno da manhã e tarde, e devido a problemas na rede de internet do telessaúde, o treinamento ocorreu através do Google Meets. No turno da tarde, devido aos problemas na internet e na conexão com o sistema do PEC, o treinamento foi remarcado e aconteceu no dia dez de novembro de 2020. No dia seguinte ao treinamento, as equipes de saúde bucal já poderiam iniciar o uso do prontuário eletrônico. Ajustes de ordem logística e suporte tecnológico para apoiar as equipes envolvidas com o uso do prontuário eletrônico, ocorreram nesse momento. Uma equipe composta por 05 apoiadoras da intervenção, realizaram o monitoramento e apoio à implantação e utilização do PEC pelos profissionais de modo remoto e presencial entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021. Foram criados grupos por meio de WhatsApp por categoria profissional, entre os profissionais e as monitoras, para facilitar o contato para suporte ao uso do PEC nesse período.

A implantação do PEC no município teve como apoio, a gestão do municipal de saúde, o grupo de pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, a responsável técnica de Telessaúde da SESAB e os profissionais de saúde. Embora, na percepção dos cirurgiões-dentistas participantes, não tenha sido possível identificar alguns desses elementos através dos instrumentos de coleta de dados devido aos fatores de limitação da pesquisa.

A segunda etapa, que consistiu na realização da avaliação *ex-post*, estava prevista após um período de seis meses de implantação do PEC nas unidades de saúde, mas devido ao contexto da pandemia, houve um atraso no cronograma e a necessidade de readequação das estratégias para a coleta de dados dessa etapa. Com isso, a coleta de dados com o público-alvo dos cirurgiões-dentistas da ESF na segunda etapa da pesquisa teve início em outubro de 2021, através da realização das primeiras entrevistas, após onze meses da implantação e uso do PEC pelos cirurgiões-dentistas das equipes de saúde da família participantes consideradas “teste” ou “expostos”.

Na segunda etapa, o número total de cirurgiões-dentistas da AB participantes foram seis, sendo que, cinco pertenciam ao grupo teste e um ao grupo controle. Um segundo dentista do grupo controle manifestou não ter interesse em participar e uma das equipes do grupo controle estava sem dentista durante o período de realização da segunda etapa da pesquisa. Dos cirurgiões-dentistas participantes, um do grupo teste e um do grupo controle, participaram também da etapa *ex-ante*. O cenário ideal seria que todos os cirurgiões-dentistas que participaram da etapa *ex-ante* participassem da etapa *ex-post*, mas esse cenário foi modificado pelas limitações enfrentadas nesse estudo como mudanças no grupo político na gestão da prefeitura municipal após as eleições municipais de 2020, que teve como consequência a troca de muitos profissionais no setor da saúde no município. Outras limitações correspondem ao tempo do programa de residência que limitou o tempo de permanência dos cirurgiões-dentistas residentes na atenção básica do município; a condição do vínculo empregatício através do contrato temporário dos profissionais; e a pandemia da covid-19 que impactou nos processos de trabalho das equipes da AB e na vida dos profissionais, usuários e pesquisadores.

4.2.2. O Modelo Teórico-lógico

O presente estudo constituiu-se em um dos objetivos do Subprojeto 2- “pesquisa - avaliação da Implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) para a rede de Atenção à Saúde no município de Dias D’ávila (BA)” que tem como pesquisadores o Prof. Dr. Rafael Damasceno de Barros; o Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza; a doutoranda Lizeth Yubalena Orozco Beltran; a mestrande Ana Paula Portugal Chagas Valente; e o doutorando Jesus Enrique Patiño Escarcina. De modo que, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Roteiro de Entrevistas, Questionários e Modelo Teórico-lógico do Subprojeto 2 (Anexos 1, 2, 3, 4 e 5) foram construídos durante reuniões semanais da equipe de pesquisadores, com contribuições dos orientadores dos pesquisadores participantes. No modelo estão

presentes os conceitos teóricos de processo de trabalho de Mendes-Gonçalves (1979, 1992), além de conceitos teóricos de avaliação de qualidade de Donabedian (1990, 2005), Lima (2009), e entre outros autores presentes nas revisões de literatura realizadas pelo grupo.

O modelo teórico-lógico contribuiu para a validação da construção do estudo e sua confiabilidade (HARTZ, 1997). O conhecimento sobre a teoria de um programa, seu contexto e interações orientam investigações diminuindo a limitação do seu poder explicativo, de modo que a elaboração de modelos lógicos ou teóricos constituem uma importante estratégia metodológica para avaliação de programas (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Ademais, a construção de modelos lógicos para avaliação de programas possibilita o conhecimento das diretrizes, pressupostos e objetivos do programa, assim como busca explicar as relações entre a intervenção, implementação e resultados com a imagem-objetivo do programa, considerando os contextos envolvidos (CHEN, 1990 apud VIEIRA-DA-SILVA; MEDINA *et al.*; 2005). A elaboração do modelo lógico permite, portanto, definir com mais clareza o que deve ser medido e a contribuição do programa nos resultados observados, pois numa etapa de avaliação *ex-post*, possibilita a comparação entre os resultados esperados e os resultados obtidos efetivamente (MEDINA *et al.*, 2005; IPEA, 2018).

Para Denis e Champagne (1997), “a análise da influência da interação entre a intervenção e o contexto de implantação visa explicar as variações dos efeitos observados após a introdução de uma intervenção”. Os fatores contextuais de uma intervenção podem contribuir para aumentar os efeitos por ela produzidos (interação sinérgica) ou bloqueá-los (interação antagônica) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Os processos pelos quais os programas são implementados são tão importantes quanto o resultado e podem envolver a participação de diferentes agentes, modificando as relações interpessoais entre os mesmos, de modo que, esse pode ser considerado um resultado relevante (PATTON, 2002 apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Com isso, analisar atributos relacionais entre os agentes das ações pode auxiliar a identificar características relacionadas ao acolhimento; à garantia ou não de direitos, tal como o direito à privacidade; e das relações no trabalho (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Portanto, um outro relevante aspecto a ser considerado em uma intervenção é a compreensão dos diferentes agentes envolvidos. São eles que dão sua forma particular em um dado momento em um dado contexto. E cada um dos agentes pode ter seus próprios objetivos em relação à intervenção e sua avaliação (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A apreciação do processo busca saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados e é composta por três dimensões: a dimensão técnica (adequação

dos serviços às necessidades), a dimensão das relações interpessoais (a interação psicológica e social que existe entre os clientes e os produtores de cuidados) e a dimensão organizacional (acessibilidade aos serviços, extensão da cobertura dos serviços oferecidos pela intervenção considerada, assim como a globalidade e a continuidade dos cuidados e dos serviços) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Donabedian (1988) propôs avaliar o objeto da pesquisa abordando a estrutura (recursos materiais, humanos e organizacionais), o processo (relação profissional-usuário) e os resultados (produtos das ações e modificação do estado de saúde da população) (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994).

Desse modo, visando se apropriar dos conhecimentos acerca do programa e seus objetivos; planejar a sua implementação e obter subsídios para enfrentar as possíveis limitações de explicações na análise das relações entre resultados, processos da implantação, contexto e suas variações, a autora elaborou para um estudo mais amplo, o modelo teórico-lógico da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Básica, foco da presente dissertação, que teve como base para a sua construção, o modelo teórico-lógico do Subprojeto 2 (Anexo 5).

Foi elaborado também um modelo lógico da pesquisa avaliativa de resultados do uso do PEC nas práticas dos cirurgiões-dentistas da AB (Figura 2). Para esclarecimento, adotou-se no presente estudo para o termo “efetividade”, o significado de efeito de uma intervenção em sistemas operacionais (condições reais), o que difere da eficácia que ocorre em situação experimental (DONABEDIAN, 1990; MAYNARD; MCDAID, 2003 apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Destaca-se ainda, que o conceito de impacto está relacionado ao efeito de intervenções em condições reais, ou seja, com o mesmo sentido do termo “efetividade”, entretanto, o impacto designa o efeito de uma intervenção em grandes intervalos de tempo ou em grandes grupos populacionais, o que não se aplica ao presente estudo (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O termo “efeito” significa produto, resultado de uma ação, consequência (DICIO, 2023). Nas leituras realizadas durante a construção dessa dissertação, o termo “efeito” esteve relacionado com frequência aos impactos em uma avaliação de impacto, mas esse termo pode referir-se a resultados ou impactos, sendo que os termos “resultados” (*outcomes*) são efeitos ou mudanças de curto e médio prazo, enquanto os “impactos” (*impacts*) são efeitos ou mudanças de mais longo prazo no público-alvo da intervenção ou na sociedade como um todo (CASA CIVIL; IPEA, 2018).

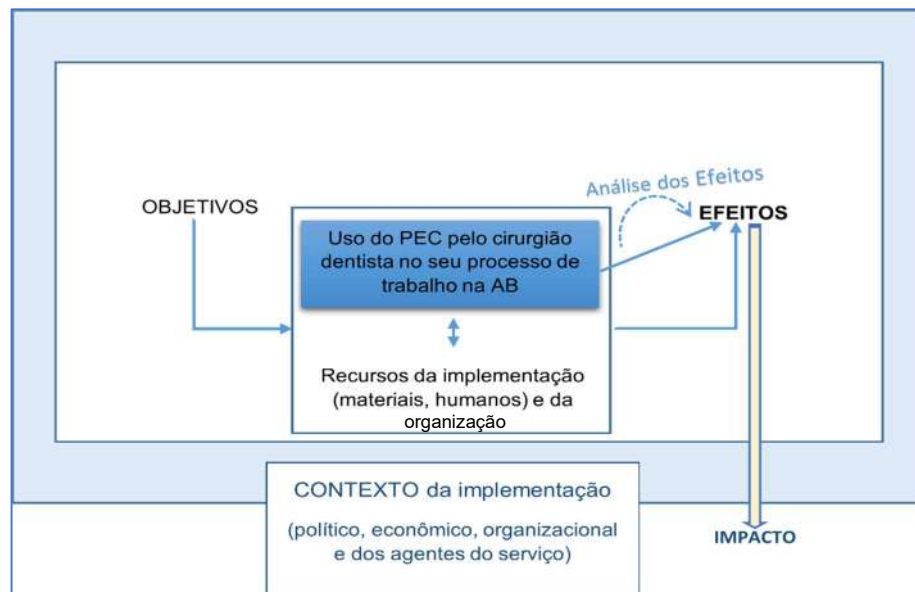
A avaliação de resultados é o acompanhamento da mudança na situação (*outcomes*) do público-alvo que o programa busca afetar e tem como foco as características dessa população ao invés das características do programa, como na avaliação de implementação. A avaliação de impacto, por sua vez, busca a identificação da relação causal entre o programa e o resultado de interesse na população, ou seja, ela baseia-se num conceito de causalidade, possibilitando a identificação de quanto dos resultados obtidos realmente é causado por uma política implementada (BATISTA e DOMINGOS, 2017; CASA CIVIL; IPEA, 2018). A avaliação de impacto, pode ser considerada um estágio final do processo avaliativo (BATISTA e DOMINGOS, 2017).

Portanto, o presente estudo foi uma pesquisa avaliativa dos resultados da implementação do PEC, não se caracterizando como uma avaliação de implantação, pois não faz uma avaliação do grau de implantação ou análise das relações entre o grau de implantação, contexto e efeito das ações (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A pesquisa avaliativa, consiste em elaborar, por meio de procedimentos que utilizem o método científico, um julgamento *ex-post* de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes (HARTZ *et al.*, 2016; HARTZ, 1997). Um dos tipos de análise que pode ser feita é a análise dos efeitos, devido à importância da determinação dos efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida (HARTZ, 1997).

No modelo lógico, a intervenção corresponde à implantação do PEC nos serviços odontológicos da ESF na AB, a qual necessita de recursos (materiais, humanos e da organização) para que ocorra (Figura 2). Na perspectiva dos profissionais de saúde bucal, a implementação dessa intervenção, corresponde aos processos de execução e uso dos recursos da implantação, ou seja, corresponde ao uso do PEC pelos cirurgiões-dentistas no seu processo de trabalho na ESF. Essa intervenção atende a uma dada necessidade da gestão municipal em um contexto específico político, econômico, organizacional e dos agentes de serviço no município do estudo.

É importante destacar que alguns fatores contextuais podem contribuir para o processo de implantação, bem como para aumentar os efeitos por ela produzidos. Bem como, alguns fatores contextuais podem dificultar a implantação ou diminuir seus efeitos (DENIS e CHAMPAGNE, 1997) (Figura 2).

Figura 2. Modelo Lógico da pesquisa avaliativa de resultados do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão nas práticas do cirurgião-dentista da Atenção Básica.



Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de HARTZ, 1997.

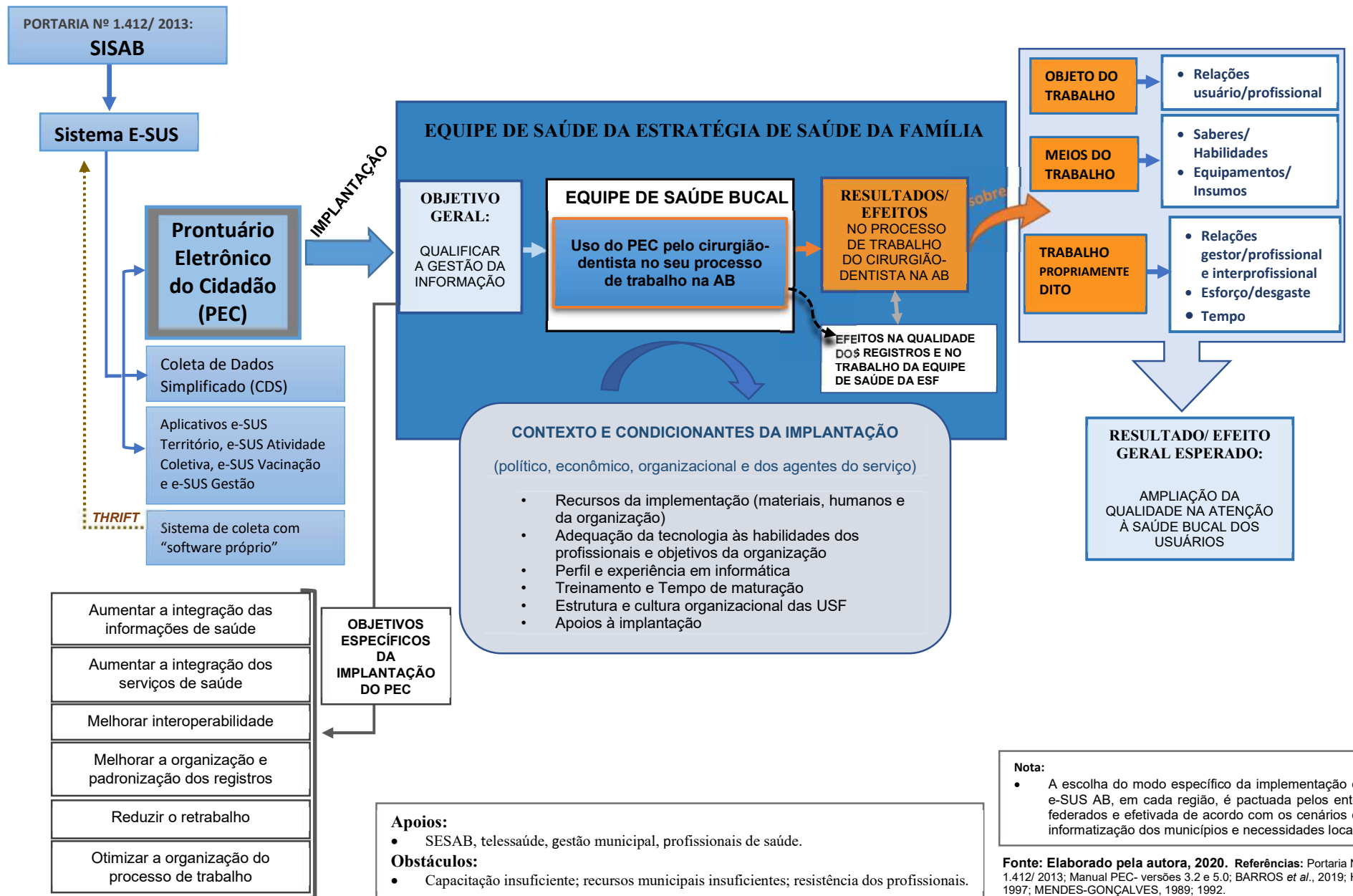
Foi também elaborado um modelo lógico da implementação do PEC na Atenção Básica, resultado do estudo de avaliabilidade da implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão em município de pequeno porte desenvolvido em trabalho prático apresentado à disciplina Avaliação de sistemas e serviços de saúde (ISC 535) (Apêndice 1), que também auxiliou na construção do modelo teórico-lógico do estudo.

Para o presente estudo, foi elaborado o modelo teórico-lógico da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Básica (Figura 3). A implantação do PEC na equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família tem como objetivo geral qualificar a gestão da informação em saúde, por meio da melhora na qualidade da informação e otimização do seu uso, e para sua implantação, necessita dos recursos da implantação (materiais e humanos) disponíveis e recursos da organização. Cabe destacar que o processo de implantação sofre influência do contexto e de diversos condicionantes (político, econômico, organizacional e dos agentes do serviço). Com a implantação e o uso do PEC pelos cirurgiões-dentistas no seu processo de trabalho na ESF, espera-se que ocorram alguns resultados ou efeitos sobre o processo de trabalho desses profissionais. Além disso, o uso do PEC pelos cirurgiões-dentistas pode gerar efeitos sobre a qualidade dos registros e sobre o processo de trabalho dos demais profissionais da equipe da ESF, bem como os efeitos da implantação do PEC na qualidade dos registros e no processo de

trabalho dos outros profissionais da equipe também geram efeitos no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas (Figura 3).

Os efeitos esperados sobre o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas com o uso do PEC podem ocorrer sobre três componentes: meios de trabalho (saberes/habilidades e equipamentos/insumos), trabalho propriamente dito (relações interprofissionais; relações gestores-profissionais; esforço/desgaste; e tempo) ou sobre o objeto de trabalho (relações usuário-profissional) (Figura 3).

Figura 3. Modelo Teórico-lógico da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Básica.



4.2.3. Técnicas de Produção de Dados

Na etapa *ex-ante*, as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com os cirurgiões-dentistas da ESF, constituída por seis perguntas orientadoras (Anexo 2) e foi aplicado para o participante um questionário autoaplicável que possuiu 48 questões de marcar, sendo utilizada, na maioria das questões, a escala do tipo *likert* numa escala de 0 a 10 (Anexo 1). Além disso, os dados, relatórios e registros das unidades de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde foram analisados.

A utilização de técnica de coleta quantitativa e qualitativa, ou seja, mistas, contribui para redução das possíveis limitações dessas abordagens quando utilizadas de modo isolado e para a diminuição dos problemas de generalização de resultados referida por alguns autores sobre avaliações de efetividade (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Segundo Bourdieu (1998 apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005), é relevante a utilização de todas as técnicas possíveis para analisar o objeto de investigação.

Os critérios adotados para participação dos profissionais de saúde da ESF na pesquisa foram: a) estar atuando no serviço há seis meses b) os cirurgiões-dentistas da segunda etapa serem das mesmas equipes que participaram da primeira etapa.

As entrevistas foram gravadas e realizadas mediante marcação prévia da data, em comum acordo com os profissionais participantes da pesquisa, coordenadores da Atenção Básica, gestores, entrevistadores e Secretário de Saúde.

A etapa *ex-post* foi realizada sob o contexto da pandemia, como os fatores espaciais de restrição ao quantitativo de pessoas em certos espaços e medidas de distanciamento social em geral. Dessa forma, na segunda etapa da pesquisa, deu-se preferência em contactar os trabalhadores da saúde utilizando ferramentas digitais como e-mail, WhatsApp, ligação telefônica, aplicativos de videochamada como Google Meet e ZoomPro. Para isso, antes de dar início à coleta da segunda etapa da pesquisa foi realizada uma reunião com os gestores do município para informar sobre a nova dinâmica de realização das entrevistas e aplicação dos questionários.

Os questionários foram transferidos para o formato digital utilizando o serviço do Jotform. Os questionários digitais possuíram 55 questões e foram enviados para os trabalhadores de saúde participantes da pesquisa por e-mail e/ou WhatsApp. Nessa etapa, as entrevistas foram realizadas antes da aplicação dos questionários e para a realização das entrevistas, foi feito um contato prévio com a coordenadora da atenção básica, coordenadora de saúde bucal e com os cirurgiões-dentistas utilizando e-mail e/ou WhatsApp, onde realizou-

se o agendamento das mesmas de acordo com interesse do trabalhador em participar da pesquisa e com sua disponibilidade de horário para tentar garantir que não houvesse prejuízo nas suas atividades nos serviços de saúde.

Devido às mudanças e limitações que o contexto da pandemia impôs à pesquisa e ao processo de trabalho dos profissionais da atenção básica no período da pesquisa, foram necessários ajustes no cronograma da pesquisa, com redução do escopo da dissertação e a coleta de dados no modo virtual que foi realizada onze meses após a primeira etapa. Além disso, por questões contextuais relacionadas à troca de gestão no município, houve a necessidade de incluir novas perguntas no roteiro de entrevistas para ser aplicado somente aos cirurgiões-dentistas, dentro dos temas do questionário, mas como pergunta de entrevista, com a finalidade de ter elementos que possibilitassem entender melhor e analisar o efeito do Prontuário Eletrônico do Cidadão no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas no município de Dias D'Ávila (BA), que está compreendido em um dos objetivos do Subprojeto 2 : "Avaliação do efeito do apoio logístico do PEC no processo de trabalho e satisfação dos profissionais de saúde". O novo roteiro de entrevista proposto para os cirurgiões-dentistas da atenção básica que estão utilizando o PEC possuiu quatorze perguntas e para os cirurgiões-dentistas que não utilizam o PEC foi composto por 11 perguntas (Apêndices 3 e 4). As perguntas do roteiro de entrevistas pertenceram às seguintes categorias para análise qualitativa: a) Adaptação ao sistema de registro de cuidados; b) Percepções sobre o sistema de registro de cuidados; c) Percepções sobre o processo de trabalho; d) Acesso; e) Percepção de satisfação; f) Contexto da implantação.

4.2.4. Características do Município

O município de Dias D'Ávila, que em 2010 passou a compor um dos treze municípios da região metropolitana de Salvador, com área de 183,759 km² e população estimada de 83.705 habitantes no ano de 2021, é considerado um município de médio porte por possuir entre 25 e 100 mil habitantes (CALVO et. al, 2016; S. SILVA, B. SILVA, M. SILVA, 2015; 2014; IBGE, 2020). No ano de 2019, o município teve repasses federais para a saúde de R\$ 17.857.438,39 (total bruto) e repasses de custeio de R\$ 17.778.328,39 (líquido) e R\$ 17.803.438,39 (valor bruto). Do repasse de custeio, R\$ 9.585.975,33, foram destinados à Atenção Básica do município, segundo dados do Fundo Nacional de Saúde, o que corresponde a 53,68%. Para a atenção à saúde bucal no município em 2019, foi destinado o valor de R\$ 262.800,00, que representa 1,47% dos repasses federais para a saúde, e 2,74% dos repasses para a Atenção

Básica, sendo que o único repasse federal de investimento do ano na saúde foi destinado para a saúde bucal (FNS, 2023) (Tabela 1).

Em 2020, os repasses federais para a saúde no município foram de R\$ 25.222.288,74 (total bruto), sendo que 31,5% foram destinados à Atenção Básica. Em 2021, os repasses federais para a saúde no município foram de R\$ 20.408.896,36 (total bruto), sendo que 48,5% foram destinados à Atenção Básica (Tabela 1). Observou-se que em 2019, o valor do repasse federal para a APS no município foi maior do que nos anos de 2020 e 2021. Com as mudanças promovidas pelo novo modelo de financiamento, o Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, não foi possível determinar com precisão o percentual da Atenção Básica destinado à Saúde Bucal em 2020 e 2021, pois no Fundo Nacional de Saúde não estava especificado um valor de custeio destinado à saúde bucal. Após a implementação do novo modelo de financiamento, os valores de repasse das transferências para o município estavam especificados no FNS como “incentivo financeiro da APS - capitação ponderada”, “incentivo financeiro da APS - desempenho” e “incentivo financeiro para ações estratégicas”.

O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS), instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, e que faz parte da estratégia conecte SUS, destinou ao município transferências nos valores de R\$ 37.400,00 em 2020 e R\$ 52.700,00 em 2021, sendo um dos seus principais objetivos apoiar a informatização das unidades de saúde da AB (FNS; BRASIL, 2021b).

Tabela 1. Total de Repasses fundo a fundo para o município de Dias D’Ávila no ano de 2020 e 2021.

Componente	Total de repasses em 2020 e 2021		
	Custeio (R\$)	Investimento (R\$)	Total (custeio+ investimento)
2019			
Saúde	17.803.438,39	54.000,0	R\$ 17.857.438,39
Atenção Básica	9.531.975,33	54.000,0	R\$ 9.585.975,33
Atenção à Saúde Bucal	208.800,00	54.000,0	R\$ 262.800,00
% AB/Saúde	53,5		53,7
% Saúde Bucal/AB	2,1		2,7
2020			
Saúde	23.992.461,74	1.229.827,00	25.222.288,74
Atenção Básica	8.817.494,12	35.480,00	8.852.974,12
Atenção à Saúde Bucal	-	35.480,00	-
% AB/Saúde	36,7	2,9	35,1
2021			

Saúde	20.408.896,36	0	20.408.896,36
Atenção Básica	9.906.100,84	0	9.906.100,84
Atenção à Saúde Bucal	-	0	-
% AB/Saúde	48,5	0	48,5

Fonte: FNS, 2023.

A receita total do município em 2019 contabilizou R\$ 185.406.040,99, sendo que, no total dos recursos transferidos para a saúde, a participação das transferências da União é alta, correspondendo a 95,11%. Em 2021, esse percentual da participação das transferências da União na saúde do município aumentou para 99,95%. A participação da receita própria aplicada em Saúde foi de 17,46% em 2019 e aumentou para 19,59% em 2021, cumprindo o mínimo de 15% do total de recursos financeiros próprios municipais que devem ser aplicados na saúde, conforme a Lei Complementar nº 141/2012 (Tabela 2).

O município possui um IDH de 0,67, considerado mediano (0,500 e 0,799) em relação ao seu desenvolvimento (Tabela 2). Está na décima nona posição em relação à média de salário dos municípios da Bahia com um salário médio mensal de 2,5 salários mínimos para os trabalhadores formais e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18% em 2020 (IBGE, 2020). Contudo, a renda per capita mensal menor do que meio salário mínimo, ou seja, menor do que R\$ 550 reais, considerando o salário mínimo de R\$1.100,00 em 2021, era uma realidade para aproximadamente 46,7% da população. Portanto, vivendo com menos de R\$ 550 reais por mês, essa população era considerada dentro da linha de pobreza, pois o IBGE, seguindo os indicadores do Banco Mundial, classifica como pobreza uma renda diária inferior a US\$ 5,50 por dia. Vale lembrar que a classificação de pobreza para adquirir o benefício do programa bolsa família, considera em situação de pobreza a renda per capita entre R\$ 100,01 a R\$ 200, e em situação de extrema pobreza, aqueles com renda até R\$ 100 (BRASIL, 2021c).

O município funciona com um sistema de saúde composto por: 01 Academia da saúde (desativada em 2022 para reforma); 01 Farmácia central; 01 Central de regulação de serviços de saúde; 01 Centro de atenção psicossocial; 01 Centro de controle de zoonoses; 01 Centro de especialidades odontológicas; 01 Unidade de Vigilância Sanitária, 01 Centro de distribuição de vacinas; 01 Hospital Geral Municipal, 01 Unidade de Pronto Atendimento e 15 Unidades Básicas de Saúde (Tabela 2).

A Atenção Primária à Saúde no município está organizada em vinte e uma equipes, sendo dezenove equipes da ESF e duas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família

(NASF) na modalidade I. As equipes de saúde bucal, por sua vez, estão organizadas em 13 equipes de saúde da família com saúde bucal na modalidade I, única modalidade presente no município (TABNET-DATASUS, 2020) (Tabela 2). Na atenção secundária, o CEO do tipo I teve a sua competência inicial em outubro de 2006 e atualmente, atende as especialidades de endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais e traumatologia bucomaxilofacial.

Tabela 2. Indicadores do município de Dias D'Ávila segundo os aspectos sociodemográficos, econômicos e do sistema de saúde, 2019.

Variáveis	n
Aspectos sociodemográficos e econômicos	
População (2021)*	83.705
Índice de Desenvolvimento Humano (2010) *	0,676
Produto Interno Bruto Per capita (2019) *	R\$ 42.624,25
% de pessoas vivendo com renda per capita < do que 1/2 salário mínimo (2010) **	46,73
Taxa de analfabetismo (%)**	8,3
Indicadores de Saúde	
Taxa de Mortalidade Infantil (2020) (%)*	12,43
Cobertura Populacional Estimada da AB (%)***	86,25
Cobertura populacional estimada de Saúde da Família (%)***	82,26
Total de Equipes de Saúde da Família**	19
Número de Equipes do NASF MOD I**	2
Total de Equipes de Saúde na AB (eSF + equipes NASF) **	21
Número de Centro de Saúde/Unidade Básica de saúde**	13
Número de Postos de Saúde**	3
Número de Hospitais Gerais**	2
Serviços Públicos de Saúde Bucal	
Equipes de saúde da Família com Saúde Bucal (somente eSB MOD I no município) **	13
Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (%)***	56,28
Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (%)***	75,11
Financiamento em Saúde	
Receita Total (Própria + Transferências) (2019) #	185.406.040,99
Gastos com Saúde (2019)###	19.833.688,35
Gastos com Saúde (2021)###	27.535.310,42
Participação das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município (2019 /2021) (%)###	96,17 / 99, 95
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde (2019 /2021) (%)###	53,44 / 53,68

Despesa com investimentos na despesa total com Saúde (2019 /2021) (%)###	3,02 / 0,95
Transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde (2019 /2021) (%)###	48,57 / 42,90
Receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012 (2019/ 2021) (%)###	17,46 / 19,59

Fonte: * IBGE, 2023. ** DATASUS, 2020.*** e-GESTOR, 2020.

###TCM (com dados informados pelo gestor para exercício de 2019), 2020. #### SIOPS, 2023.

4.2.5. Validação

A validade e confiabilidade aferem a qualidade dos instrumentos de medida (FRIAS, LIRA e HARTZ, 2005). Nesse sentido, além da contribuição do modelo lógico para a validação de construção do estudo e sua confiabilidade, houve a validação dos instrumentos de coleta para buscar coerência entre o objeto a ser medido e o instrumento de coleta (FRIAS, LIRA e HARTZ, 2005). O questionário foi desenvolvido, apresentado e discutido em reunião com gestão e apoiadores institucionais do município.

Os entrevistadores passaram por um treinamento de quatro turnos e nesse treinamento, a pesquisa, seus objetivos e métodos foram apresentados. O instrumento de coleta foi totalmente revisado e discutido com o grupo. Houve um momento final de autoaplicação dos questionários por cada entrevistador, com monitoramento do tempo de início e término, seguido de discussão do grupo sobre percepções, críticas e sugestões para o instrumento de coleta, o que contribuiu para correções e adequações na linguagem e formulação dos questionários e entrevistas. Os instrumentos de coleta foram aplicados pelos pesquisadores, em dupla, como parte de um estudo piloto realizado anteriormente, em uma unidade de saúde da família de Dias D'Ávila que não participou do estudo nem como caso e nem como controle. Após a aplicação dos questionários junto à equipe, o grupo reuniu-se para discussão e compartilhamento das suas observações e anotações acerca da experiência de aplicação dos questionários, com as dificuldades percebidas pelos entrevistadores em relação à utilização dos instrumentos de coleta pelos profissionais de saúde, resultando em documento escrito para aprimoramento dos instrumentos.

4.2.6. Plano de Análise

Com a decisão de pesquisadores e gestores de implantar o PEC em Dias D'Ávila, foi desenvolvido um processo de acompanhamento e avaliação adotado antes mesmo da implantação efetiva do PEC, como estratégia para permitir a identificação e a medição de seus efeitos sobre os serviços de saúde.

Para a realização da análise dos dados dos questionários, todos os dados foram organizados em uma planilha Excel, de acordo com as respostas de cada entrevistado. E para a análise de conteúdo dos dados das entrevistas, todas foram transcritas e organizadas em documento no Microsoft Word, de acordo com as categorias orientadoras.

O modelo teórico-lógico elaborado guiou a análise sobre as evidências encontradas no processo de implantação.

Quadro 1. Plano de análise por objetivo específico deste estudo, 2020.

Objetivo	Desenho de Estudo e Categorias	Fonte de Dados
Descrever o processo de implantação do PEC nas equipes de saúde bucal da Atenção Básica do município de Dias D'Ávila;	<p>Condições de Implantação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexto (político, econômico, organizacional); - Apoios para implantação; - Obstáculos para implantação; - Perfil e experiência em informática; - Condições do Treinamento, infraestrutura das unidades e monitoramento dos equipamentos; - Habilidade com a tecnologia; - Adaptação ao sistema; - Adequação aos objetivos e à estrutura e cultura organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observações do pesquisador; - Documentos das reuniões do grupo; - Questionários; - Entrevistas.
Caracterizar as mudanças do uso do PEC no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família no município de Dias D'Ávila- BA;	<p>Resultados do Uso do PEC no PT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efeitos no objeto de trabalho, trabalho propriamente dito e meios de trabalho; - Pontos Negativos no uso do PEC; - Pontos Positivos no uso do PEC; - Interação com o paciente; - Comunicação com equipe; - Sistema de marcação de consulta e Acolhimento; - Fluxo das informações com uso do PEC; - Qualidade e satisfação dos CD com o uso do PEC; 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionários; - Entrevistas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2. Plano de análise dos efeitos no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas de acordo com as questões relacionadas a cada componente do processo de trabalho.

Efeitos sobre o processo de trabalho	Objeto do Trabalho (usuário)	Relação usuário/profissional	29. Você tem uma boa relação com os usuários no atendimento.	40. Você tem uma boa relação com os usuários no atendimento.	
			31. De modo geral o sistema de registro de cuidados facilita as interações com o usuário na consulta.	42. De modo geral o PEC facilita as interações com o usuário na consulta.	
		Percepção do tempo gasto pelo usuário	NA	60. O PEC reduziu/aumentou o tempo gasto pelo usuário no fluxo entre os setores da Unidade?	
		Adequação da tecnologia	18. O Sistema de Registro de Cuidados facilita o atendimento aos usuários?	27. O PEC facilitou o atendimento aos usuários?	
	Trabalho propriamente dito (ações e atividades do cirurgião-dentista)	Percepção do esforço/desgaste na realização do trabalho	NA	43.1 Em que grau avalia sua carga de trabalho?	
			32. A implantação do PEC incrementará sua carga de trabalho	NA	
			NA	43.3. Em comparação com o registro manual no papel, a implantação do PEC aumentou /diminuiu sua carga de trabalho?	
				16. Qual seu grau de facilidade para o preenchimento das fichas CDS	24.1. Grau de facilidade no PEC para registro das suas atividades (Atendimentos, Procedimentos, Atividade Coletiva e as demais)?
			NA	NA	58. Em comparação com o registro manual de informações no papel, usar o PEC contribuiu para agilizar a realização de suas atividades do cotidiano
			NA	NA	55. Em comparação com o registro manual no papel, com o uso do PEC aumentou a sua produtividade.
			42. Quanto tempo você dedica para o preenchimento dos documentos (fichas de encaminhamentos, prontuário, prescrições,	59.1. Quanto tempo você dedica ao preenchimento dos documentos (fichas de encaminhamentos, prontuário, prescrições, classificação de riscos e outros)?	

			classificação de riscos e outros)?	
			19. O SRC atual contribui para o melhor desempenho do seu trabalho.	28.1. O PEC contribui para o melhor desempenho do seu trabalho.
		NA		45.2 Com que frequência registra informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas do SUS ou outros).
		NA		45. O PEC reduziu a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas do SUS). *
	Relações: interprofissional		33. O sistema de registro de cuidados atual facilita a consulta dos registros de outros profissionais da unidade.	46. O sistema de registro de cuidados facilita a consulta dos registros de outros profissionais da unidade.
			34. O sistema de registro de cuidado permite uma boa troca de informação entre os profissionais facilitando a tomada de decisão sobre o tratamento dos usuários.	47. O sistema de registro de cuidado permite uma boa troca de informação entre os profissionais facilitando a tomada de decisão sobre o tratamento dos usuários?
		NA		49. O uso do PEC contribuiu para a delimitação das atribuições de cada profissional na unidade?
			25. As relações de trabalho são competitivas na unidade.	37. Em que grau as relações de trabalho são competitivas na unidade.
			26. As relações de trabalho são cooperativas na unidade.	38. Em que grau as relações de trabalho são cooperativas na unidade.
	Encaminhamento de usuários		44. O sistema de registro de cuidados atual facilita o encaminhamento de um usuário para a realização de procedimentos e consultas de Média e Alta Complexidade.	61. O PEC facilita o encaminhamento de um usuário para a realização de procedimentos e consultas de Média e Alta Complexidade.

		Relações: gestor / profissional	36. Qual o grau de facilidade para produzir as informações necessárias aos Sistemas Informação do SUS? (SISAB, SisPrenatal, SINASCe outros)?	50. Qual o grau de facilidade/dificuldade para produzir as informações dos Sistemas Informação do SUS? (SISAB, SisPrenatal, SINASCe outros)?
			37. Qual o grau de facilidade para produzir as informações solicitadas pela gestão em relação a determinadas condições dos usuários (ex.: perfil epidemiológico dos usuários de uma localidade)?	51. Qual o grau de facilidade/dificuldade para produzir as informações solicitadas pela gestão em relação a determinadas condições dos usuários (ex.: percentagem de usuários hipertensos de uma localidade)?
			38. O sistema de registro de cuidados favorece o compartilhamento e discussão de informações entre profissionais e gestores?	52. O PEC favorece o compartilhamento e discussão de informações entre profissionais e gestores?
	Meios de trabalho	Saberes/ habilidades	30. Em que grau você considera a qualidade técnico-científica do seu atendimento aos usuários?	41. O PEC favorece a qualidade técnico-científica do meu atendimento aos usuários.
			38a. Qual seu grau de facilidade para analisar dados epidemiológicos (no de hipertensos, gestantes, recém-nascidos, dentre outros dados) referentes aos usuários de sua unidade?	53. Grau de facilidade/dificuldade para analisar dados epidemiológicos (nº de hipertensos, gestantes, recém nascidos, dentre outros dados)?
			39. Com que frequência você utiliza dados ou informações do sistema e-SUS no seu processo de trabalho?	54.1. Com que frequência você utiliza dados ou informações do sistema PEC nas suas atividades?
		Equipamento s/ insumos	40. Com que frequência acessa os relatórios e-SUS?	54.3 Com que frequência acessa os relatórios e-SUS da sua equipe? 54.4 Com que frequência acessa o relatórios e-SUS das suas próprias atividades?

Fonte: Elaboração própria.

4.2.7. Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os entrevistados foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia, sob o certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE) de número **22875519.2.0000.5030**, visando preservar a integridade, dignidade, liberdade e autonomia dos voluntários participantes da pesquisa de acordo com as disposições das Resoluções nº 466/2012 e 510/ 2016 (BRASIL, 2012; 2016).

Os entrevistados participaram da pesquisa de forma esclarecida, livre e voluntária, mediante a concessão de consentimento oral e escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram dados aos entrevistados todos os esclarecimentos e informações sobre a pesquisa de maneira clara, e garantidos aos mesmos o direito de desistirem a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo, assim como respeito à sua privacidade e confidencialidade das informações pessoais. Além disso, houve o cuidado dos entrevistadores no contato prévio com os profissionais e agendamento de horários acordados com a coordenação de saúde bucal e os cirurgiões-dentistas para que o atendimento ao usuário não fosse prejudicado, durante a realização das entrevistas nas unidades básicas de saúde ou por meio virtual. Foi também estabelecido um termo de Anuência com a Secretaria de Saúde.

5. RESULTADOS

5.1. *EX-ANTE*: O REGISTRO EM PAPEL NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O perfil sociodemográfico dos cirurgiões-dentistas das eSB do município de Dias D'Ávila onde o PEC foi implantado (grupo intervenção) revelou que todos são do sexo feminino, a maioria com idade entre 30 a 40 anos (57,1%), com pós graduação em andamento ou finalizada (57,2%). No grupo controle, os cirurgiões-dentistas eram 50% do sexo feminino, todos na faixa etária de 20 a 30 anos e 50% possuem pós-graduação em andamento ou finalizada. (Tabela 3)

Em relação ao vínculo empregatício, a porcentagem de residentes e de contratos por tempo determinado no grupo intervenção é a mesma, assim como ocorre no grupo controle. A maior parte dos cirurgiões-dentistas do grupo intervenção possuem a carga horária de 60h (57,1%), e os do grupo controle 50%. E o tempo de trabalho desses profissionais na unidade é menor que 1 ano para 85,7% do grupo intervenção e para todos os profissionais do grupo controle (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde do município de Dias D'Ávila na etapa *ex-ante*, 2019.

Variável	Grupo Teste Antes (n=7)		Grupo Controle Antes (n=4)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	7	100	2	50
Masculino	0	0	2	50
Idade				
20-30 anos	2	28,6	4	100
30-40 anos	4	57,1	0	0
>40 anos	1	14,3	0	0
Pós-Graduação				
Não	3	42,8	2	50
Sim, incompleta	2	28,6	1	25
Sim, completa	2	28,6	1	25
Vínculo empregatício				
Residência	3	42,8	2	50
Contrato por tempo determinado	3	42,8	2	50
Outro	1	14,3		

Carga horária				
60h	4	57,1	2	50
40h	3	42,8	2	50
Tempo de trabalho				
1 a 3 anos	1	14,3	0	0
menos de 1 ano	6	85,7	4	100

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos dentistas utilizam o computador/notebook por até 2 horas, correspondendo a 85,7% no grupo intervenção e 75% no grupo controle. No grupo de intervenção 85,7% nunca fizeram curso de informática e no grupo de controle, 50% nunca fizeram também. Mas apesar dessa diferença entre os grupos, a média do grau de facilidade em edição de textos é parecida, sendo o valor da média de 8,6 no grupo intervenção e 9,0 no grupo controle (Tabela 4).

Os cirurgiões-dentistas do grupo intervenção, em sua maioria, não realizaram capacitação para o sistema CDS (57,1%) e nem sobre o sistema e-SUS (71,4%). No grupo controle, nenhum dentista realizou capacitação para o sistema CDS (100%) e 75% nunca fez capacitação sobre o e-SUS. Em relação à capacitação sobre o sistema PEC, nenhum profissional de ambos os grupos, intervenção e controle, realizaram (Tabela 4).

Tabela 4. Experiência em informática e participação em treinamentos/capacitações dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde do município de Dias D'Ávila na etapa *ex-ante*, 2019.

Variável	Grupo Teste Antes (n=7)		Grupo Controle Antes (n=4)	
	n	%	n	%
Número de horas que utiliza computador/notebook				
<1	3	42,85	1	25
01 a 02 horas	3	42,85	2	50
02 a 04 horas	1	14,3	1	25
Realização de Curso em Informática				
Sim	1	14,3	2	50
Não	6	85,7	2	50
Grau de Facilidade em edição de textos (0-10)				
Média	8,6	-	9,0	-
Capacitação sobre o e-SUS				
Sim	2	28,6	1	25
Não	5	71,4	3	75
Capacitação no preenchimento das fichas CDS				
Sim	3	42,9	0	0

Não	4	57,1	4	100
Capacitação sobre o PEC				
Sim	0	0	0	0
Não	7	100	4	100

Fonte: Elaboração própria.

A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo controle em relação ao grau de facilidade para o preenchimento das fichas CDS, são um pouco menores (média 7,7) do que no grupo de intervenção (média 8,4), embora os valores nos dois grupos sejam próximos. O grupo controle também se percebe com menores habilidades necessárias para operacionalizar o sistema de registro (5,5) e menos adaptado ao sistema de registro (média 7,5), do que o grupo intervenção (média 8,6 e 8,4, respectivamente). E a percepção dos cirurgiões-dentistas foi que o sistema de registro em papel não contempla todos os serviços da unidade (Tabela 5).

Tabela 5. Adaptação dos cirurgiões-dentistas ao sistema de registro de cuidados na Atenção Primária à Saúde do município de Dias D'Ávila na etapa *ex-ante*, 2019.

Variável (Likert 0-10)	Grupo Teste Antes	Grupo Controle Antes
	(n=7)	(n=4)
Grau de facilidade para o preenchimento das fichas CDS		
Média	8,4	7,7
Possuo todas as habilidades necessárias para operacionalizar o sistema de registro		
Média	8,6	5,5
Grau de adaptação ao sistema de registro		
Média	8,4	7,5
O SRC em papel contempla todos os serviços da unidade		
Média	4,1	3,5

Fonte: Elaboração própria.

Nota-se, portanto, que o perfil dos trabalhadores nos grupos teste e controle, com relação ao vínculo empregatício, escolaridade, carga horária de trabalho e tempo de atuação na unidade, não apresentam diferenças significativas. Além de possuírem perfil parecido de capacitação no e-SUS e PEC, bem como na percepção com relação à facilidade em edição de textos. Houve diferenças entre os grupos teste e controle com relação às habilidades necessárias para operacionalizar o sistema de registro em papel, cuja variação percentual foi de 36,05% nos valores médios apontados pelos cirurgiões-dentistas dos diferentes grupos. E houve uma pequena diferença percentual de 10,71% no valor médio atribuído

pelos grupos com relação à sua adaptação ao sistema em papel, onde observou-se que o grupo intervenção apresentou maior percepção de adaptação ao sistema de registro de cuidados. Em ambos os grupos, houve a percepção de que o sistema de registro em papel não contempla todos os serviços da unidade. Portanto, não se observou diferenças significativas entre o grupo teste e o grupo controle.

5.2. PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O REGISTRO EM PAPEL

5.2.1. Dificuldades e Aspectos para Melhoria no Prontuário em Papel

A etapa *ex-ante* revelou que os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema de prontuário em papel enfrentaram no seu processo de trabalho dificuldades para acessar as informações do paciente. As dificuldades de acesso às informações dos pacientes relatadas pelos cirurgiões-dentistas foram no acesso aos prontuários e, uma vez que estavam com o prontuário em mãos, enfrentaram também dificuldades em acessar as informações do paciente contidas no prontuário. Além disso, a dificuldade de organização externa dos prontuários (organização dos prontuários no local onde são guardados) e interna (organização das informações dos pacientes dentro do prontuário) dificultaram o acesso às informações dos pacientes e que ocorresse em tempo oportuno à realização das atividades desses profissionais na estratégia de saúde da família. Inclusive, uma relevante dificuldade relatada pelos cirurgiões-dentistas do grupo teste na etapa *ex-ante* consistiu na grande demanda de tempo que necessitou ser empregada no uso desse sistema de registro. Esse grupo relatou ainda dificuldades importantes enfrentadas no preenchimento dos registros nos prontuários em papel e a percepção de uma carga de trabalho alta e cansativa e com uma grande demanda de atendimento. Houve dificuldades no fluxo de informação com o uso sistema e-SUS AB CDS relacionadas à obtenção de dados suficientes para análise dos resultados e perfil do atendimento, além da insegurança sobre a digitação correta das fichas CDS no sistema (Quadro 3).

Quadro 3. Problemas (pontos negativos) identificados no uso do sistema de prontuário em papel no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na etapa *ex-ante* e *ex-post* do município de Dias D'Ávila -BA, 2019-2022.

Categorias e Subcategorias		Temas/Pontos específicos	Grupo Teste	Grupo Controle	
			Etapa <i>ex-ante</i> (n=7)	Etapa <i>ex-ante</i> (n=3)	Etapa <i>ex-post</i> (n=1)
Dificuldade de acesso às informações do paciente	Dificuldade de acesso ao prontuário	Perda do prontuário	✓	✓	
		Folha do prontuário odontológico não integrada ao prontuário do paciente	✓		
		Dependência de alguém para pegar o prontuário	✓		
		Local de guarda do prontuário externo ao consultório	✓	✓	
		Dificuldade no compartilhamento do prontuário da família entre profissionais em atendimento		✓	
	Dificuldade de acesso às informações contidas no prontuário	Perda das informações e histórico do paciente	✓		✓
		Registro malfeito			✓
		Informações insuficientes e/ou imprecisas contidas no prontuário	✓		
		Falta de integração das informações	✓		
		Letra ilegível	✓		
		Dificuldade de conservação do papel		✓	
	Dificuldade de organização dos prontuários	Externa/externamente:			
		Dependência de alguém para organizar	✓		
		Dificuldade de organizar e manter a organização	✓	✓	
		Falta de espaço físico de armazenamento dos prontuários nas unidades	✓	✓	
		Interna/internamente/ ao interior:			
		Folhas dos pacientes em prontuários trocados	✓		
		Fichas odontológicas duplicadas	✓		
Não especificada			✓		
Dificuldades em relação à demanda de tempo empregada no uso dos prontuários em papel	Demanda grande de tempo na dinâmica de procurar-disponibilizar-guardar os prontuários	✓	✓		
	Demanda grande de tempo de preenchimento dos registros	✓	✓		
	Demanda maior tempo na consulta clínica odontológica	✓	✓	✓	
Dificuldade no preenchimento dos registros	Faltam campos e/ou espaços adequados para o registro das informações	✓		✓	
	Falta de fichas impressas ou papel	✓			
	Não apaga dados anteriores do prontuário	✓			
	Excesso de Papel para preencher	✓	✓		
	Dificuldade em obter e preencher o número do cartão SUS do usuário		✓		
	Profissional que não escreve/preenche o registro			✓	
	Registro tardio			✓	
Não especificada		✓			
Dificuldade com relação à carga de trabalho	Cansativa/trabalhosa a realização dos registros em papel	✓	✓	✓	
	Demanda grande de atendimento	✓	✓		
	Dificuldade na obtenção de dados suficientes para análise dos resultados e perfil do atendimento	✓	✓		

Dificuldades no fluxo de informação no sistema e-SUS AB em unidade não informatizada	Insegurança sobre a digitação correta das fichas CDS no sistema	✓		✓
	Demora desde a inserção de dados à disponibilização das informações da produção no sistema (demora no fluxo da informação)			✓
	Dificuldade de fazer pesquisa para auxiliar no atendimento ao paciente			✓
Outros	Dano à natureza	✓		

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

De modo semelhante, observou-se que os cirurgiões-dentistas no grupo controle nas etapas 1 e 2 que utilizaram o prontuário em papel, também relataram dificuldades nas mesmas categorias do grupo teste, ou seja, no acesso à informação dos usuários, na grande demanda de tempo empregada no uso dos prontuários em papel, no preenchimento dos registros, com relação à carga de trabalho e no fluxo de informação no sistema e-SUS AB.

As principais dificuldades de acesso dos cirurgiões-dentistas às informações do paciente no grupo controle na etapa *ex-ante*, e que se manteve na etapa *ex-post*, foram no acesso às informações no interior do prontuário e na organização dos prontuários. Enquanto no grupo controle na etapa 2, as dificuldades percebidas foram no acesso às informações contidas no interior do prontuário.

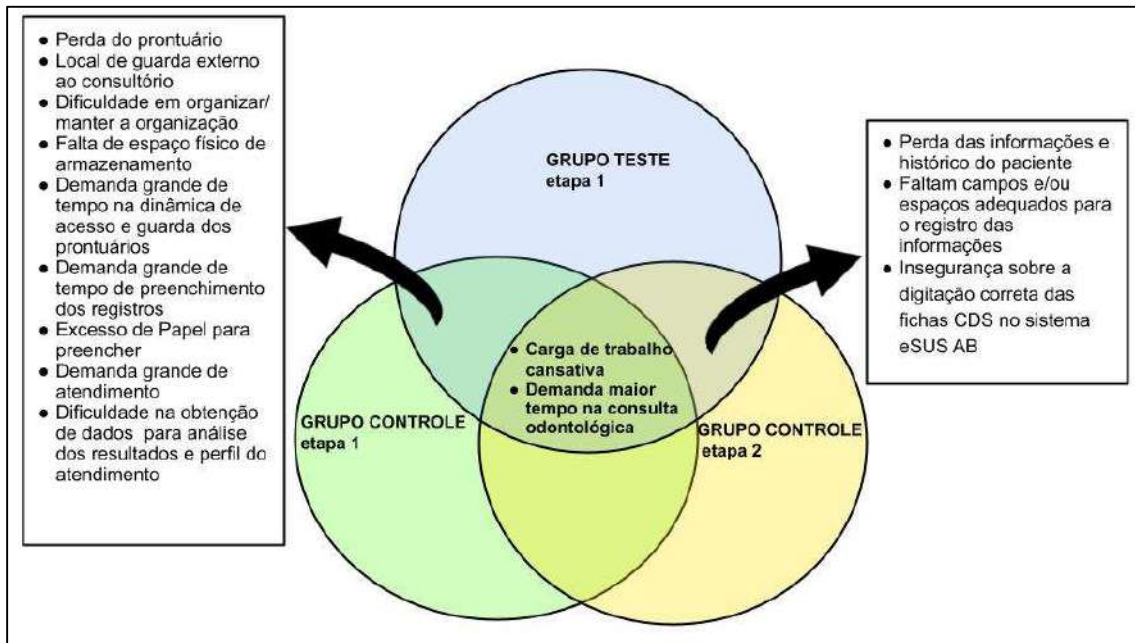
Nas categorias de dificuldade com a demanda de tempo no uso do prontuário em papel e com relação à carga de trabalho, os pontos específicos relatados dessas dificuldades pelos cirurgiões-dentistas do grupo controle nas etapas 1 e 2 foram os mesmos pontos.

As dificuldades percebidas pelos cirurgiões-dentistas do grupo controle no fluxo de informação no sistema e-SUS AB no consultório, foram a dificuldade na obtenção de dados suficientes para análise dos resultados e perfil do atendimento, e no grupo controle *ex-post*: a insegurança sobre a digitação correta das fichas CDS no sistema e-SUS AB, a demora desde a inserção de dados à disponibilização das informações de produção no sistema (demora no fluxo da informação) e a dificuldade de fazer pesquisas para auxiliar o profissional durante o atendimento.

Os resultados qualitativos desse estudo, pode-se notar, apontam que houve pontos específicos de dificuldades em comum percebidas entre cirurgiões-dentistas nos grupos analisados que utilizavam o sistema de prontuário em papel no seu processo de trabalho. Tanto os cirurgiões-dentistas nos grupos teste (etapa 1), como nos grupos controle, nas etapas 1 (*ex-ante*) e 2 (*ex-post*) tiveram a percepção semelhante de que o uso do sistema em papel demanda

maior tempo de consulta clínica odontológica e impõe ao profissional uma carga de trabalho alta e cansativa com relação ao preenchimento dos registros. (Figura 4)

Figura 4. Relação entre os pontos específicos de dificuldades relatados em comum pelos cirurgiões-dentistas nos grupos teste (etapa 1) e controle (etapas 1 e 2).



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema de prontuário em papel no seu processo de trabalho, nos grupos teste e controle, um dos motivos de grande relevância para as dificuldades de acesso ao prontuário do paciente foram a perda do prontuário do paciente e/ou prontuário odontológico:

[...] essa questão do perder [o prontuário], querendo ou não é um documento, isso atrapalha muito. Já aconteceu de várias vezes, por exemplo, vou falar da ficha de odonto: às vezes a gente faz a ficha do paciente novo, fica solta, e a gente já não achou o prontuário dele lá dentro, a ficha dele tá solta, vai pra lá e nunca mais volta; aí uma outra vez, encontro o prontuário dele e a ficha que a gente fez já não está lá. (CD3)

[...] a gente acaba, infelizmente, às vezes, perdendo o prontuário do paciente. Então, não vejo nada positivo, não é. (CD2)

[...] muitos prontuários se perdem, muitos mesmos se perdem. (CD7)

[...] e o acesso a esses papéis, às vezes, é complicado porque muitos se perdem nesse trâmite de trazer, levar, buscar, pasta errada... (CD7)

O arquivamento não acho bom, não gosto, por conta disso mesmo, tem o número da família, tem o número sei lá, da caixinha, você procura não está lá. E está onde? (CD3)

[...] a gente tem algumas fichas que a gente já chegou a perder do paciente. Então, é uma dificuldade grande. (CD2)

[...] e aí o risco de realmente acabar perdendo... Passa muito de mão em mão. (CD2)

Eu acho mais fácil de perder, né. (CD8)

Outros pontos que dificultaram o acesso ao prontuário em papel foram: a folha do prontuário odontológico não integrada ao prontuário do paciente; a dependência de alguém para pegar o prontuário; o local de guarda do prontuário externo ao consultório e a dificuldade no compartilhamento do prontuário da família entre profissionais em atendimento.

O prontuário do médico com a enfermeira é junto e o meu prontuário odontológico é separado. (CD2)

[...] então, requer que uma pessoa fique encarregada de buscar o prontuário e trazer para sala, depois colocar lá no lugar. (CD7)

A minha dificuldade com o prontuário é a questão do compartilhamento com os outros profissionais, é muito difícil [...] (CD10)

Percebeu-se também que há cirurgião-dentista que optou por não manter o prontuário odontológico integrado ao prontuário do paciente, sendo que essa separação, é um dos fatores que aumentam as dificuldades no acesso às informações do paciente, inclusive aumenta o risco de perda do prontuário odontológico que, no município, consiste em uma folha de papel.

Uma vez que os prontuários estejam disponíveis para o uso dos cirurgiões-dentistas no atendimento, estes relataram dificuldades de acesso às informações contidas nele, sendo que a principal delas está relacionada com a perda das informações e histórico do paciente.

É mais pela questão do se perder...perder informações, histórico, coisas que a gente precisa, que está ali anotado para lembrar, o histórico do paciente mesmo. (CD3)

[...] enfim, excesso de informações em papel que você perde com o tempo. (CD7)

[...] eu acho que se perde muita informação através desse registro que a gente tem. (CD16)

Além dessa, dificuldades de acesso às informações dos usuários contidas no interior dos prontuários no sistema de registro em papel no seu processo de trabalho foram: o registro malfeito ou com informações insuficientes/imprecisas contidas no prontuário; a falta de integração das informações; a letra ilegível, que torna a informação incompreensível; e a dificuldade de conservação do papel.

[...] em relação aos indicadores, é um dos maiores problemas, porque com essa perda de informação, os indicadores podem não ser alcançados por conta do registro malfeito [...] (CD16)

[...] então prontuários antigos principalmente deixam a desejar em algumas informações, a gente não tem informações tão precisas desses pacientes, anterior a nossa chegada aqui. (CD5)

[...] não tem como atualizar dados anteriores, principalmente, acrescentar muita coisa e a gente também fica limitada nas informações, a folha já vem preparada ali. (CD5)

E o negativo é essa questão da letra ilegível. Se você pegar prontuário e ficha de anotação, enfim, de médicos de anos atrás, de profissional de anos atrás, você, provavelmente, não vai entender nada do que está escrito. Eu, por exemplo, não entendo. (CD3)

O armazenamento dessas fichas é mais fácil de deteriorar, né. (CD8)

Com relação à dificuldade de integração das informações no sistema de registro no papel, foi relatada a não integração ao prontuário das informações de alguns serviços na própria unidade de saúde, como por exemplo, registros de farmácia, vacina e acolhimento registrados em outros meios como livros e cadernos de procedimentos. Além disso, o uso do sistema de registro em papel dificultou a integração das informações nos diferentes pontos da rede de atenção. Desse modo, o cirurgião-dentista não consegue acompanhar todo o cuidado ofertado a esse paciente nos diferentes níveis da atenção, o que pode interferir na continuidade do cuidado.

[...] eu não consigo acompanhar todo o cuidado que é ofertado, o acesso desse paciente a todos os serviços. (CD1)

Por ser em papel, então, eu não tenho todos os registros de entrada desse paciente de acesso a esses serviços porque tem outros serviços ofertados na unidade que não é feito registro em prontuário do paciente. (CD1)

Com outros setores quando a gente precisa fazer algum encaminhamento para o paciente, se o paciente é transferido para alguma outra unidade, então a gente acaba meio que se perdendo essas informações, então isso é bem negativo. E essa outra proposta acho que unifica isso melhor né, se for bem usado né eu acho que irá facilitar o processo de trabalho. (CD5)

Outro ponto importante do sistema de registro em papel foi a dificuldade em organizar e manter organizado esses prontuários, que segundo os relatos dos entrevistados, pode ocorrer devido à grande quantidade de profissionais que têm acesso e manuseiam os prontuários, bem como, devido à grande quantidade de prontuários existentes, e conseqüentemente falta de espaço físico para seu adequado armazenamento. A falta de organização dos prontuários, além de dificultar o acesso às informações dos usuários, é fator que pode contribuir, inclusive, para a ocorrência da perda dos prontuários:

[...] se você for lá no arquivo você vai ver milhares de caixas, milhares de prontuários. (CD2)

[...] o prontuário fica muito bagunçado porque como o fluxo é grande, entende, não tem tempo né de arrumar os prontuários, de organizar direitinho, um tempo específico para isso [...] (CD10)

[...] dificulta muito porque o papel ocupa espaço. (CD7)

Notou-se a existência de dificuldades em relação à organização interna dos prontuários, como folhas dos prontuários dos pacientes em prontuários trocados, excesso de papéis contidos no prontuário e fichas odontológicas duplicadas. Ou seja, a desorganização no processo de guarda dos prontuários e a desorganização das informações contidas dentro dos prontuários também dificultam o acesso às informações dos pacientes e, por isso, o profissional pode não encontrar a informação que necessita.

Os cirurgiões-dentistas entrevistados relataram dificuldades com relação à grande demanda de tempo do seu processo de trabalho que é empenhada no uso do sistema de prontuários em papel.

Esse sistema atual, ele acaba demandando muito tempo. (CD5)

Demanda tempo, demanda atenção, demanda disponibilidade [...] (CD16)

A grande demanda de tempo relatada pelos profissionais tem relação com a dinâmica de procurar-disponibilizar-guardar os prontuários, pois essa rotina diária envolve o tempo de anotação do número do prontuário dos pacientes que serão atendidos no dia, o deslocamento para pegar os prontuários que estão guardados em outro espaço na unidade de saúde, tempo de procura, tempo de deslocamento para retorno ao consultório odontológico com os prontuários e ao final dos atendimentos, tempo de guardar os prontuários novamente.

[...] todo dia você tem que pegar o prontuário de cada paciente. Isso demanda também um tempo, não é? Então assim, o funcionário tem que ir lá, tem que ficar procurando. (CD2)

[...] de perder muito tempo tendo que buscar todo dia, pegar, abrir o caderno de pacientes, ver os atendimentos, aí sair procurando, depois ter que guardar todos. (CD2)

[...] dificulta muito o atendimento ter que pegar prontuário; ter que devolver prontuário [...] (CD9)

[...] demora para começar o atendimento porque a gente tem que esperar o prontuário que se pegue, geralmente eles pegam um dia antes quando dá tempo. (CD10)

Além disso, os cirurgiões-dentistas relataram que uma demanda grande de tempo é empregada no preenchimento dos registros no prontuário, sendo que, para evitar passar muito

tempo da consulta envolvido com os registros e evitar atrasos nos atendimentos do turno, os profissionais deixam para realizar com detalhamento alguns registros em um momento posterior (registro tardio), mas essas informações e detalhes podem ser esquecidos e não inseridos na ficha do prontuário odontológico. Como estratégia para não esquecer as informações dos registros, alguns cirurgiões-dentistas realizam o registro em livro ou caderno no momento do atendimento.

[...] fora que assim é muito tempo que a gente perde, preenchendo, às vezes estão com dado que a gente acaba se passando, esquecendo né. (CD5)

A gente faz quando dá tempo (os registros). Eu sempre faço no final da consulta para não deixar pro outro dia, porque eu não gosto mesmo. Eu gosto de deixar tudo certinho, separadinho e tal, para não esquecer. Mas, fica à mercê da disponibilidade do profissional, por exemplo, se eu não fizer hoje e eu deixar para fazer sexta feira, eu vou fazer (os registros) na hora que eu quiser. (CD3)

[...] por isso que eu tenho o livro de registro, porque eu nunca consigo fazer na hora, eu sempre faço depois, quando termina no final do dia e tal, ou na semana seguinte, quando eu tenho que enviar, tenho feito dessa maneira. E aí eu busquei a estratégia do livro para poder facilitar para não perder dados, entendeu? (CD16)

Uma das consequências da perda dos prontuários implica na demanda de tempo dos profissionais para refazer os prontuários odontológicos perdidos. De acordo com a percepção dos cirurgiões-dentistas, o sistema de registro em papel pode interferir no tempo de consulta clínica odontológica, demandando um tempo maior de atendimento, pois na consulta devem ser contabilizados o tempo para realizar os registros, o tempo para interagir com o paciente e o tempo de realizar os procedimentos.

[...] a gente tem atendimento de 30 minutos. Trinta minutos eu acho muito pouco pra fazer o atendimento completo, mesmo que seja, sei lá...uma restauração só, por exemplo, mas até você fazer o paciente sentar na cadeira e fazer uma restauração, tem muita coisa. (CD3)

[...] anotar muitas coisas né, acaba atrapalhando um pouco no atendimento e como a gente atende bastante gente, o fluxo é muito alto acaba demorando entre um paciente e outro, justamente por conta disso. (CD10)

Eu não registro no momento as coisas por conta disso. Porque se eu for dedicar o tempo do registro, eu diminuo o tempo de atendimento, por exemplo, procuro só fazer o atendimento odontológico e já registrar sem o tempo de conversa e tal, sabe? (CD16)

Houve dificuldades com relação ao registro/preenchimento das informações. As dificuldades de registro relatadas ocorrem devido à falta de campos e/ou espaços adequados para o registro de todas as informações necessárias.

Na verdade, pela ficha [prontuário odontológico] a gente não tem espaço suficiente. Então, às vezes a gente quer fazer algumas anotações ou apagar algumas anotações e não consegue. (CD2)

[...] deveria ser mais detalhado, para que a análise fosse melhor. O de odonto que eu mais vejo é bem enxuta, tem informações que não tem onde anotar. (CD6)

[...] alguns campos [do prontuário] não contempla a necessidade que a gente tem para fazer a evolução. (CD1)

não tem como atualizar dados anteriores, principalmente, acrescentar muita coisa e a gente também fica limitada nas informações, a folha já vem preparada ali. (CD5)

Só no preenchimento de algumas coisas que não tem, de algumas atividades que não tem na ficha, aí precisa buscar no código, se está de alguma maneira ou como inserir essa informação. (CD16)

Foram também relatadas dificuldades com a falta de fichas impressas, por não apagar os dados anteriores do prontuário, no excesso de papel para preencher, na obtenção do número do cartão SUS do usuário, na recusa de profissionais em escrever/preencher o registro e o registro tardio.

Tem que preencher o e-SUS de todos os pacientes do dia, às vezes, o prontuário sai e aí a gente não consegue pegar, por exemplo, o “sus” do paciente. Às vezes, dificulta. (CD9)

A gente escreve bastante, demora um pouco às vezes, porque a gente tem que fazer a ficha de encaminhamento, ficha de exame, preencher aqui, preencher no e-SUS, preencher várias coisas. (CD10)

[...] eu já ouvi relatos de médicos que nem fazem o SUS quando é escrito. Pelo privilégio que possuem de não poder serem demitidos, porque é difícil achar um médico e tudo mais, que queira trabalhar na saúde da família. (CD16)

Os cirurgiões-dentistas perceberam a sua carga de trabalho como alta com o uso do sistema de registro em papel, considerando cansativa a realização dos registros em papel e grande a demanda de atendimento.

[...] a gente atende bastante gente, o fluxo é muito alto [...] (CD10)

Eu acho meio trabalhoso [...] (CD8)

[...] tem uma demanda muito grande (de atendimento) e às vezes atrapalha. (CD9)

[...] fazendo sempre o livro de registro e fazendo o e-SUS, a ficha; aquela ficha de atendimento e tal. É muito cansativo fazer isso [...] (CD16)

Os cirurgiões-dentistas perceberam como dificuldades no fluxo de informação do sistema e-SUS AB com o uso do sistema de registro em papel no processo de trabalho nas unidades de saúde não informatizadas: dificuldade na obtenção de dados suficientes para análise dos resultados e perfil do atendimento; insegurança sobre a digitação correta das fichas CDS no sistema; demora desde a inserção de dados à disponibilização das informações da produção

no sistema (demora no fluxo da informação); e a dificuldade de fazer pesquisas como ferramenta auxiliar no atendimento ao paciente.

[...] não é a gente que registra no sistema realmente, precisamos de uma pessoa para levar essas fichas para a gestão, para a ter um digitador e nem sempre a gente sabe se isso é feito mesmo. (CD6)

A dificuldade do registro, de obter os dados e de ter uma planilha, por exemplo, um resumo dos dados e isso dificulta muito. (CD9)

[...] porque uma pessoa vai digitar ainda, então não sabemos quando esse dado vai entrar de fato para o sistema. (CD16)

[...] desde o profissional que preenche até a pessoa que vai digitar, essa informação pode se perder aí nesse caminho, nesse percurso do registro até a finalização para gerar a informação. (CD16)

[...] Porque vai para a gestão, da gestão vai para o setor responsável por digitação, então é um percurso que não é tão rápido assim. (CD16)

Um entrevistado citou a preocupação com o dano à natureza na utilização de papel, demonstrando, portanto, preocupação com o meio ambiente nas atividades desenvolvidas no seu processo de trabalho.

5.2.2. Pontos Positivos no Uso do Prontuário em Papel

A maioria dos cirurgiões-dentistas que utilizam o sistema de prontuário em papel no seu processo de trabalho, relataram não perceberem nenhum ou apenas um ponto positivo no uso desse sistema. No grupo teste da etapa *ex-ante*, um cirurgião-dentista da amostra de sete entrevistados, relatou não perceber nenhum ponto positivo no sistema de registro em papel e três deles perceberam apenas um aspecto positivo. No grupo controle da etapa *ex-ante*, na amostra de 3 entrevistados, nenhum relatou ter percebido pontos positivos nesse sistema ao serem perguntados, embora um deles tenha relatado um aspecto positivo em outro momento da entrevista. Já nos resultados da segunda etapa, no grupo controle, o entrevistado relatou apenas 01 elemento positivo no uso do sistema de registro em papel.

Eu não vejo muita coisa positiva, na verdade, eu não vejo coisas positivas como eu falei na primeira pergunta. (CD2)

Não tem muito ponto positivo. (CD9)

Não. (CD8)

Não sei, acho que não tem assim, a gente usa porque não tem outra opção, mas não tem um ponto positivo[...] (CD10)

Depois que unificou, né, essa questão do prontuário família eu consigo ter uma visão melhor das condições de saúde tanto individual quanto familiar. Eu acho que o ponto positivo é mais por essa integração mesmo. (CD1)

A gente faz quando dá tempo (preenchimento dos registros) [...] fica à mercê da disponibilidade do profissional [...]. Eu acho que o ponto positivo é só esse. (CD3)

O positivo, é que assim, você pode ficar readaptando ele né [...] (CD5)

O ponto positivo do que eu estou usando, [...] eu escrevo em dois registros (para eu não perder os dados). [...] eu não perco essa informação para poder preencher a ficha do e-SUS, a única vantagem é essa. (CD16)

Os cirurgiões-dentistas na etapa 1, grupo teste e controle, que perceberam pontos positivos desse sistema em papel foram relacionados ao acesso aos prontuários e às informações do paciente contidas no prontuário, no preenchimento dos registros e na obtenção dos dados de resultados e do perfil de atendimento odontológico (Quadro 4 e 5).

Quadro 4. Pontos Positivos percebidos pelos cirurgiões-dentistas na etapa *ex-ante* (grupo teste e grupo controle) no uso do sistema de prontuário em papel no processo de trabalho do município de Dias D'Ávila-BA.

Categorias	Pontos positivos especificados	Grupo Teste etapa 1 (n=7)	Grupo Controle etapa 1 (n=3)
Acesso ao prontuário	Não depende de tecnologia dura para acessar os prontuários	✓	
Acesso às informações do prontuário	Prontuário da Família Unificado	✓	
	Acompanhamento das condições e histórico do paciente	✓	
Preenchimento dos registros	Maior autonomia na escolha do momento de preenchimento	✓	
	Facilidade de o profissional estar adaptado ao sistema	✓	
	Não depende de energia, internet ou de sistema para preencher os registros	✓	
	Ficha CDS e-SUS específica com campos para assinalar		✓
	Flexibilidade para inserção de informações em espaços não padronizados	✓	
Outros	Possibilita quantificar e acompanhar resultados da produção e perfil de atendimento	✓	
	Não percebem pontos positivos	✓	✓

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

No grupo controle, foram identificados poucos pontos positivos relatados pelos cirurgiões-dentistas. Os pontos positivos identificados estão relacionados ao preenchimento dos

registros. No grupo controle da etapa 1 (antes), foi identificado como ponto positivo as fichas serem específicas para o dentista e possuir campos de assinalar, que diminui o tempo de escrita. No grupo controle após a intervenção, etapa 2, foram identificados como pontos positivos no preenchimento dos registros, a maior autonomia que o profissional possuía para escolher o momento que considerasse melhor para o preenchimento das informações; e poder registrar em dois locais aumentava a segurança do profissional com relação ao risco de perder as informações do papel. Entretanto, a maioria relatou não perceber pontos positivos no uso do sistema de registro em papel (Quadro 5).

Quadro 5. Pontos Positivos identificados no uso do sistema de prontuário em papel no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas do município de Dias D'Ávila-BA no grupo controle antes (etapa *ex-ante*) e depois (etapa *ex-post*) da intervenção.

Categorias	Pontos positivos especificados	Grupo Controle	
		Antes (n=3)	Depois (n=1)
Preenchimento dos registros	Maior autonomia na escolha do momento de preenchimento		✓
	Ficha CDS e-SUS específica com campos para assinalar	✓	
	Registro em dois locais para não perder informações		✓
Outros	Não percebe pontos positivos	✓	

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Observou-se a partir da análise dos resultados desse estudo que os cirurgiões-dentistas perceberam e relataram muito mais pontos negativos em relação ao uso do sistema de prontuário em papel no seu processo de trabalho do que pontos positivos.

5.2.3. A Comunicação e Relação dos Cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família com o Uso do Sistema de Prontuário em Papel

A comunicação entre a equipe é considerada boa pela maioria dos entrevistados e o tipo de comunicação mais frequentemente utilizado no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas foi a comunicação oral e informal. Observou-se que um momento importante para a interação e comunicação da equipe é a reunião de equipe que ocorre semanalmente.

A gente (equipe) sempre se reúne uma vez por semana para falar de casos de paciente ou alguma coisa da unidade que tiver que colocar, a gente pontua tudo lá na reunião, mas a nossa equipe é bem unida mesmo. (CD2)

[...] sexta-feira à tarde é dia das nossas reuniões, é dia de botar os pratos nas mesas, as colheres, o que restou, o que não restou... Se tem alguma coisa errada, se não tá. Eu acho que é boa (a comunicação da equipe), tranquila. (CD4)

Quando tem algum caso assim, né, que a gente sabe quando a gente se reúne na quinta... que alguém passa algum caso que precisa ser feita avaliação... (CD3)

O prontuário é um importante instrumento de comunicação na equipe, mas somente ele não consegue transmitir todas as informações que os profissionais precisam para desenvolver as suas atividades cotidianas na equipe de saúde da família. Percebe-se que os serviços realizados nos pacientes na UBS que não são registrados nos prontuários, algumas dessas informações chegam até o cirurgião-dentista, através da comunicação oral e informal entre a equipe e podem chegar também através da comunicação com os pacientes ou de outras formas, como por exemplo, livros e cadernos de registros.

[...] se passa somente por uma primeira escuta, não tem esse registro, mas ainda assim, a gente se comunica, então a informação chega até a gente de uma outra forma, não pelo prontuário, mas chega. (CD1)

A comunicação entre a equipe através do sistema de prontuário em papel enfrenta também dificuldades nos casos dos prontuários odontológicos que não estão integrados ao prontuário do paciente, e isso pode ocorrer até mesmo por opção do próprio cirurgião-dentista; quando essa opção por manter os prontuários separados é realizada, aumenta-se o risco de o paciente omitir ou esquecer, no momento da consulta odontológica, informações importantes da sua condição clínica geral, o que dificulta o diagnóstico e tratamento corretos. Os prontuários separados reforçam ainda nos profissionais a visão de um trabalho segregado e não um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, como podemos notar:

[...] (o prontuário) é um pouquinho mais complicado em relação à parte de enfermagem e a parte médica, que eu acho que são coisas separadas. Tanto que o prontuário do médico com a enfermeira é junto e o meu prontuário odontológico é separado. Então assim, quando o paciente chega até mim eu vou focar só bucal... a parte bucal. Lógico que eu sempre pergunto se o paciente é hipertenso, diabético, se tem algum problema sistêmico, se tem algum problema cardíaco, né... (CD2)

O prontuário da família unificado ajuda a equipe de saúde da família a ter uma melhor percepção das condições de saúde individual e familiar e auxilia a equipe na construção de uma visão ampliada para trabalhar com os problemas e necessidades das famílias. Quando os prontuários do paciente são integrados, é possível confirmar as informações do histórico dos

pacientes e verificar alguma informação que ele não saiba informar, queira omitir ou tenha esquecido, como pode-se verificar abaixo:

[...] eu gosto de cuidar dele (do paciente) como todo. Vai para além da minha área de atuação. Então, sempre que eu recebo o prontuário do paciente, mesmo sendo em papel, eu tenho o cuidado de fazer a leitura, né, para poder ver se ele teve alguma intercorrência nos últimos tempos. (CD1)

Apesar da maioria dos entrevistados consideraram a comunicação na sua equipe boa. Houve um relato da existência de dificuldade em ser compreendido por alguns membros da equipe no processo de comunicação e outro relato aponta que a existência de relação pessoal no ambiente de trabalho pode interferir de forma negativa na relação profissional. Com relação às relações interprofissionais, um dos entrevistados pontuou em sua fala, a possibilidade de interferência dos profissionais no processo de trabalho um do outro, pois esta poderia ser positiva ou negativa.

A gente não tem colegas se metendo no processo de trabalho do outro. Assim, se metendo no sentido negativo, sempre no sentido positivo, né? (CD3)

5.2.4. A Interação dos Cirurgiões-dentistas com o Paciente com o Uso do Sistema de Prontuário em Papel

Percebeu-se que os cirurgiões-dentistas consideraram a sua interação entre o paciente no geral boa. O momento da interação com o paciente na consulta é um momento importante para criação de vínculo e confiança na relação entre o paciente e o profissional, que permitirão conhecer mais sobre o contexto social que envolve o problema do paciente, dando maior condição de tentar encontrar em conjunto com o paciente o melhor tratamento e condutas para tentar atender às suas necessidades.

[...] eu considero uma boa interação. E, além de eu também sempre buscar englobar outras questões, né, por exemplo, uma questão social, né, que muitas vezes pode estar relacionada com o problema de saúde daquele indivíduo. Então, eu sempre busco interagir da melhor forma com esse indivíduo. (CD1)

Esse envolvimento do paciente nas decisões sobre o seu tratamento, criado a partir do vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente é muito importante, pois o paciente é o principal responsável pelas transformações em sua própria vida.

O profissional abaixo deixa também claro que foi necessário um tempo de adaptação ao seu processo de trabalho, e estar adaptado facilitou o seu atendimento e a sua interação com o

paciente. Sempre que há trocas de profissionais nas unidades é necessário um tempo para que profissionais, equipe e pacientes passem por um novo processo de adaptação.

[...] então essa interação depois que eu me adaptei aqui, tem facilitado o atendimento porque conversando com eles a gente consegue fazer diminuir o número de faltas e fazer com que eles façam uma adesão melhor ao tratamento. (CD7)

O sistema de prontuário em papel apareceu na fala de dois entrevistados como um dificultador dessa interação com o paciente, pois o tempo de preenchimento dos registros por escrito no prontuário acaba sendo diminuído do tempo total de interação com o paciente durante o seu atendimento.

[...] como a gente perde, faz outro (prontuário)... aí vai se perdendo pelo meio do caminho, aí se perde, entendeu? Podia tá interagindo, podia tá fazendo alguma outra coisa. (CD3)

A interação é boa, mas a gente, às vezes, perde muito tempo escrevendo. Tem o tempo do contato com o paciente, tem o tempo para escrever, para os procedimentos, o tempo acaba se estendendo. (CD6)

5.2.5. Sistema de Agendamento e Acolhimento: Diferentes Estratégias e as Barreiras de Acesso

A marcação da agenda pode ser realizada de diferentes maneiras a depender da escolha do cirurgião-dentista. Em algumas equipes, os próprios cirurgiões-dentistas e equipe de saúde bucal realizam a marcação da sua agenda; em outras equipes, os cirurgiões-dentistas optaram por realizarem essa marcação na recepção e eles só agendam as consultas de retorno dos pacientes. Em uma das equipes, os atendimentos são marcados pela recepção (para zona urbana) e pela enfermeira (para zona rural).

No sistema de marcação de pacientes novos, em sua maioria, a marcação estava sendo realizada uma vez por mês, em um dia fixo, de segunda a sexta, da primeira, segunda, terceira ou última semana do mês, o que pode ser considerado uma barreira de acesso pela formação de filas evitáveis. As consultas de retorno eram marcadas diariamente nos dias de consulta dos pacientes até a conclusão do tratamento.

Marcação de pacientes novos a gente abre agenda uma vez por mês, e depois que abre vaga para paciente novo, na mesma consulta que ele vem a gente já vai remarcando o retorno. Então, só precisa marcar lá na frente com recepção a primeira vez, uma vez por mês, costuma ser a última segunda do mês. Que aí depois, uma vez já no fluxo ele só sai quando o tratamento tá concluído. Isso para dentista. (CD3)

Aqui, os dentistas ele tem uma agenda mais liberada, tem mais autonomia de marcação. Os retornos são agendados por nós, cirurgiões-dentistas, mas a marcação mesmo é feita na recepção num dia específico do mês. (CD7)

[...] O retorno deles é garantido pela gente, que abre agenda e garante o retorno até o final do tratamento. Então, os dentistas nessa unidade têm autonomia de agenda. (CD7)

E o sistema que eu implantei aqui é assim... começa pelo tratamento do paciente, só libero quando eu termino o tratamento dele todo. Melhor do que particular, né? (risos) (CD4)

Para pacientes novos a gente tem um dia de marcação, mas tem os pacientes de demanda extra, de demanda espontânea que a gente marca todos os dias. E de retorno, pois os pacientes novos ficam em tratamento, não resolve aquela situação e libera ele fica em acompanhamento, fica até o fim até receber alta ou se precisar de algum encaminhamento. Só tem uma data por mês para pacientes novos, para os demais não. (CD6)

No caso das consultas de demanda espontânea que podem ter sido realizadas a partir do acolhimento e triagem desse tipo de demanda, geralmente não têm um retorno garantido, e os pacientes precisam tentar uma vaga no dia específico de marcação de pacientes novos para ter um atendimento que lhe garanta um tratamento completo na atenção primária à saúde. Não houve relato sobre substituição de faltosos.

[reservam vagas para] primeira consulta, retorno e demanda espontânea, que costumam ser as demandas que vem do Acolhimento. (A demanda acolhida) Costuma voltar para o fluxo [abertura de agenda uma vez no mês]. (CD3)

A demanda é maior do que a oferta, mas a gente tem acolhimento e eu tento sempre ter uma triagem, uma classificação de risco, na verdade porque o usuário chega aqui na unidade com várias queixas e eu costumo fazer esse acolhimento justamente para conseguir classificar e priorizar alguns casos. (CD1)

Um dentista relatou realizar a marcação por hora marcada e organizar a divisão do horário por tipo de consulta e a divisão do tempo de consulta de acordo com o tipo de procedimento realizado.

[...] como o meu atendimento é por hora marcada, a gente acaba fazendo para não acabar atrapalhando porque lá todos os pacientes chegam no mesmo horário e o meu não. Aqui o paciente chega na hora marcada. (CD2)

[...] a gente sempre deixa um paciente para consulta nova, deixa um paciente para urgência, e os outros pacientes são de retorno. Então assim, eu marco muito a depender do procedimento, se for um procedimento que eu sei que vai demorar um pouco mais, eu coloco uma hora para aquele paciente. Se é um procedimento que é um pouco mais rápido, eu coloco trinta minutos... de trinta ou uma hora eu fico com o paciente, depende muito do procedimento que vai ser realizado. (CD2)

Nas datas estabelecidas para a realização do agendamento, cada dentista tem autonomia para determinar a quantidade de vagas mensais ofertadas para a marcação das consultas dos pacientes novos. Mas nota-se que o número de vagas ainda não garante o acesso ao atendimento

odontológico para muitos. O sistema de marcação por ordem de chegada aliado ao número de vagas insuficientes para atender toda a demanda pode gerar grandes filas nos dias de marcação.

Os pacientes chegam, por ordem de chegada, a gente abre uma quantidade de vaga para pacientes novos e essa marcação é feita na recepção, dos novos. (CD7)

Infelizmente a demanda ainda é muito grande, a gente não consegue ampliar [a oferta de atendimento odontológico] de acordo a demanda. (CD1)

5.3. *EX-POST*: O USO DO PEC NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos cirurgiões-dentistas foi de quatro cirurgiões-dentistas do grupo controle na etapa *ex-ante*, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Na etapa *ex-post*, apenas um dentista foi entrevistado, que havia participado da etapa anterior e foi do sexo masculino. Devido a algumas limitações do estudo, tais como a pandemia de covid 19, troca de grupo político da gestão da prefeitura municipal e rotatividade de profissionais de saúde das equipes da ESF no município, o grupo controle na fase 2 teve a participação de apenas 1 cirurgião-dentista que havia participado da etapa 1. Na segunda etapa, uma das equipes participantes estava sem dentista na época de realização da coleta de dados da segunda etapa e um dentista não aceitou participar. Nas duas etapas, os cirurgiões-dentistas possuíam a idade entre 20-30 anos para 100% dos participantes (Tabela 6).

A faixa etária do grupo controle antes e depois foi de 20 a 30 anos de idade. E o correspondente a 50% dos cirurgiões-dentistas do grupo controle antes possuíam graduação, 50% eram residentes com carga horária de 60h, outros 50% possuíam contrato por tempo determinado com carga horária de 40h e 100% possuíam tempo de trabalho menor do que 1 ano. No grupo controle depois, o cirurgião-dentista, correspondente a 100% da amostra, possuía pós-graduação completa, contrato por tempo determinado com 40h de carga horária e entre 2 e 4 anos de tempo de trabalho (Tabela 6).

O perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos cirurgiões-dentistas do grupo teste demonstrou que no grupo teste antes e depois do PEC houve predominância do sexo feminino, sendo o grupo teste antes composto por sete cirurgiões-dentistas, 100% do sexo feminino, e o grupo teste depois foi composto por cinco cirurgiões-dentistas, sendo 100% do sexo feminino. No grupo teste antes, 85,7% dos cirurgiões-dentistas pertenciam à faixa etária de 20 a 40 anos, enquanto no grupo teste depois, 80% dos cirurgiões-dentistas pertenciam a esse mesmo intervalo etário. Embora no grupo teste antes, a maioria dos dentistas possuíssem

entre 30 e 40 anos (57,1%) e no grupo teste depois, a maioria possuísse entre 20 e 30 anos (60%). Com relação ao grau de escolaridade, 57,1% possuíam pós-graduação (completa ou incompleta) no grupo teste antes e 60% no grupo teste depois. Em relação ao vínculo empregatício, 42,8% eram residentes com carga horária de 60h, 42,8% eram contratados por tempo determinado com carga horária de 40h e 14,3% apresentaram outro tipo de vínculo empregatício com carga horária de 60h (preceptor de residência). No grupo teste depois, 100% dos cirurgiões-dentistas possuíam contrato por tempo determinado. A predominância do tempo de trabalho foi de menos de um ano para o grupo teste antes (85,7%) e para o grupo teste depois (80%) (Tabela 6).

Tabela 6. Perfil sociodemográfico e de inserção no trabalho dos cirurgiões-dentistas antes e depois da implantação do PEC, 2019-2022.

Variável	Grupo Teste Antes (n=7)		Grupo Controle Antes (n=4)		Grupo Teste Depois (n=5)		Grupo Controle Depois (n=1)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participou da Primeira e Segunda Etapa	-	-	-	-	1		1	100
Sexo								
Feminino	7	100	2	50	5	100	0	0
Masculino	0	0	2	50	0	0	1	100
Idade								
20 - 30 anos	2	28,6	4	100	3	60	1	100
30 - 40 anos	4	57,1	0	0	1	20	0	0
> 40 anos	1	14,3	0	0	1	20	0	0
Pós-Graduação								
Não	3	42,8	2	50	2	40	0	0
Sim, incompleta	2	28,6	1	25	2	40	0	0
Sim, completa	2	28,6	1	25	1	20	1	100
Vínculo empregatício								
Residência	3	42,8	2	50	0	0	0	0
Contrato por tempo determinado	3	42,8	2	50	5	100	1	100
Outro	1	14,3	0	0	0	0	0	0
Carga horária								
60h	4	57,1	2	50	0	0	0	0
40h	3	42,8	2	50	5	100	1	100
Tempo de trabalho								
1 a 2 anos	1	14,3	0	0	0	0	0	0
Menos de 1 ano	6	85,7	4	100	4	80	0	0

2 a 4 anos	0	0	0	0	1	20	1	100
------------	---	---	---	---	---	----	---	-----

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Com relação à experiência em informática, 85,7% do grupo teste antes usavam até duas horas de computador/notebook, enquanto no grupo teste depois do PEC, apenas 40% utilizavam até duas horas, enquanto 60% dos cirurgiões-dentistas, utilizava mais de quatro horas. No grupo teste antes e depois do PEC, houve a predominância da não realização de curso de informática por 85,7% e 100%, respectivamente. O valor médio apontado pelos cirurgiões-dentistas para o grau de facilidade que possuíam em edição de textos pelo grupo teste antes foi de 8,6, enquanto o valor médio atribuído pelo grupo teste depois foi de 7,2, ou seja, o grupo teste antes se percebia com um pouco mais de facilidade em edição de textos do que o grupo que utilizou o PEC no seu processo de trabalho (Tabela 7).

Tabela 7. Experiência em informática dos cirurgiões-dentistas no grupo teste antes e depois da inserção do PEC, 2021-2022.

Variável	Grupo Teste Antes (n=7)		Grupo Teste Depois (n=5)	
	n	%	n	%
Número de horas que utiliza computador/notebook				
< 1 hora	3	42,85	1	20
01 a 02 horas	3	42,85	1	20
02 a 04 horas	1	14,3	0	0
> 4 horas	0	0	3	60
Realizou Curso em Informática				
Sim	1	14,3	0	0
Não	6	85,7	5	100
Grau de Facilidade em edição de textos (0-10)				
Média	8,6	-	7,2	-

Fonte: Elaboração própria.

Com relação à participação em treinamentos e capacitações, no grupo teste antes, 71,4% não realizaram capacitação sobre o e-SUS; 57,1% não realizaram capacitação sobre o preenchimento das fichas CDS; e nenhum realizou capacitação sobre o e-SUS. Já o grupo teste depois do PEC, 80% realizaram capacitação sobre o e-SUS; 80% não realizaram capacitação sobre o preenchimento das fichas CDS; e apenas 60% realizaram capacitação sobre o PEC para utilizar o sistema. O valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas que realizaram a

capacitação sobre o PEC com relação ao grau de satisfação com o treinamento recebido foi de 7,6 (Tabela 8).

Tabela 8. Participação em treinamentos e capacitações dos cirurgiões-dentistas nos grupos testes antes e depois da implantação do PEC, 2021-2022.

Variável	Grupo Teste Antes (n=7)		Grupo Teste Depois (n=5)	
	n	%	n	%
Capacitação sobre o e-SUS				
Sim	2	28,6	4	80
Não	5	71,4	1	20
Capacitação no preenchimento das fichas CDS				
Sim	3	42,9	1	20
Não	4	57,1	4	80
Capacitação sobre o PEC				
Sim	0	0	3	60
Não	7	100	2	40
Grau de satisfação com qualidade do treinamento PEC (n=3)				
Média	-	-	7,6	-

Fonte: Elaboração própria.

Tanto no grupo teste antes como no grupo teste depois, na percepção dos cirurgiões-dentistas, eles possuíam todas as habilidades necessárias para operacionalizar o sistema de registro e grau de facilidade para o preenchimento dos registros das atividades. Com relação ao grau de adaptação ao sistema de registro, o valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas com o PEC foi 7,8. Os valores médios atribuídos pelo grupo teste na etapa *ex-ante* foi de 4,1 para o sistema de registro em papel contemplar todos os serviços da unidade; para a legibilidade do sistema em papel foi de 6,7 e para a proteção à privacidade dos dados dos usuários foi de 3,4. No grupo teste da etapa *ex-post*, os valores médios apontados para esses mesmos itens foram de 9,4 para o PEC contemplar todos os serviços da unidade; 9,4 para a legibilidade do sistema em papel; e 6,7 para a proteção à privacidade dos dados dos usuários com o PEC (Tabela 9).

Devido às limitações do estudo, não foi possível identificar e afirmar com robustez os principais apoios ao uso do PEC durante a sua implantação na percepção dos cirurgiões-dentistas, pois houve trocas de profissionais na etapa *ex-post*. Nesta etapa, foi possível identificar que tiveram apoio principalmente dos colegas de trabalho e gestor da unidade para o uso e adaptação ao PEC.

Tabela 9. Adaptação dos cirurgiões-dentistas ao sistema de registro de cuidados e suas percepções das funcionalidades do sistema nos grupos testes das etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.

Variável (Likert 0-10)	Grupo Teste Antes	Grupo Teste Depois
	Sistema Papel (n=7)	Sistema PEC (n=5)
Possuo todas as habilidades necessárias para operacionalizar o sistema de registro		
Média	8,6	8,4
Grau de adaptação ao sistema de registro		
Média	8,4	7,8
Grau de facilidade para o preenchimento dos registros das atividades		
Média	8,4	8,8
O sistema de registro contempla todos os serviços da unidade		
Média	4,1	9,4
Legibilidade do sistema		
Média	6,7	9,4
Proteção à privacidade dos dados dos usuários		
Média	3,4	10

Fonte: Elaboração própria.

A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste depois do PEC sobre o grau de conhecimento de todos os recursos do PEC foi de 7,6, demonstrando que ainda precisam adquirir maiores conhecimentos sobre todos os recursos e ferramentas do PEC. Mesmo não conhecendo todos os recursos do PEC, eles atribuíram um valor elevado ao avaliar que os conhecimentos que possui lhe permitem realizar todas as suas atividades no sistema, sendo que o valor médio foi igual a 9,4. Na percepção dos dentistas, eles atribuíram valores médios elevados, entre 9,0 e 9,6, concordando que os recursos e ferramentas do sistema PEC, eram muito fáceis de serem usados. Com relação ao módulo de “relatório, o valor médio atribuído foi um pouco menor, no valor de 8,6 (Tabela 10).

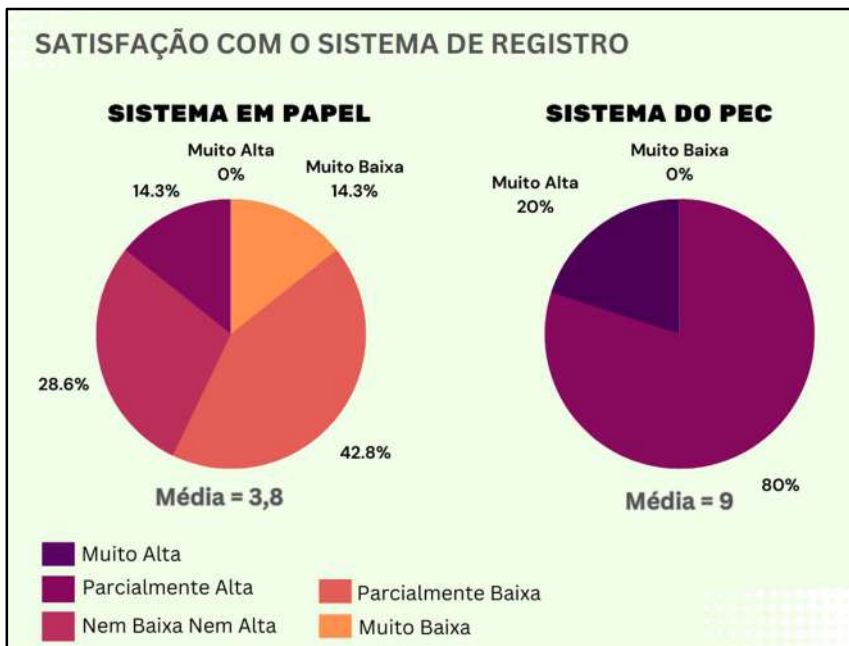
Tabela 10. Percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre recursos e ferramentas do sistema PEC no registro de cuidados na etapa *ex-post*, 2021-2022.

Variável (<i>Likert</i> 0-10)	Grupo Teste Depois Sistema PEC (n=5)
Grau de conhecimento sobre todos os recursos do PEC	
Média	7,6
Os conhecimentos que possui lhe permitem realizar todas as suas atividades no sistema	
Média	9,4
O PEC tem interface autoexplicativa e facilmente compreensível	
Média	9,6
Módulo de “Atendimentos” do PEC é muito fácil de ser usado	
Média	9,2
Módulo de “Odontograma” do PEC é muito fácil de ser usado	
Média	9,0
Módulo de “Prescrição” do PEC é muito fácil de ser usado	
Média	9,4
Módulo de “Relatórios” do PEC é muito fácil de ser usado	
Média	8,6

Fonte: Elaboração própria.

Os cirurgiões-dentistas atribuíram o valor médio de 3,8 para a sua percepção de satisfação com o sistema em papel e atribuíram o valor médio de 9 para o sistema do PEC. Verificou-se que uma variação percentual de 136,8% no valor médio da percepção de satisfação entre o sistema de papel e o sistema do PEC, sendo que com o PEC a percepção de satisfação foi alta (Figura 5).

Figura 5. Percepção de satisfação dos cirurgiões-dentistas do grupo teste nas etapas *ex-ante* e *ex-post* com o sistema de registro, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

5.4. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO: PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

5.4.1. Aspectos Negativos e Positivos do Sistema PEC percebidos pelos Cirurgiões-dentistas

Na etapa *ex-post* da pesquisa, o grupo teste composto por cinco cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão nas suas unidades de saúde, perceberam aspectos que precisavam ser melhorados no sistema. Apenas um, dos cinco profissionais entrevistados, relatou não perceber nenhum ponto negativo no uso do sistema de prontuário do PEC no seu processo de trabalho.

Não, não tenho, não encontrei nenhum ponto negativo até então. (CD13)

Mesmo com a mudança do sistema de prontuário em papel para o sistema do PEC, os cirurgiões-dentistas ainda tiveram dificuldades de acesso às informações dos pacientes ao relatarem momentos em que o sistema ficou sem funcionar temporariamente e um dos

cirurgiões-dentistas relatou que não possuía computador no consultório (tinha que utilizar um computador de algum outro local da unidade).

[...] como ontem mesmo, que aconteceu um acidente na rua, na comunidade, arrancaram os cabos aqui, deve ter mexido e aí a gente ficou sem sistema. Aí realmente foi ruim essa parte, de ter o acesso (ao sistema) [...]. (CD15)

Bom, no momento a gente até passou por um probleminha que eu estou sem computador na unidade, mas ao final do atendimento, ao final do expediente, eu entro em algum outro computador que esteja livre e consigo fazer no registro. (CD14)

Notou-se que, os pontos específicos de dificuldades para o acesso dos cirurgiões-dentistas às informações dos pacientes com o uso do sistema PEC na pós-intervenção, foram bem menores do que os pontos de dificuldades específicos percebidos pelos cirurgiões-dentistas do grupo teste da etapa 1 no acesso ao prontuário em papel e às informações do paciente contidas neles, sendo considerado como o principal ponto, os relatos de perda frequente dos prontuários em papel. Esse ponto de perda das informações do paciente, não pode ser considerado ainda totalmente superado no sistema PEC, pois houve o relato de que alguns pacientes lançados não foram encontrados no sistema, mas é preciso investigar melhor para saber se o problema está no sistema ou na forma como foi realizado a operação pelo profissional. De qualquer modo, a competência no uso do PEC precisa ser aprimorada.

Negativo eu só tenho a questão de, algumas vezes, eu já lancei (os registros de) alguns pacientes e automaticamente ele sumiu, não sei explicar o que teve, se foi o sistema. Ele não chegou a salvar o paciente. (CD14)

Um outro problema relevante que dificultava o acesso às informações do paciente no prontuário em papel e que pode ser considerado solucionado com o uso do Pec foi o problema da letra ilegível. Portanto, nesse estudo percebeu-se uma diminuição na percepção das dificuldades de acesso às informações dos pacientes com a mudança do sistema de prontuário em papel para o sistema do PEC.

Nesse sentido, foram percebidos pelos cirurgiões-dentistas como pontos positivos do sistema PEC, uma maior rapidez e praticidade no acesso às informações do paciente, bem como uma melhora na integração das informações do paciente.

O ponto positivo é a praticidade. É bem mais prático do que o manual porque a gente consegue acessar o histórico, as consultas anteriores do paciente, onde ele foi atendido, o horário, a data, é tudo mais fácil do que no papel, no prontuário manual. É bem mais rápido, mais prático. (CD12)

[...] se fosse no manual a gente ia ter de procurar ficha de cada paciente e no pec não, a gente tem um acesso bem mais rápido aqui. A marcação a gente consegue também ver nossa agenda. (CD12)

Às vezes, procura o cidadão e você encontra, não precisa você estar procurando em arquivo, a gente encontra com o CPF ou o cartão do SUS e consegue unificar os dois, acho que é isso. (CD13)

Porque a gente já tem acesso a última consulta odontológica, para ver o que é que fez no paciente. Tudo direitinho já fica salvo, o medicamento também, o que passou na última consulta caso precise trocar o medicamento ou se o paciente tem alguma alergia ao medicamento. Fica tudo salvo no registro dele. (CD14)

Antigamente era o prontuário manual, que a gente guarda. É mais difícil de você ficar procurando pra achar durante o atendimento do paciente. E no PEC a gente só precisa digitar ou o número do cartão SUS ou o nome completo do paciente com a data de nascimento e a gente já consegue ter o acesso completo a esse prontuário dele, já facilita bastante mesmo o atendimento. (CD14)

[...] ter rápido acesso à informação sobre o cidadão de uma forma individual e geral, coletiva também. (CD15)

A facilidade no acesso à informação do cidadão, a integração; isso adianta o fluxo de atendimento. (CD15)

Com relação à demanda de tempo exigida dos profissionais com o uso do sistema PEC em seu processo de trabalho, foi relatado por um profissional como ponto negativo ter que salvar o registro de um procedimento por vez para cada unidade dentária no prontuário, ao invés de registrar todos os procedimentos e salvar uma vez apenas, pois do primeiro modo, demanda mais tempo. Outro ponto percebido como negativo foi que demanda tempo para digitar os registros nos campos abertos de “subjetivo”, “objetivo” e “avaliação” do SOAP.

É meio complicado porque se eu digito uma coisa, eu tenho que ir lá salvar para digitar outra de novo e aí eu perco um tempo. (CD11)

[...] eu restaurei o dente 24, vou lá: “24, primeiro molar superior esquerdo, confirmo”. Vou lá digito o que eu fiz: “eu restaurei...”, salvei. Poxa, mas eu fiz o 25 também. Eu vou lá para o 25, digito o 25, coloco: “restauração ...”, salvei. Eu acho assim, não poderia já colocar todos juntos? [...] E a gente perde um pouquinho de tempo, nesse sentido. (CD11)

Aquela parte do objetivo, subjetivo, avaliação, eu acho aquilo ali um saquinho, porque eu não tenho tempo de descrever tanta coisa. A gente tem que colocar o básico do básico porque não tem como a gente começar a prolongar [...]. Se a gente demorar 40-50 minutos com um paciente, o outro já entra com a cara feia olhando para a gente [...] (CD11)

Apesar da percepção dos cirurgiões-dentistas de que o uso do sistema PEC demanda um certo tempo nos pontos relatados acima e específicos do preenchimento no sistema PEC, notou-se que com a mudança do prontuário em papel para o prontuário eletrônico, houve uma contribuição do PEC para a diminuição da percepção das dificuldades relacionadas à demanda

de tempo empenhada pelos profissionais no uso do sistema em papel. Enquanto no sistema de prontuário em papel, os cirurgiões-dentistas perceberam que exigia deles o empenho grande de tempo na dinâmica de uso (procurar-disponibilizar-guardar-organizar) dos prontuários em papel, no tempo de preenchimento dos registros e maior tempo de consulta, que por sua vez, interferia no fluxo do atendimento odontológico na unidade; com o sistema PEC, os cirurgiões-dentistas perceberam como pontos positivos, que o PEC exigia uma demanda menor de tempo no preenchimento dos registros, bem como, a percepção de diminuição no tempo de consulta. Os cirurgiões-dentistas relataram também uma maior praticidade e facilidade na operacionalização do sistema PEC.

[...] você só coloca o que você fez no paciente. Salvou, confirmou, finalizou, vai embora. [risos]. Eu gostei. Nesse sentido, ficou ótimo. Maravilha. Não precisa mais colocar idade do paciente, data de nascimento já está tudo lá. Nesse sentido, ficou ótimo. (CD11)

Eu acho fantástico, é muito mais prático, não demanda tanto tempo. (CD13)

Com relação ao preenchimento dos registros no PEC pelos cirurgiões-dentistas, as dificuldades relatadas foram: pouca habilidade em digitação, não conseguir cancelar um registro feito errado após salvo, o preenchimento dos registros ser mais complexo do que no sistema anterior CDS e ter que refazer os registros quando há uma interrupção repentina do funcionamento do sistema durante o preenchimento dos registros que ainda não haviam sido salvos.

[...] eu às vezes faço 2- 3 procedimentos ou mais no paciente, aí complica a minha vida porque eu sou meio lenta na digitação, aí complica meu lado [risos]. (CD11)

[...] eu fui registrar um atendimento e eu registrei no paciente errado, né. Aí eu finalizei e não tem como cancelar. Tipo assim, não tem como apagar esse registro que eu fiz errado. Eu acho que esse é um ponto negativo. Se você fizer um erro e depois já tiver finalizado, você não consegue voltar atrás. (CD12)

Observa-se que no sistema de prontuário em papel, não pode apagar dados anteriores do prontuário, o que foi percebido como um aspecto negativo no prontuário em papel e no sistema PEC, não conseguir cancelar um registro feito errado após ter sido salvo também foi percebido como ponto negativo no uso do sistema. Apesar desses pontos terem sido percebidos como negativos, podem ser também considerados pontos importantes para garantir a segurança de guarda das informações do paciente, garantindo que as informações do paciente não sejam apagadas ou modificadas por profissionais em tempos posteriores, entretanto pode ser pensado

como um aspecto a ser melhorado. Uma recomendação é o esforço para registro dessa inconsistência.

No sistema PEC, os cirurgiões-dentistas relataram retrabalho ao terem que refazer os registros não salvos quando houve interrupção repentina do funcionamento do sistema durante o preenchimento dos registros. Mas a percepção do retrabalho com o uso do PEC teve uma dimensão menor do que foi relatado no sistema de prontuários em papel, onde os cirurgiões-dentistas tinham que preencher novos prontuários odontológicos dos pacientes para substituir os prontuários perdidos.

O perigo é quando a gente está fazendo (os registros) e que está quase terminando e aí sistema cai. aí tem que fazer tudo de novo. (CD11)

Os cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC perceberam como pontos positivos desse sistema algumas ferramentas que facilitaram o preenchimento dos registros e documentos, como o odontograma, a prescrição das receitas, ferramenta de registro tardio e ferramenta que salva os registros antes do envio; e o menor volume de informações com necessidade de serem digitadas. Esse constituiu um avanço com relação ao sistema de prontuário em papel, onde papéis com informações para serem preenchidas foram percebidos como em excesso pelos cirurgiões-dentistas.

Não precisamos mais digitar o cartão SUS. Aquilo ali é um processo... quando você digita o cartão SUS todinho e você vai confirmar lá que o negócio não dá certo e volta tudo de novo. Apaga tudo de novo. Ninguém merece aquilo não. (CD11)

[...] em vez de ter que escrever, para fazer receita, tudo isso ganha tempo pelo sistema. (CD15)

Voltado para a minha área da odontologia, o odontograma digital ficou bem mais fácil, inclusive, eu já estou ensinando a minha auxiliar, estou fazendo a avaliação e ao mesmo tempo ela já está me ajudando com o odontograma. Então, é um sistema bem fácil de trabalhar, esses pontos pra mim foram bem relevantes (CD15)

No PEC a gente já consegue tá marcando tudo direitinho, por exemplo, receita. A gente já coloca lá o medicamento, só vai marcando, já tem lá todas as opções. É bem melhor que já fica salvo também, a gente já tem acesso a tudo direitinho. (CD14)

O registro tardio, eu gosto bastante também o CDS, que às vezes, tá corrido, a gente não tem como tá lançando no dia, e aí a gente tem como no outro dia estar lançando esse registro tardio de atendimento. Eu gosto bastante dessas opções do PEC.(CD14)

A lista de gestantes, por exemplo, a gente consegue puxar pelo PEC a lista de todas as gestantes atendidas na unidade. A gente consegue puxar essa lista que é interessante também (CD14)

Com relação ao fluxo de atendimento odontológico, os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema do PEC perceberam que esse sistema acelerou o fluxo de atendimento odontológico e facilitou a sua organização na unidade, pois facilitou o acesso à agenda e marcação; facilitou o acompanhamento dos atendimentos agendados; e facilitou o melhor controle do acolhimento ao paciente.

Tem unidades que você tem o PEC na recepção, só tem o PEC na recepção e na vacina. Então você não consegue ter esse controle, os pacientes não são acolhidos, não tem o acolhimento de fato, e aí ficam à mercê. dependendo do horário disponível. (CD13)

A marcação a gente consegue também ver nossa agenda. (CD12)

A gente ter o acesso ao prontuário dos pacientes; a gente ter noção de quantos pacientes tem na nossa lista; de quantos a gente vai conseguir atender; [...] (CD13)

A facilidade no acesso à informação do cidadão, a integração; isso adianta o fluxo de atendimento. (CD15)

Foram relatadas dificuldades com relação ao fluxo da informação no sistema e-SUS com a utilização do PEC, sendo elas: a existência de cadastro duplicado para um mesmo cidadão; o relato de que registros de pacientes foram lançados no sistema e sumiram; e o sistema depende da internet para o envio das informações para o SISAB.

É como se fosse o mesmo cidadão com vários... não sei explicar, é como se o cidadão duplicasse, aparece ele 2 vezes. O cadastro dele, aparece vários cadastros. (CD12)

[...] muitas vezes acontece da gente passar o dia sem internet e só retornar no dia seguinte, aí no dia seguinte a gente tem como lançar esses pacientes novamente. (CD15)

Contudo, foi percebido melhora no fluxo de informação no sistema e-SUS AB: percepção de maior segurança na digitação/inserção correta da informação no sistema; opções para detalhamento nos registros dos procedimentos odontológicos no sistema; ferramenta que gera lista de gestante. Nesse aspecto, houve uma melhora para dificuldades percebidas no sistema de prontuário em papel quanto à segurança do profissional com relação à correta inserção dos dados no sistema pelos funcionários responsáveis pela digitação.

Eu acho que deveria implantar isso em todas as unidades. [risos] porque tipo assim, eu vou ser sincera com você, quando somos nós que digitamos eu prefiro eu mesmo digitar, porque tipo assim, quando vai para a mão de terceiros, se alguma coisa está ali errada ele não vai se incomodar, ele vai passar um risco no teu negócio e não vai digitar. Aí a sua informação não vai. (CD11)

[...] no outro só tinha 2 tipos de restauração: amálgama e resina. E nesse novo tem várias opções de 1 a 7. Aí você vai, “não é esse, não é esse, não é esse...é esse”! Mas é muito bom nesse sentido porque também é uma coisa que a gente digitou e ele já vai direto. (CD11)

A lista de gestantes, por exemplo, a gente consegue puxar pelo PEC a lista de todas as gestantes atendidas na unidade. A gente consegue puxar essa lista que é interessante também. (CD14)

[...] conseguir ver a nossa produção; como é que a gente está atendendo; o que é que a gente pode melhorar; o que é que a gente pode gastar, aumentar. (CD13)

Os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema PEC no seu processo de trabalho relataram uma demanda alta de atendimento odontológico exigido por turno/dia. Na primeira etapa do estudo, os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel também relataram uma demanda grande de atendimento e perceberam a sua carga de trabalho como cansativa. Portanto, observou-se que a demanda de atendimento foi percebida como alta pelos cirurgiões-dentistas tanto no sistema de prontuário em papel como no sistema de prontuário eletrônico do cidadão.

E eu atendo entre 6 e 9 pacientes, às vezes numa manhã. Imagine? Você atender esse povo todo e depois voltar para o PEC? Fica difícil. Fica difícil, né? (CD11)

[...] a demanda de pacientes exigidos de atendimento por dia acaba atrapalhando um pouquinho. A gente teve um problema que aumentou essa demanda e aí acaba que tem paciente que demora mais, que tem paciente que é mais rápido. (CD15)

É, mais uma vez, como eu falo, a gente ganhou tempo, a gente consegue ganhar tempo, a gente não precisa esperar para ir procurar ficha de paciente pra começar o atendimento, ganhamos tempo, então com certeza houve sim uma melhora (na carga de trabalho). (CD15)

E quanto ao dano à natureza, que foi relatado como um ponto negativo do uso do sistema de prontuário em papel, notou-se que o sistema PEC representou um avanço nas questões ambientais que envolvem a produção e o descarte de papel, mas ainda se utiliza o papel nesse sistema para emissão de receitas e outros documentos.

A comunicação com o uso do sistema de PEC foi considerada, em geral, boa, na percepção dos cirurgiões-dentistas. Sendo que, o contato pessoal entre os profissionais devido à proximidade das salas foi considerado o principal meio utilizado. As reuniões de equipe também foram consideradas de grande relevância para a comunicação e interação entre os profissionais.

É pessoalmente mesmo [principal meio para comunicação]. [...] Como as salas são perto a gente já se fala. (CD12)

O que para gente aqui é de extrema e fundamental importância é a nossa reunião de equipe que a gente tem toda a semana, que discute caso, que discute tudo

que a gente tem que discutir, é médico, enfermeiro, dentista, agente comunitário, toda semana a gente tem a nossa reunião aqui de equipe. É como a gente consegue resolver os nossos problemas aqui na unidade. (CD11)

Eu, nós no geral, quando precisamos de alguma coisa, a gente vai até a sala e bate na sala e chama no acolhimento mesmo, alguma coisa para médica, eu passo na sala da médica e aí ela prescreve, é assim que funciona. (CD13)

É bem tranquila, a gente até tem uma reunião toda semana com todos os membros da equipe e a gente consegue ter uma relação boa, bem tranquila e a comunicação é ótima. Não é nada difícil não, sabe? Tem uma reunião semanalmente, uma vez por semana, e a gente consegue estar com uma boa comunicação em relação a tudo. (CD14)

O agendamento de consulta com a utilização do PEC apresentou dinâmica variada a depender da escolha dos profissionais, sendo a marcação realizada pelo próprio cirurgião-dentista ou pelos profissionais da recepção. Alguns cirurgiões-dentistas relataram utilizar o PEC, mas com agenda física manual, onde repassa as anotações para a agenda do sistema PEC posteriormente. Tem sistema de marcação onde é realizado o acolhimento pelo cirurgião-dentista e o paciente é agendado por esse profissional no momento que busca a unidade com essa necessidade, mas tem sistema de marcação onde é aberta a agenda para a marcação dos pacientes novos na primeira semana de cada mês. Observou-se que, mesmo com a ferramenta de agenda disponível no PEC, alguns cirurgiões-dentistas preferiram manter a agenda física, o que pode representar talvez uma resistência por parte do profissional de realizar mudança no sistema de marcação ou talvez represente uma maior insegurança causada pela interferência das “quedas” no sistema, o que atrapalharia a dinâmica do atendimento no dia. Enfim, esse ponto precisa ser mais bem avaliado por outros estudos.

[...] os pacientes de odontologia também passam pelo acolhimento que é lançado como odontologia e aí a gente acolhe, faz a escuta inicial do paciente, vê a queixa dele, vê o que ele tem para fazer, e aí sim, que a gente marca. (CD12)

É a gente mesmo [que faz o agendamento], as próprias dentistas [...] (CD12)

A minha agenda ainda não foi aberta no sistema e eu estou com agenda escrita, manual. (CD13)

É, da recepção. Não tem dia não, o dia que o paciente chegar aqui ele é atendido, ele é avaliado. (CD13)

Na verdade, a agenda (no caderninho) fica na minha sala, mas quando a demanda tá muito cheia, a recepção pode marcar também, fica lá também. É tudo relativo [...] (CD14)

A marcação de consulta sou eu que faço no momento (da consulta). A recepção apenas marca a primeira consulta, [...], aí desta em diante, quem marca sou eu ou retorno. [...] Elas fazem a marcação da primeira consulta no início do mês e aí a

gente vai dando sequência aos retornos, marca geralmente sempre no início do mês. (CD15)

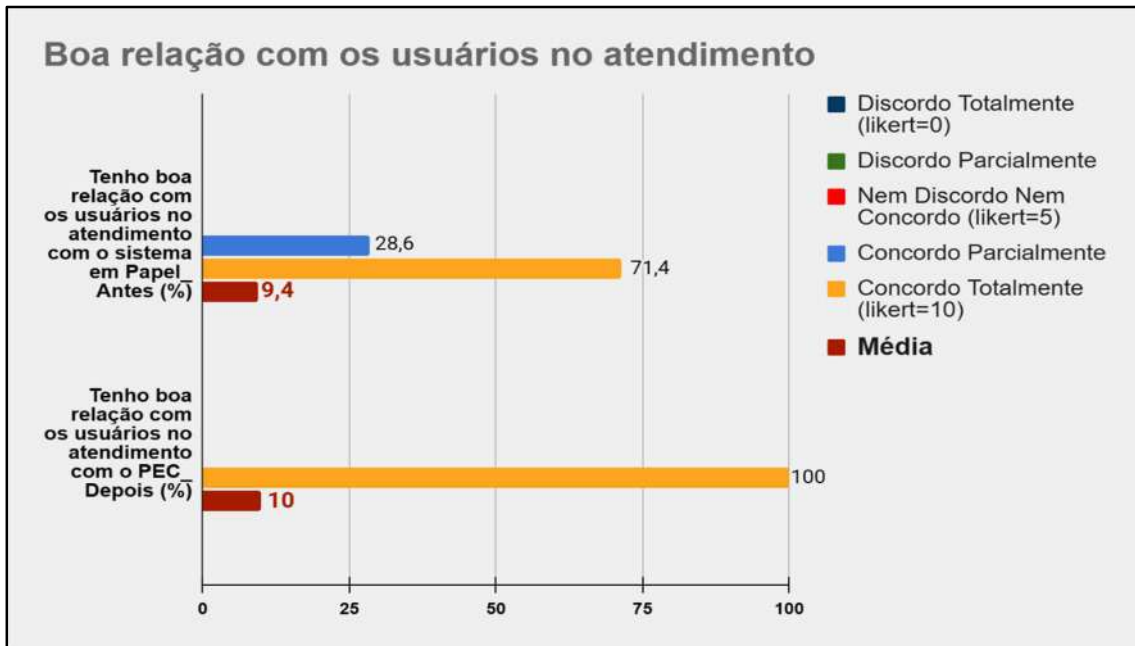
5.4.2 Efeitos no Objeto de Trabalho

Dos cirurgiões-dentistas entrevistados no grupo teste antes da implementação do PEC, 71,4% deles concordaram totalmente (*Likert* =10) que tinham uma boa relação com os usuários no atendimento com o uso do sistema de registro em papel e 28,6% concordaram parcialmente que essa relação era boa. Já para os cirurgiões-dentistas que utilizavam o PEC, 100% deles, concordaram totalmente que a sua relação com os usuários no atendimento era boa. Apesar das diferenças nos sistemas em papel e eletrônico, os cirurgiões-dentistas que consideraram o valor médio de 10 para ter uma boa relação com os usuários no atendimento foi alta, sendo que o valor médio atribuído por aqueles que utilizaram o PEC foi superior em relação ao valor médio dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel que foi 9,4. Apesar de ter sido uma diferença percentual sutil, teve cirurgião-dentista que considerou que o uso do PEC teve efeito positivo na sua interação com o paciente.

Acho que sim, que seja melhor [a interação], porque fazemos mais rápido o atendimento e conseguimos solucionar, ganha mais tempo com isso pra estar ouvindo melhor o nosso paciente. Porque são marcos que a gente vai ter do processo, em vez de ter que escrever, para fazer receita, tudo isso ganha tempo pelo sistema. Então, acredito que tenha tido, sim, uma melhora com o paciente. (CD15)

Falar que eu realmente acredito que o prontuário eletrônico facilitou muito a comunicação aqui entre profissional, paciente [...]. (CD15)

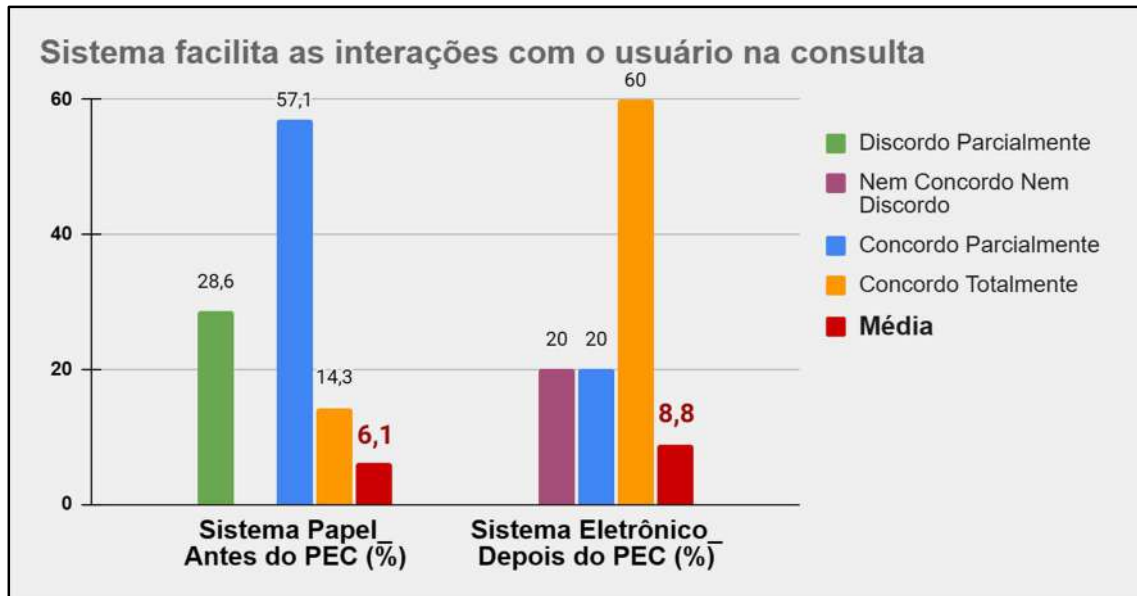
Gráfico 1. A percepção da relação dos cirurgiões-dentistas do grupo teste com o usuário no atendimento nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

Para a maioria dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema de registro em papel, correspondendo a 57,1% deles, o sistema em papel facilita parcialmente as interações com o usuário na consulta. Apenas 14,3% acharam que o sistema em papel facilita totalmente as interações e 28,6% discordaram parcialmente. Enquanto para a maioria dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema do PEC, 60% deles concordaram que o PEC facilita totalmente as interações com o usuário na consulta e não houve nenhum cirurgião-dentista que discordasse. O valor médio apontou concordância parcial dos cirurgiões-dentistas em relação ao PEC facilitar as interações com o usuário na consulta e teve um aumento percentual de 44,3% com relação ao valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel, sendo a média igual a 8,8 com o PEC e a média com o sistema papel foi de 6,1.

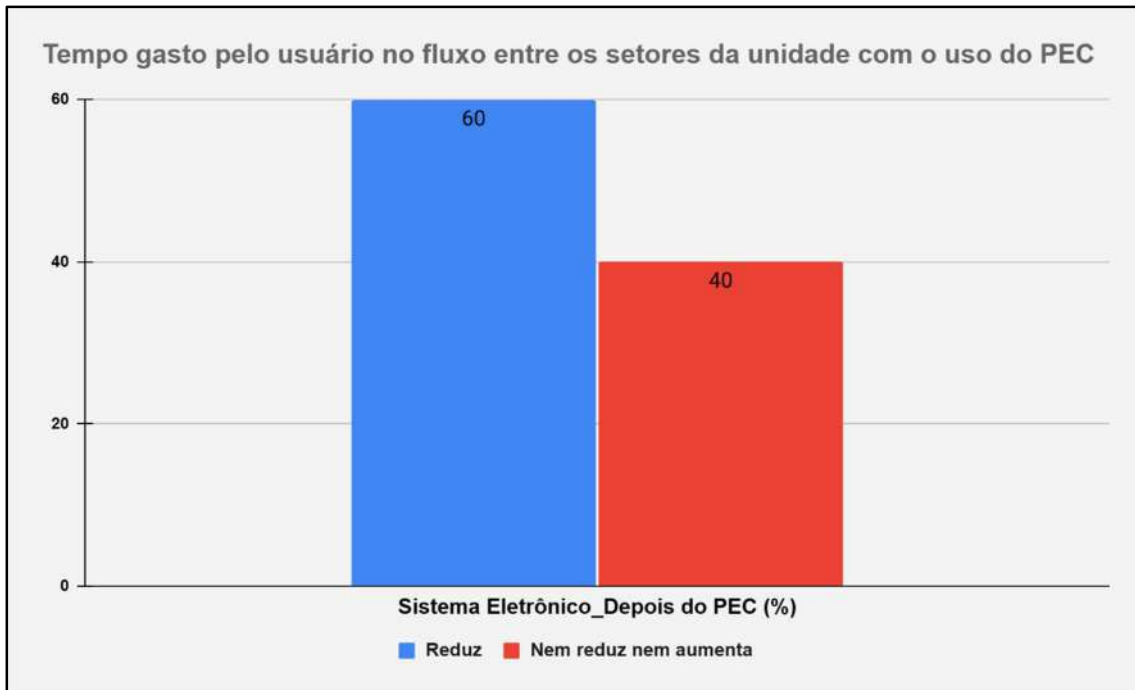
Gráfico 2. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre as interações com os usuários na consulta nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao tempo gasto pelos usuários no fluxo entre os setores da unidade, 60% tiveram a percepção de que o PEC reduziu esse tempo e 40% acharam que não houve mudança no tempo gasto pelo usuário no fluxo entre os setores da unidade com o uso do PEC.

Gráfico 3. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o tempo gasto pelo usuário no fluxo entre os setores da unidade na etapa *ex-post*, 2019-2022.

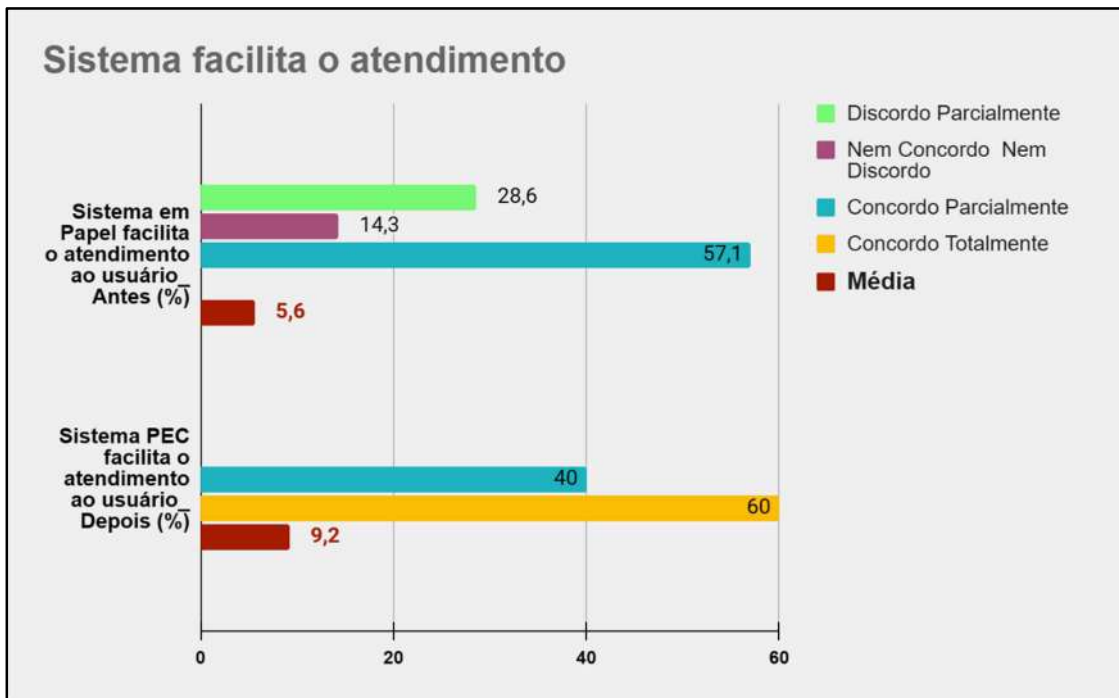


Fonte: Elaboração própria.

5.4.3 Efeitos no Trabalho Propriamente Dito

Com relação aos efeitos no trabalho propriamente dito, pode-se observar que a maioria dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel, que corresponde a 57,1% deles, concordaram parcialmente que esse sistema facilita o atendimento aos usuários e 28,6% discordaram parcialmente. A média de concordância em relação ao sistema em papel facilitar o atendimento ao usuário foi de 5,6. A maioria dos dentistas que utilizaram o PEC no processo de trabalho, que corresponde a 60% deles, concordaram totalmente que o PEC facilita o atendimento aos usuários e 40% concordaram parcialmente. Ou seja, a totalidade dos cirurgiões-dentistas concordou com o uso do PEC como facilitador do atendimento aos usuários na consulta, sendo que o valor médio atribuído por eles foi de 9,2, representando um aumento de 64,3% em relação ao valor médio obtido com o sistema de registro em papel.

Gráfico 4. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o sistema de registro facilitar o atendimento aos usuários na consulta nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



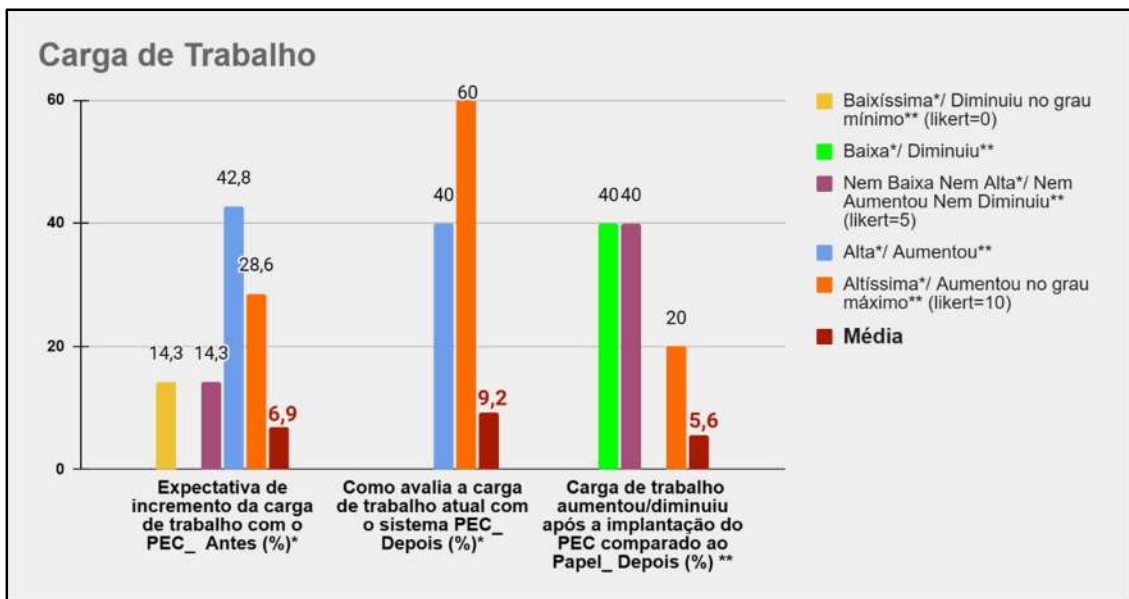
Fonte: Elaboração própria.

Antes da implantação do PEC, a expectativa dos cirurgiões-dentistas com relação ao incremento da sua carga de trabalho com o PEC teve uma média igual a 6,9. Para 42,8% e 28,6% deles, a expectativa foi de que a carga de trabalho com o PEC seria alta e altíssima, respectivamente. Em uso do sistema do PEC, 60% dos cirurgiões-dentistas avaliaram a sua carga de trabalho altíssima e 40% avaliaram a sua carga de trabalho alta com o PEC. A avaliação da carga de trabalho média com o PEC foi alta, correspondendo a 9,2, o que representou um aumento de 33,3% em relação à expectativa média. Ou seja, o valor médio da carga de trabalho com o PEC teve um aumento de 33,3% com relação à expectativa de incremento da carga de trabalho que os profissionais que utilizavam o sistema em papel tinham.

Contudo, os dentistas que utilizaram o PEC, ao avaliarem a carga de trabalho com relação ao papel, tiveram a percepção, em sua maioria, que a carga de trabalho estava alta ou altíssima, e para 40% deles, essa carga diminuiu quando comparada à carga com o sistema em papel. Para os outros 40% dos dentistas, não houve efeitos na carga de trabalho com o PEC quando comparado ao papel, ou seja, embora considerasse a sua carga de trabalho alta ou altíssima com o PEC, provavelmente, a carga deveria ser assim também com o sistema em papel. Mas, para 20% dos cirurgiões-dentistas, a carga de trabalho aumentou muito com o PEC

em comparação ao uso do sistema em papel. Para os dentistas que usavam o PEC, o valor médio da carga de trabalho, ao ser comparado com o valor médio da carga de trabalho com o uso do sistema em papel, teve uma redução de 39,1%. Em média, a carga de trabalho com o PEC foi considerada altíssima, mas ainda assim, significativamente menor do que comparado ao sistema em papel na percepção desses cirurgiões-dentistas.

Gráfico 5. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a carga de trabalho nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

O tempo de preenchimento dos registros foi considerado “muito” pela totalidade dos cirurgiões-dentistas no sistema em papel e por 80% dos cirurgiões-dentistas que usaram o PEC. Os cirurgiões-dentistas consideraram um valor médio de 7,9 para o tempo de registro com o sistema em papel e com o PEC, esse valor médio foi de 6,8. Portanto, em ambos os sistemas, os cirurgiões-dentistas consideraram o valor médio do tempo de preenchimento dos registros elevado no seu processo de trabalho, sendo que a percepção desse tempo de preenchimento teve uma redução de 13,9% com o PEC.

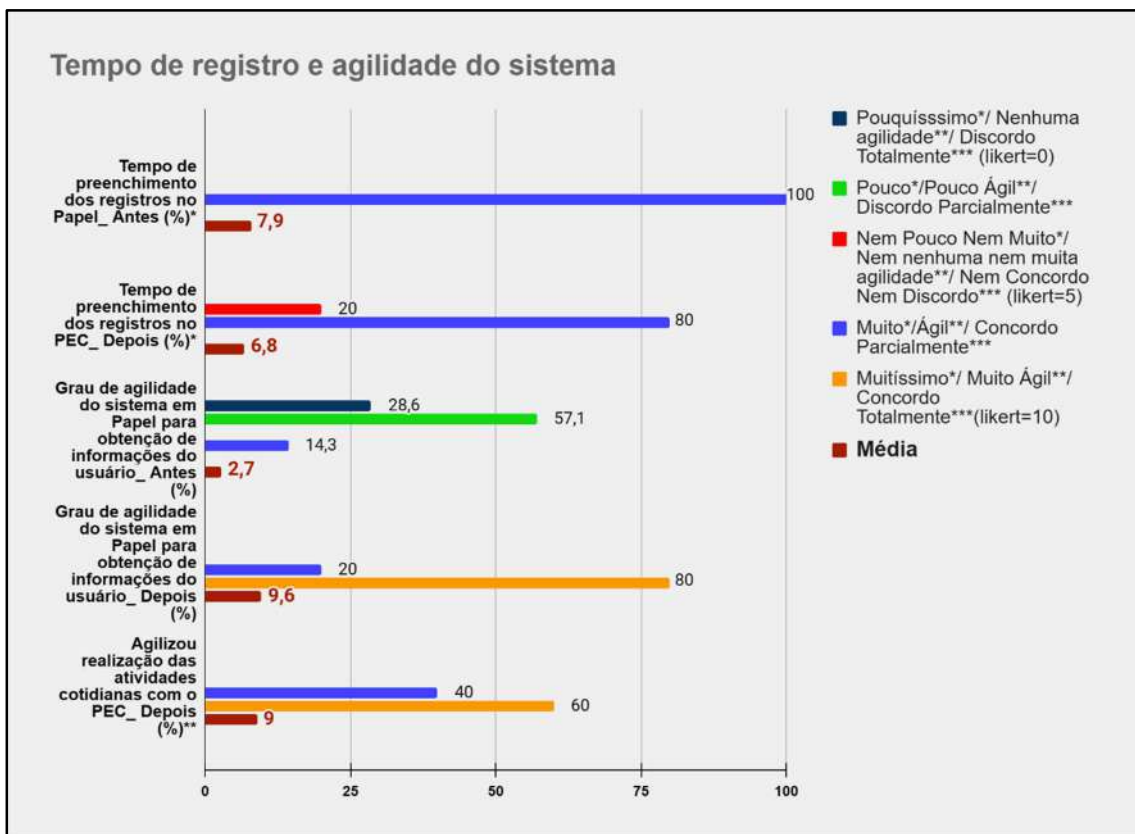
Com relação ao grau de agilidade do sistema de registro, 57,1% dos cirurgiões-dentistas acharam o sistema em papel pouco ágil e 28,6% acharam sem nenhuma agilidade. Quanto ao PEC, 80% dos cirurgiões-dentistas consideraram o sistema muito ágil e 20% acharam ágil. Os cirurgiões-dentistas atribuíram um valor médio de 2,5 para o grau de agilidade do sistema em papel e um valor médio para o grau de agilidade do Pec de 9,6. Portanto, quanto ao grau de agilidade do sistema, o sistema em papel foi considerado pouco ágil (média 2,5) e o PEC foi

considerado um sistema ágil (média 9,6) pelos cirurgiões-dentistas, havendo uma variação percentual de aumento de 284%.

A maioria dos cirurgiões-dentistas concordou plenamente que o PEC agilizou a realização das atividades cotidianas do seu trabalho na unidade, correspondendo a 60% deles, e 40% dos cirurgiões-dentistas concordaram parcialmente. Os cirurgiões-dentistas que utilizavam o PEC atribuíram o valor médio igual a 9 para a realização das suas atividades cotidianas terem sido agilizadas com o uso do PEC.

Como o valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas para o tempo de preenchimento dos registros com o PEC foi de 6,8 e o valor médio atribuído ao grau de agilidade do sistema na obtenção das informações dos usuários com o PEC foi de 9,6, pode-se supor que na percepção dos cirurgiões-dentistas, os efeitos do uso do PEC na obtenção mais ágil das informações dos usuários contribuíram mais do que os efeitos na melhora do tempo de preenchimento dos registros, que continuou alto, para agilizar a realização das atividades cotidianas dos cirurgiões-dentistas no seu processo de trabalho.

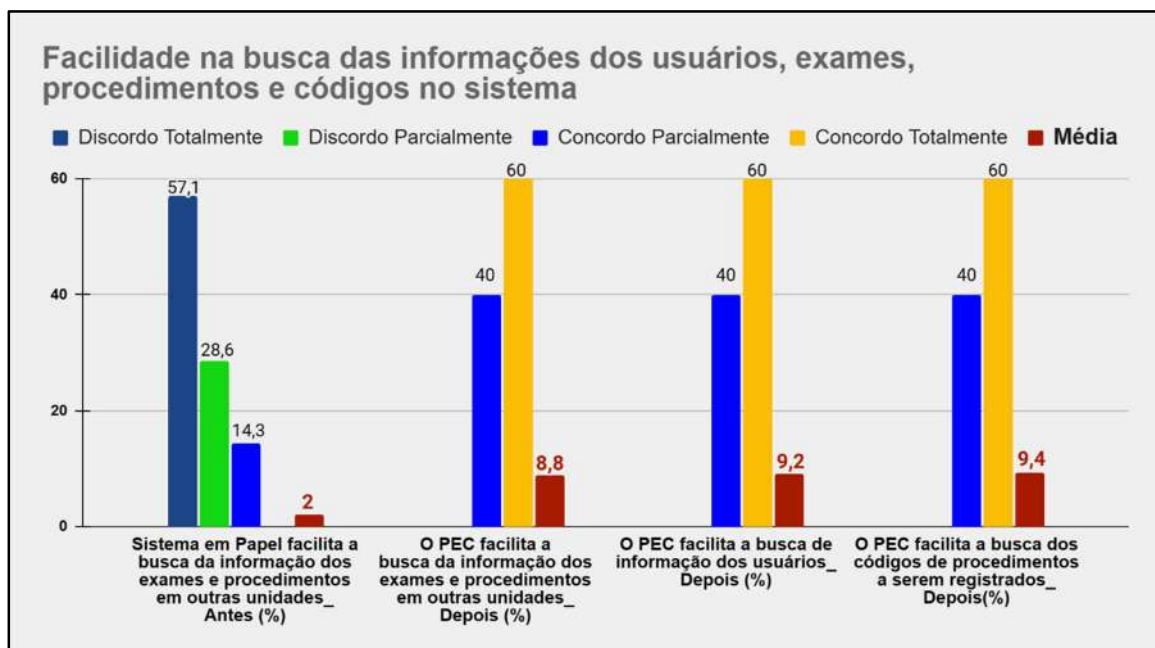
Gráfico 6. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre tempo de registro e agilidade do sistema de registro nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

Os cirurgiões-dentistas discordaram totalmente, em sua maioria, correspondendo a 57,1%, que o sistema de registro no papel facilita a busca de informações de exames e procedimentos do usuário em outras unidades. E 28,6% deles, discordaram parcialmente. Dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC, 60% concordaram totalmente e 40% concordaram parcialmente que o PEC facilita a busca de informações de exames e procedimentos do usuário em outras unidades. Além disso, a totalidade dos cirurgiões-dentistas concordaram totalmente (60%) e concordaram parcialmente (40%), que o PEC facilita tanto a busca de informações dos usuários como a busca dos códigos de procedimentos a serem registrados. O valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas ao sistema em papel facilitar a busca de informações dos exames e procedimentos dos usuários em outras unidades foi de 2, e esse valor médio teve um aumento percentual de 340%, sendo de 8,8 para o sistema do PEC. O valor médio considerado pelos cirurgiões-dentistas para o PEC facilitar a busca de informações dos usuários e a busca dos códigos de procedimentos foram, respectivamente, de 9,2 e 9,4. Podemos observar que na percepção dos cirurgiões-dentistas, o sistema em papel não facilita a busca de informações dos usuários em outras unidades, enquanto o PEC facilita essa busca e facilita de modo ainda mais elevado a busca de informações dos usuários e dos códigos de procedimentos.

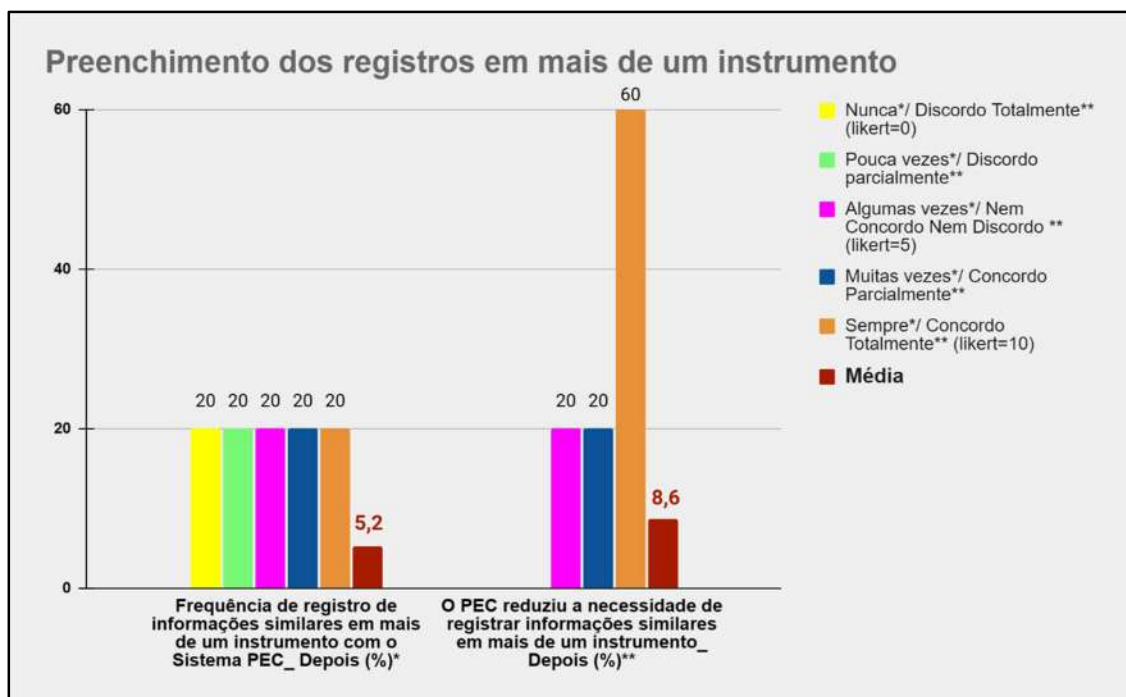
Gráfico 7. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a busca de informações dos usuários, exames, procedimentos e códigos no sistema de registro nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao preenchimento dos registros em mais de um instrumento, os cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC apresentaram uma grande variabilidade na avaliação da frequência em que registra informações similares em mais de um instrumento. Nas categorias de frequências, desde “nunca” até “sempre” preencho registros em mais de um instrumento, houve o percentual correspondente a 20% dos dentistas para cada uma. Os cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC, 60% deles, concordaram totalmente que esse sistema reduziu a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento e 20% concordaram parcialmente. Os outros 20% permaneceram neutros. O valor médio atribuído por esses profissionais para a frequência de preenchimento dos registros em mais de um instrumento foi 5,2 e o valor médio apontado para a redução na necessidade dos registros em mais de um instrumento foi de 8,6. Ou seja, na percepção dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC, esse sistema reduziu com certa intensidade a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento, mas ainda assim, o registro de informações similares em mais de um instrumento ocorre numa frequência variada.

Gráfico 8. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o preenchimento de registro em mais de um instrumento nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



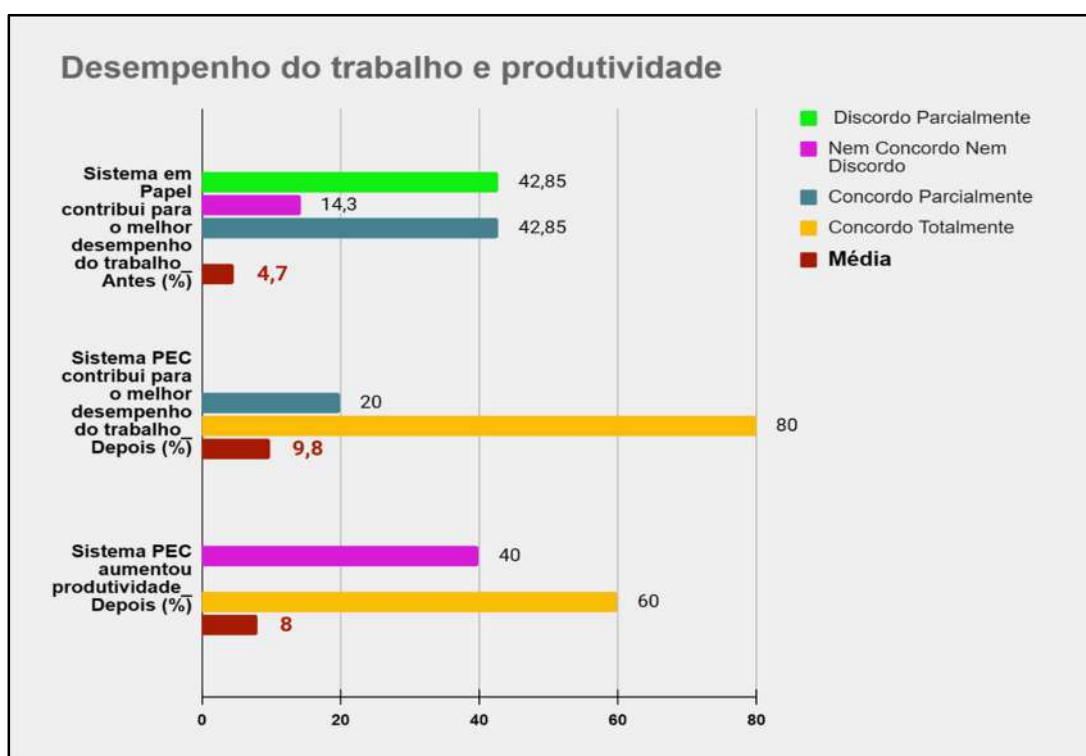
Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao desempenho do trabalho no sistema em papel, 42,85% dos cirurgiões-dentistas concordaram parcialmente que o sistema em papel contribui para o melhor

desempenho do seu trabalho, enquanto 42,85% discordaram parcialmente. E 14,3% deles foram neutros. Já para os cirurgiões-dentistas que usaram o PEC, esse sistema contribuiu para o melhor desempenho do trabalho na percepção de 80% deles, e 20% concordaram parcialmente. O valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas para o melhor desempenho do seu trabalho com o uso do sistema em papel foi de 4,7 e para o uso do PEC foi de 9,8. Dessa forma, a percepção dos cirurgiões-dentistas foi de que o sistema em papel não contribuiu tanto para o melhor desempenho do seu trabalho, enquanto obteve-se uma concordância elevada de que o PEC contribuiu para o desempenho do trabalho.

Na percepção dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema PEC, 60% deles concordaram que o uso do PEC em comparação com o registro manual no papel aumentou a sua produtividade. Mas 40% deles, mantiveram-se neutros ao realizarem essa comparação. Os cirurgiões dentistas apontaram um valor médio de 8 para o aumento da sua produtividade com o sistema do PEC comparado ao sistema em papel, representando uma concordância parcialmente elevada. Na percepção dos cirurgiões-dentistas, apesar do PEC contribuir de forma intensa para o desempenho do seu trabalho, bem como para o aumento da produtividade em comparação ao sistema em papel, os efeitos do seu uso foram percebidos pelos cirurgiões-dentistas de modo mais intenso no desempenho das atividades do que na produtividade.

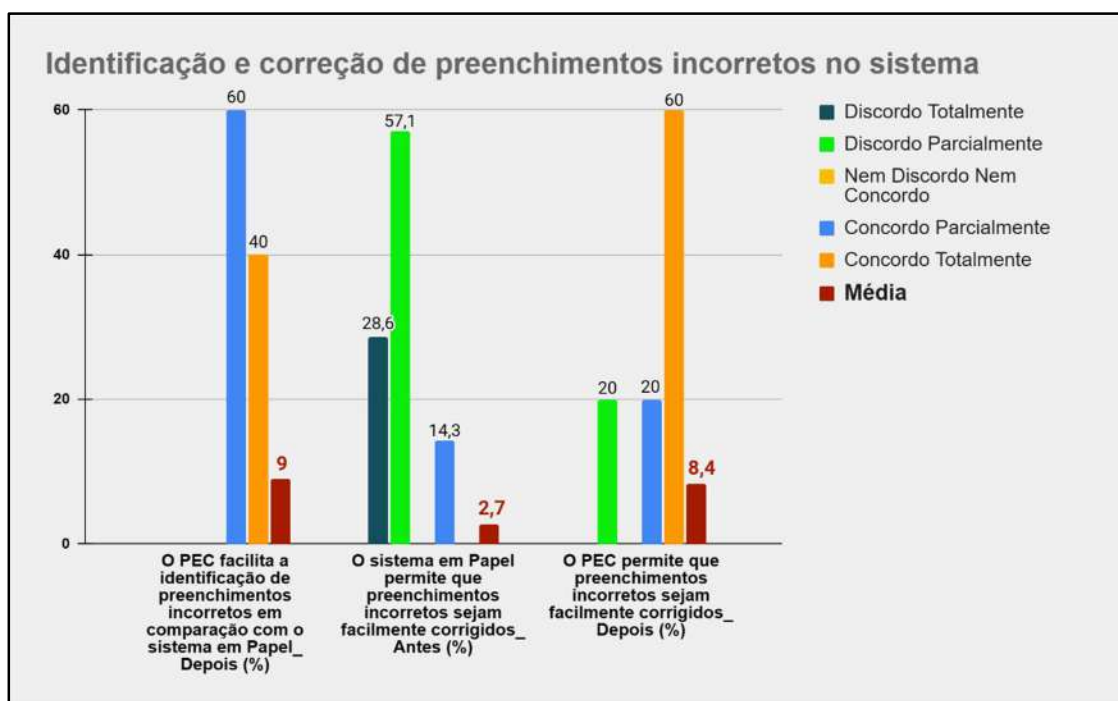
Gráfico 9. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o desempenho do trabalho e produtividade nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

A porcentagem de 60% dos cirurgiões-dentistas, concordaram parcialmente que o PEC facilita a identificação dos preenchimentos incorretos, enquanto 40% concordaram totalmente. Ou seja, a totalidade dos dentistas concordou que o PEC facilita a identificação dos preenchimentos incorretos em comparação com o sistema em papel. Com relação ao sistema em papel permitir que os preenchimentos incorretos fossem facilmente corrigidos, 57,1% dos cirurgiões-dentistas discordaram parcialmente e 28,6% discordaram totalmente. Já, 60% dos cirurgiões-dentistas, concordaram totalmente que o PEC permitiu facilmente a correção dos preenchimentos incorretos e 20% dos cirurgiões-dentistas concordaram parcialmente. Os cirurgiões-dentistas apontaram um valor médio de 2,7 para o sistema em papel permitir que os preenchimentos incorretos fossem facilmente corrigidos e o valor médio de 8,4 para o PEC permitir que isso ocorra. Pode-se observar que na percepção dos cirurgiões-dentistas, o sistema PEC facilita de modo intenso a identificação dos preenchimentos incorretos, comparado ao papel, bem como permite que os preenchimentos incorretos sejam facilmente corrigidos, enquanto no sistema em papel não são facilmente corrigidos.

Gráfico 10. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a identificação e correção de preenchimentos incorretos no sistema de registro nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

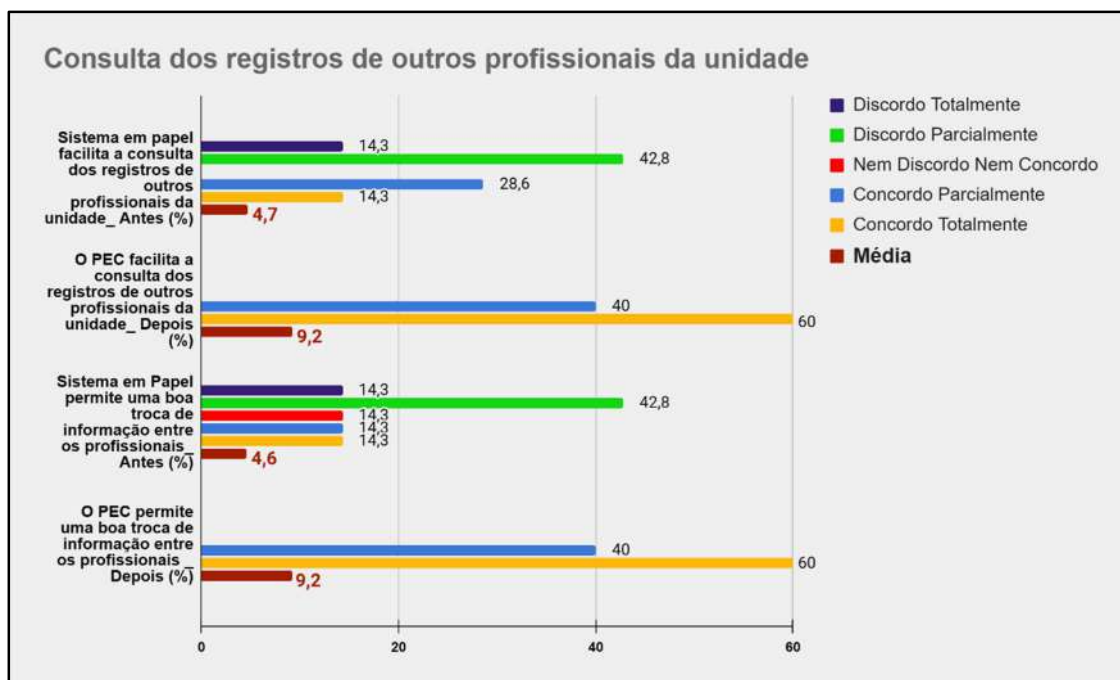
Dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel, 42,8% discordaram parcialmente que esse sistema facilita a busca dos registros de outros profissionais da unidade

de saúde e 14,3% discordaram totalmente que o sistema em papel facilita essa busca. Enquanto 60% dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC concordaram totalmente e 40% concordaram parcialmente que o PEC facilita a busca dos registros de outros profissionais da unidade. Os cirurgiões-dentistas que usaram o sistema em papel atribuíram o valor médio de 4,7 para o sistema facilitar a consulta dos registros de outros profissionais da unidade, enquanto os cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC atribuíram o valor médio de 9,2, sendo que o valor médio teve um aumento percentual de 95,4%. Desse modo, os cirurgiões-dentistas discordaram parcialmente que o sistema em papel facilita a consulta dos registros de outros profissionais da unidade, mas concordaram de modo intenso que o PEC que facilita essa consulta.

Além disso, 42,8% dos cirurgiões-dentistas que usaram o sistema em papel, discordaram parcialmente que o sistema em papel permite boa troca de informações entre os profissionais. Enquanto 60% dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC concordaram totalmente e 40% concordaram parcialmente que o PEC permite boa troca de informações entre os profissionais facilitando a tomada de decisão sobre o tratamento dos usuários.

O valor médio atribuído ao sistema em papel permitir boa troca de informações entre os profissionais foi de 4,6, enquanto o valor médio atribuído ao PEC permitir boa troca de informações entre os profissionais foi de 9,2. Com isso, além de concordarem intensamente que o PEC facilita a consulta dos registros de outros profissionais da unidade, concordaram com semelhante intensidade que o PEC permite uma boa troca de informações entre os profissionais auxiliando a tomada de decisão sobre o tratamento dos usuários. É interessante destacar que o valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas à legibilidade do sistema em papel foi de 6,7 e teve um aumento percentual de 40,3% no valor médio da legibilidade do PEC, que foi de 9,4 (tabela). E nesse sentido, nota-se que a percepção de que o PEC melhorou a legibilidade para os cirurgiões-dentistas, esse pode ser um importante fator que contribuiu para facilitar a troca de informações entre os profissionais através do prontuário.

Gráfico 11. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre consulta dos registros de outros profissionais nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



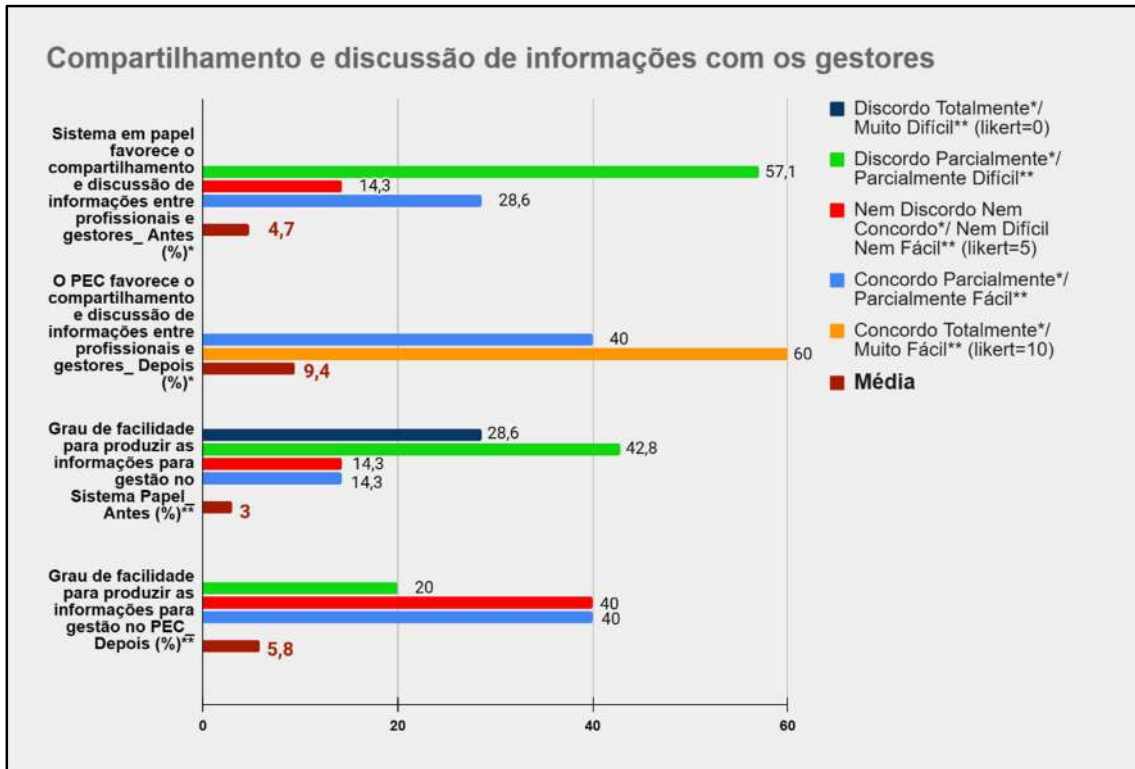
Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao compartilhamento e discussão de informações com os gestores, 57,1% dos dentistas não concordaram e nem discordaram que o sistema em papel favorece o compartilhamento e discussão de informações entre profissionais e gestores, enquanto 28,6% concordaram parcialmente. Já para os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema do PEC, 60% deles concordaram totalmente e os outros 40% concordaram parcialmente que o PEC favorece o compartilhamento e discussão entre profissionais e gestores. O valor médio apontado pelos cirurgiões dentistas foi de 4,7 para o sistema em papel e 9,4 para o sistema do PEC. Desse modo, na percepção dos cirurgiões-dentistas o sistema em papel não favorece que haja o compartilhamento e discussão de informações entre os profissionais e os gestores, já o PEC favorece de modo intenso esse compartilhamento.

Para os cirurgiões-dentistas que fizeram uso do sistema em papel, 42,8% acharam parcialmente difícil produzir as informações solicitadas pela gestão em relação a determinadas condições dos usuários, enquanto 28,6% consideraram muito difícil. Para os cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema do PEC, 40% acharam parcialmente fácil e 40% não acharam nem fácil nem difícil. O valor médio conferido pelos cirurgiões-dentistas para o grau de facilidade/dificuldade em produzir as informações solicitadas pela gestão com o sistema em papel foi de 3, enquanto o valor médio atribuído para o PEC foi de 5,8. Na percepção dos

cirurgiões-dentistas, o sistema em papel apresenta dificuldade para produzir as informações solicitadas pela gestão, enquanto o sistema do PEC facilita muito pouco.

Gráfico 12. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o compartilhamento e discussão de informações com os gestores nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

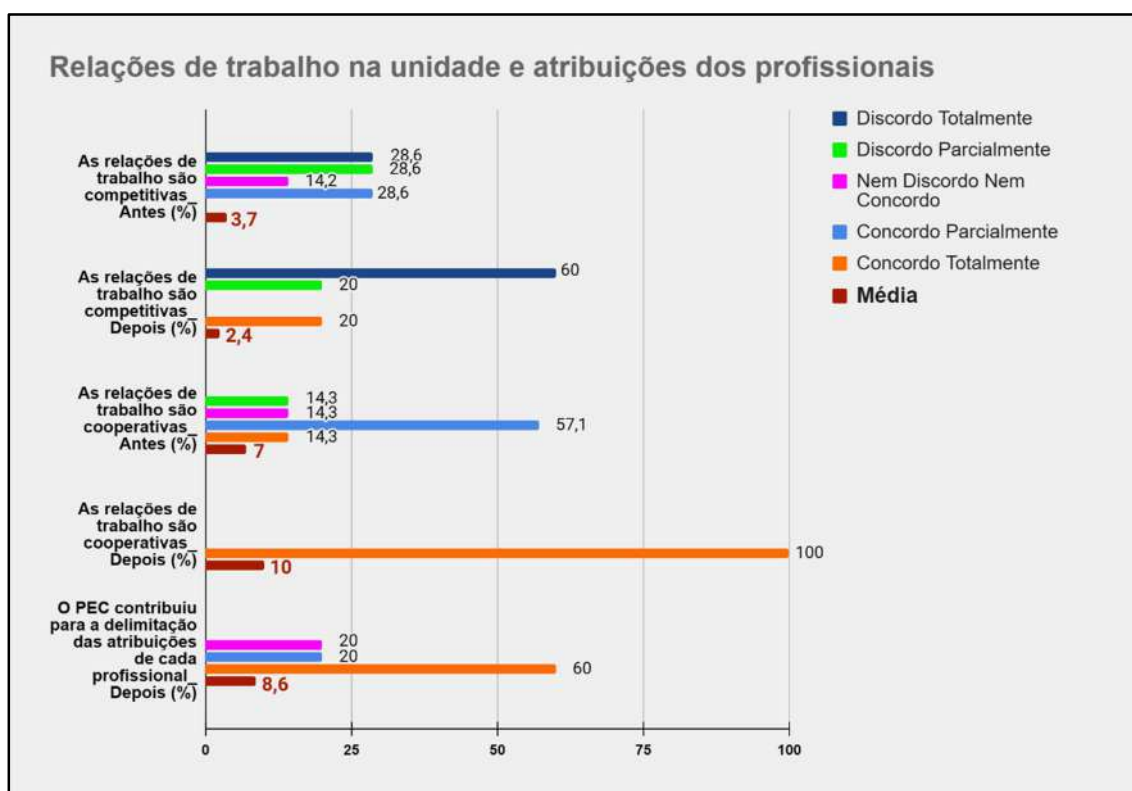
Com o sistema em papel, 28,6% dos cirurgiões-dentistas, discordaram totalmente que as relações de trabalho são competitivas e 28,6% discordaram parcialmente. Ao passo que, 57,1% concordaram parcialmente que essas relações eram cooperativas e 14,3% concordaram totalmente. Já para os cirurgiões-dentistas que utilizaram o PEC, 60% concordaram plenamente e 20%, concordaram parcialmente que as relações de trabalho eram cooperativas. Enquanto, 100% concordaram totalmente que as relações de trabalho eram cooperativas.

O valor médio atribuído para as relações serem competitivas no sistema em papel foi de 3,7, enquanto no sistema do PEC foi de 2,4. O valor médio conferido para as relações de trabalho serem cooperativas foi de 7, no sistema em papel, e 10 no PEC. Na percepção dos cirurgiões-dentistas, tanto no sistema em papel como no sistema do PEC, em média, as relações de trabalho não são competitivas, sendo que houve uma diminuição de 35,1% no valor médio da percepção para as relações competitivas com o PEC comparado ao sistema papel. Com o uso do sistema PEC, os cirurgiões-dentistas percebem ainda as relações como totalmente

cooperativas. Somente por esse instrumento, não foi possível fazer julgamentos sobre os efeitos do PEC nas relações de trabalho entre os profissionais na unidade.

Dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel, 60% deles, concordaram totalmente que o PEC contribuiu para a delimitação das atribuições de cada profissional na unidade, enquanto 20% deles, concordaram parcialmente. O valor médio apontado por eles foi de 8,6, demonstrando que na percepção dos cirurgiões-dentistas o PEC dava uma boa contribuição para a delimitação das atribuições de cada profissional na unidade. Mas esse instrumento de pesquisa não deu conta de identificar quais fatores daria uma boa contribuição para que os cirurgiões-dentistas considerassem que o PEC contribuiu para a delimitação das atividades.

Gráfico 13. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre relações de trabalho e atribuições dos profissionais nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.

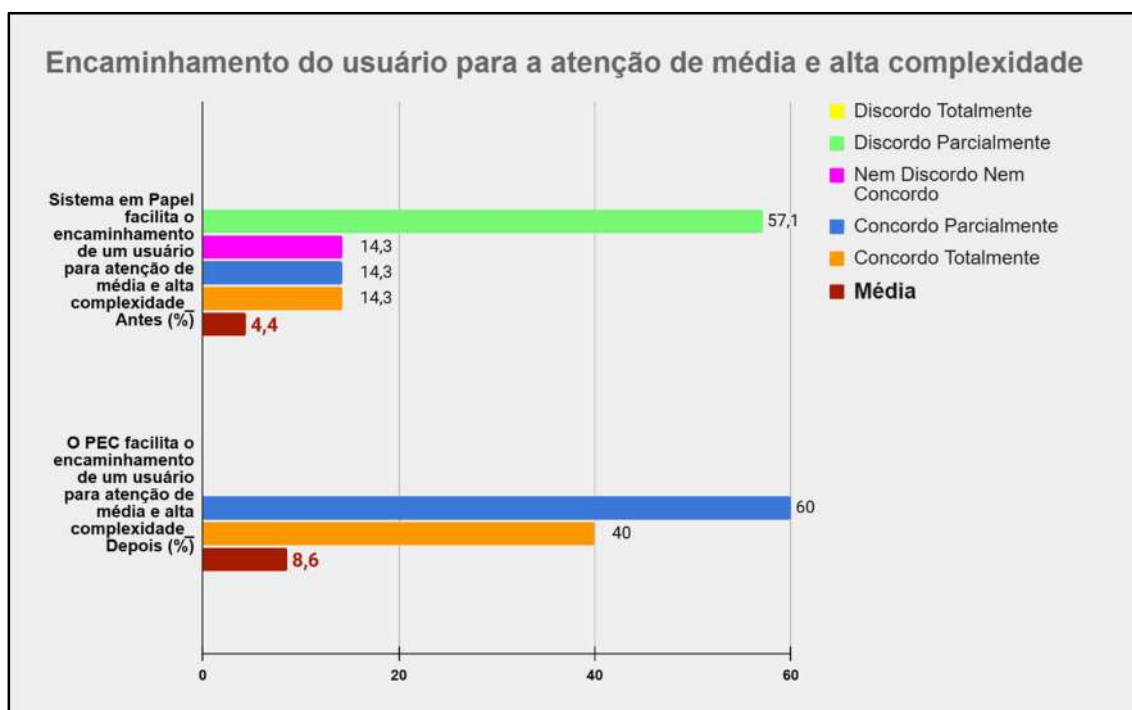


Fonte: Elaboração própria.

Com o sistema em papel, 57,1% dos cirurgiões-dentistas, discordaram parcialmente que esse sistema facilita o encaminhamento de um usuário para a atenção de média e alta complexidade, 14,3% concordaram parcialmente e 14,3% concordaram totalmente. Já para encaminhar um usuário para a atenção de média e alta complexidade, 60% dos cirurgiões-

dentistas concordaram parcialmente que o PEC facilita o encaminhamento, enquanto 40% concordaram totalmente. O valor médio atribuído ao encaminhamento de um usuário para a atenção de média e alta complexidade com o sistema em papel foi de 4,4, enquanto o valor médio atribuído para o sistema PEC foi de 8,6. Portanto, na percepção dos cirurgiões-dentistas, o sistema em papel não facilita o encaminhamento de um usuário para a atenção de média e alta complexidade, enquanto com o uso do PEC esse encaminhamento é facilitado consideravelmente em comparação com o sistema em papel.

Gráfico 14. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre o encaminhamento do usuário para os níveis de atenção de média e alta complexidade nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



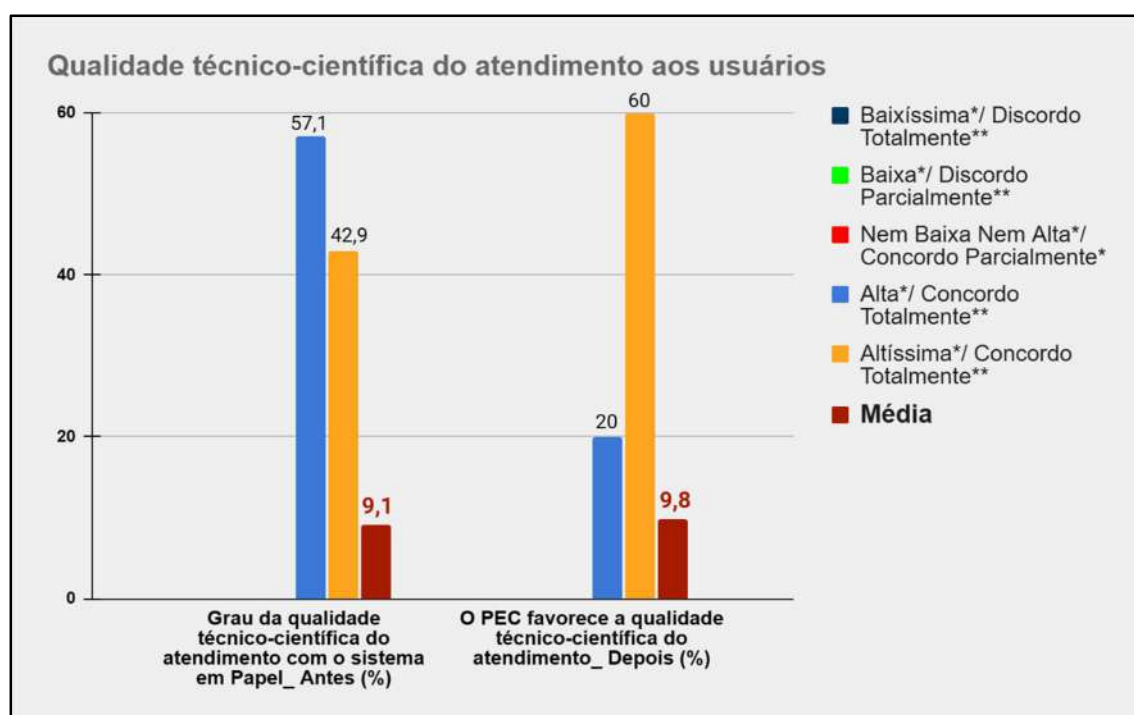
Fonte: Elaboração própria.

5.4.4. Efeitos nos Meios de Trabalho

Para 57,1% e 42,9% dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema em papel, o grau da qualidade técnico-científica do atendimento desses profissionais foi considerado alto e altíssimo, respectivamente. Com o sistema do PEC, 20% dos cirurgiões-dentistas concordaram parcialmente que o PEC favoreceu a qualidade técnico-científica do atendimento, enquanto 60% concordaram totalmente que favoreceu a sua qualidade técnico-científica. O valor médio

atribuído pelos cirurgiões-dentistas à própria qualidade técnico-científica do atendimento foi de 9,1 com o sistema em papel. Em relação ao PEC favorecer a qualidade técnico-científica do atendimento aos usuários, foi atribuído o valor médio de 9,8. Na percepção dos cirurgiões-dentistas, eles consideraram elevado o grau da qualidade técnico-científica do seu atendimento aos usuários com o sistema em papel e no PEC.

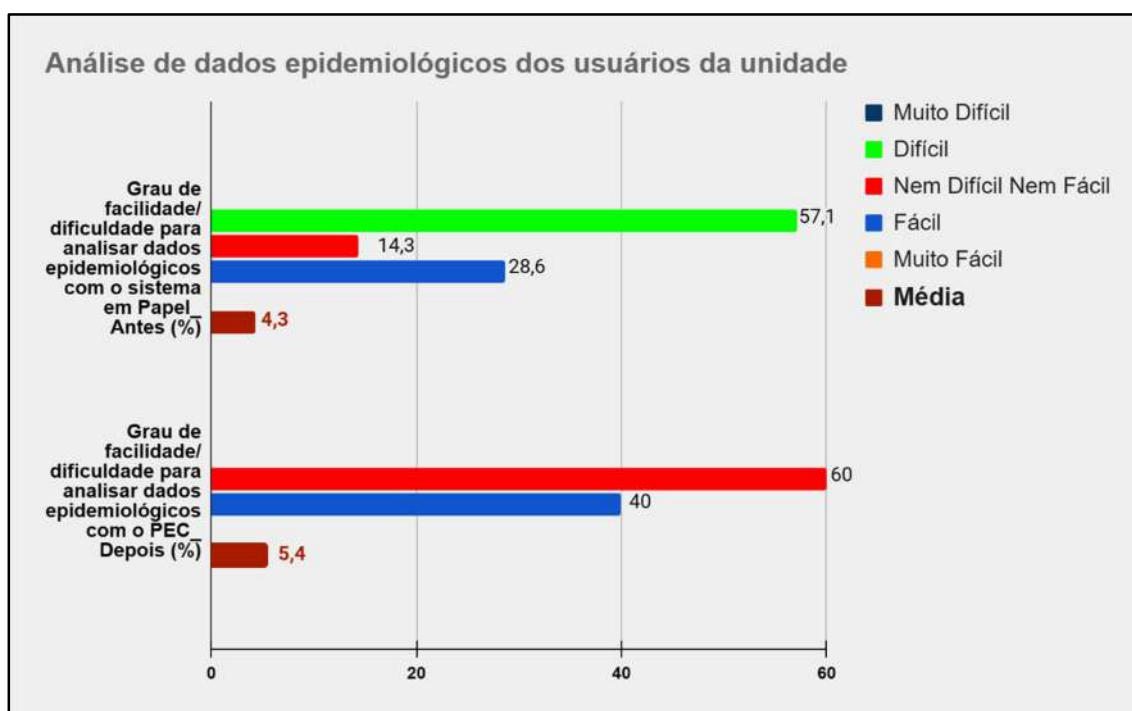
Gráfico 15. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a qualidade técnica-científica do atendimento aos usuários nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

A análise dos dados epidemiológicos dos usuários da unidade com o sistema em papel foi considerada “difícil” para 57,1% dos cirurgiões-dentistas e “fácil” para 28,6%. Já com o PEC, na avaliação dos cirurgiões-dentistas, 60% consideraram “nem fácil nem difícil”, enquanto 40% consideraram “fácil”. O valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas para a análise dos dados epidemiológicos com o sistema em papel foi de 4,3, enquanto com o sistema PEC foi de 5,4, havendo um aumento percentual do valor médio de 25,6%. Na percepção dos cirurgiões-dentistas, é difícil analisar os dados epidemiológicos dos usuários da unidade com o sistema em papel, enquanto com o PEC, os dentistas não consideraram nem fácil nem difícil.

Gráfico 16. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a análise de dados epidemiológicos dos usuários nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



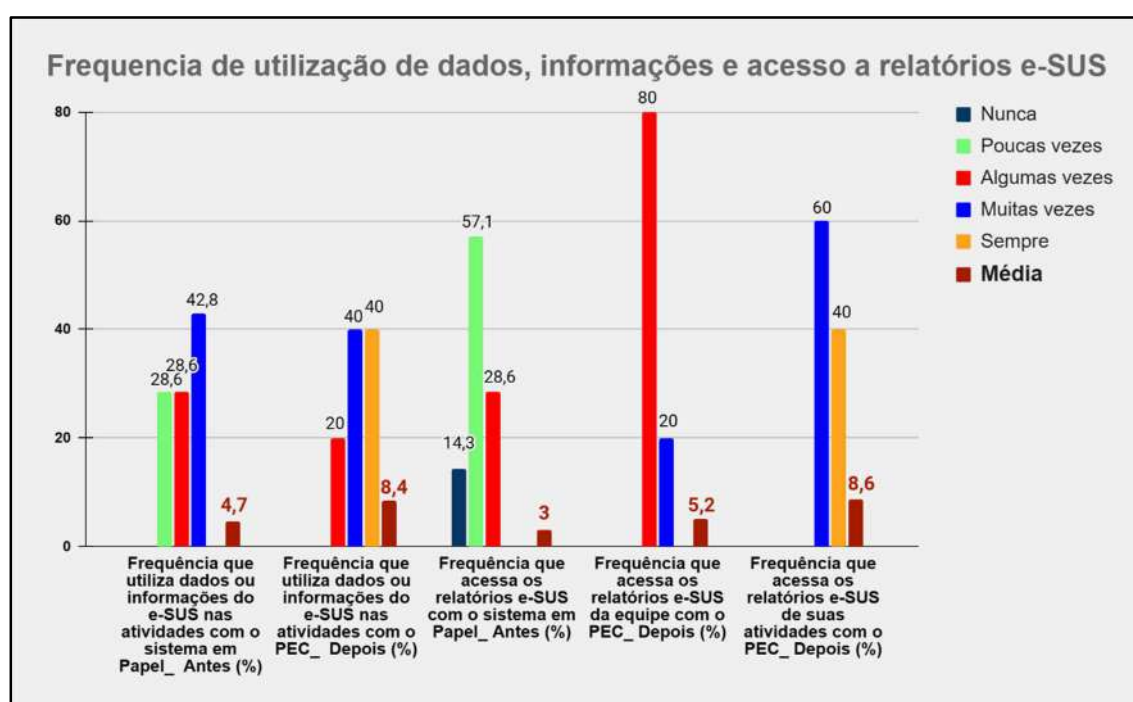
Fonte: Elaboração própria.

A frequência com que os cirurgiões-dentistas utilizam os dados ou informações do e-SUS nas atividades com o sistema em papel foi “muitas vezes” para 42,8%, “algumas vezes” para 28,6% e “poucas vezes” para 28,6%. O valor médio atribuído para a frequência que os cirurgiões-dentistas utilizam os dados ou informações do e-SUS nas atividades com o sistema em papel foi de 4,7. Enquanto no PEC, a frequência foi de “muitas vezes” e “sempre” para 40% dos cirurgiões-dentistas. E o valor médio atribuído pelos cirurgiões-dentistas foi de 8,4 com o PEC.

A frequência de acesso aos relatórios e-SUS com o sistema em Papel foi “poucas vezes” para 57,1% dos dentistas, sendo que o valor médio apontado pelos dentistas foi de 3. Com o PEC, em relação ao acesso aos relatórios aos relatórios da equipe, essa frequência foi de “algumas vezes” para 80% dos dentistas. Enquanto a frequência com que os cirurgiões-dentistas acessam os relatórios e-SUS de suas atividades com o PEC foi de “muitas vezes” para 60% dos dentistas e “sempre” para 40%. O valor médio atribuído à frequência de acesso aos relatórios e-SUS da equipe com o PEC foi de 5,2 e da frequência de acesso aos relatórios e-SUS de suas atividades foi de 8,6.

Portanto, na percepção dos cirurgiões-dentistas, a frequência com que utilizam os dados ou informações do e-SUS nas atividades com o sistema do PEC foi significativamente maior do que com o sistema em papel, representando um aumento de 78,7% no valor médio atribuído antes e depois do PEC. Os cirurgiões-dentistas tiveram uma frequência de acesso aos relatórios e-SUS com o sistema em Papel ainda menor do que a de utilização dos dados e informações do e-SUS nas atividades. Com o uso do PEC, a frequência de acesso aos relatórios e-SUS da equipe melhora um pouco, apesar de continuar com baixa intensidade no acesso, passando a ser realizado o acesso algumas vezes. Mas houve uma melhora significativa, representada por um aumento de 186,7% no valor médio da percepção de frequência de acesso aos relatórios e-SUS de suas próprias atividades.

Gráfico 17. A percepção dos cirurgiões-dentistas do grupo teste sobre a frequência de utilização de dados, informações e acesso aos relatórios e-SUS nas etapas *ex-ante* e *ex-post*, 2019-2022.



Fonte: Elaboração própria.

6. DISCUSSÃO

O prontuário representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento (MASSAD, MARIN e AZEVEDO NETO, 2003). O prontuário eletrônico do cidadão contempla o processo de trabalho na ESF desde a chegada do usuário à unidade de saúde, sua recepção, seu acolhimento e o agendamento, apoiando o registro clínico e o processo decisório (SOUZA *et al*, 2018). Nesse sentido, a adoção do prontuário eletrônico pode provocar mudança nas práticas e serviços assistenciais na atenção primária (O'MALLEY *et al.*, 2015).

No presente estudo, os cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família perceberam muito mais pontos negativos em relação ao uso do sistema de prontuário em papel no seu processo de trabalho do que pontos positivos. Com a implantação e uso do prontuário eletrônico do cidadão, foi possível observar alguns efeitos importantes no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas, sendo que o efeito do uso do prontuário eletrônico do cidadão no “objeto de trabalho” foi observado na percepção dos dentistas de que o PEC facilitou as interações com os usuários na consulta, onde houve um aumento percentual de 44,3% no valor médio em comparação ao sistema em papel. Esse efeito é bastante positivo, visto que a saúde está fortemente associada ao contexto social em que as pessoas vivem e trabalham, sendo que a solução de muitos problemas de saúde no âmbito da atenção primária requer interações profissional-usuário, onde sejam construídos vínculos de confiança, respeito e parceria, os quais possibilitem uma visão não apenas do “indivíduo”, mas possibilite uma melhor compreensão do contexto que o envolve (STARFIELD, 2002).

As características da interação profissional-paciente contribuem significativamente para a satisfação dos usuários, principalmente quando eles são envolvidos na tomada de decisões sobre o seu tratamento, o que contribui para o aumento na adesão e, conseqüente resolução dos seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002). Assim, a interação profissional-usuário deve superar o modelo de comunicação tradicional de caráter informativo e discurso higienista, em que o profissional aponta os comportamentos que devem ser adotados pelos usuários para a manutenção da sua saúde de forma não dialógica (FACCIN, SEBOLD e CARCECERI, 2010).

Os efeitos mais evidentes da implantação do PEC no “trabalho propriamente dito”, foram o maior grau de agilidade do sistema (houve aumento de 284% no valor médio em comparação com o sistema em papel), a maior facilidade para buscar informações dos exames e procedimentos dos usuários (houve aumento de 340% no valor médio), a maior facilidade para correção dos preenchimentos incorretos (aumento de 211,1%), o melhor desempenho do

trabalho (aumento de 108,5%), a maior facilidade para consulta dos registros de outros profissionais da unidade (95,7%), boa troca de informações entre os profissionais auxiliando a tomada de decisão sobre o tratamento dos usuários (aumento de 100% no valor médio), o favorecimento ao compartilhamento e discussão de informações entre os profissionais e os gestores (aumento de 100%) e a maior facilidade para o encaminhamento de um usuário para a atenção de média e alta complexidade (aumento de 95,4%).

Das evidências do estudo, as dificuldades que tiveram destaque na percepção dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema de prontuário em papel foram a grande demanda de tempo empregada no uso desse sistema e a carga de trabalho elevada, principalmente a demanda maior no tempo de consulta clínica odontológica e uma carga de trabalho alta e cansativa com relação ao preenchimento dos registros.

Outras dificuldades importantes que o presente estudo evidenciou com relação à demanda de tempo do sistema em papel, foram o emprego de muito tempo na dinâmica de acesso e organização dos prontuários (dinâmica de procurar-disponibilizar-guardar), bem como a grande demanda de tempo de preenchimento dos registros. Já a carga de trabalho, além de alta e cansativa, foi considerada também com uma grande demanda de atendimento. Todos esses fatores relatados de acordo com as percepções dos cirurgiões-dentistas, contribuem para um sistema de registro onde os cirurgiões-dentistas operam com pouca agilidade na realização das suas atividades cotidianas.

Com o uso do PEC, os cirurgiões-dentistas perceberam como efeito no sistema de registro, uma maior praticidade e agilidade na operacionalização do sistema PEC, o que pode ter contribuído para a percepção de melhora na agilidade da realização das atividades cotidianas, melhor desempenho do trabalho e aumento da produtividade.

O aumento na percepção de agilidade do sistema e melhora na agilidade da realização das atividades cotidianas com o uso do PEC podem estar relacionados à facilidade de busca, consulta e acesso às informações e registros dos usuários, códigos e procedimentos no PEC com relação ao sistema de registro em papel. O estudo de Ludwick e Doucette (2009), apontou também uma pequena diminuição no tempo para concluir as atividades clínicas após a implementação do prontuário eletrônico. Segundo Almeida *et al.* (2016), o uso do prontuário eletrônico do paciente permite armazenar um volume maior de informações do paciente, assim como cruzar e arquivar tais informações de forma estruturada e com acesso rápido e fácil.

Com relação ao fluxo de atendimento odontológico, os cirurgiões-dentistas perceberam que o PEC acelerou o fluxo de atendimento odontológico e facilitou a sua organização na unidade, pois facilitou o acesso à agenda e marcação; facilitou o acompanhamento dos

atendimentos agendados; e facilitou o melhor controle do acolhimento ao paciente. No estudo de Farias *et al.* (2011), o PEC contribuiu com a gestão e agilidade da assistência, padronizando rotinas de trabalho, minimizando erros de prescrição, organizando o trabalho ou evitando a duplicação de tarefas.

As principais dificuldades do fluxo da informação com o PEC foram o cadastro duplicado, o sumiço de registros de pacientes lançados no sistema e a dependência de internet para o envio das informações para o SISAB.

Mas não houve evidências de melhora na carga de trabalho dos profissionais, cujo valor médio da carga de trabalho com o PEC (igual a 9,2) foi considerada alta na percepção dos cirurgiões-dentistas e não foi percebido pelos cirurgiões-dentistas que o PEC reduziu a demanda do atendimento. No estudo de Silva *et al.* (2018), a implementação de prontuário eletrônico produziu sobrecarga de trabalho para os profissionais, sendo a alimentação do sistema de informação, um dos fatores que produziu a sobrecarga.

Portanto, a percepção de alta demanda de atendimento manteve-se com o uso do PEC e pode ter relação com a grande demanda reprimida por procedimentos odontológicos que é produzida a partir do que historicamente é ofertado nos serviços e de como é produzido o cuidado em saúde bucal (WARMLING, BALDISSEROTTO e ROCHA, 2019). Além disso, Pires *et al.* (2019) destaca que a proporção de indivíduos atendidos pela equipe da ESF, por vezes, pode superar o número máximo de 3.500 pessoas recomendado pela PNAB, o que gera como consequência, a redução na acessibilidade e impõe barreiras para o cuidado e a continuidade do cuidado em saúde. Gonçalves *et al.* (2020) apontou também como fator que contribui para a elevada demanda de atendimento na UBS, a existência de discrepâncias relevantes na proporção de equipes da ESF que recebem o apoio de serviços odontológicos especializados, assim como, demonstrou em seu estudo, uma expansão ainda limitada dos CEO, não acompanhado a velocidade de implantação das equipes de saúde bucal na ESF.

O efeito no aumento da percepção de que o PEC permite uma boa troca de informações entre os profissionais, auxiliando a tomada de decisão sobre o tratamento dos usuários, bem como, no aumento da percepção de que favorece o compartilhamento e discussão de informações entre os profissionais e os gestores, também podem ter contribuído para a percepção de melhor desempenho do trabalho.

É fundamental que haja instrumentos e ferramentas que possibilitem o compartilhamento de informações e auxiliem profissionais de saúde e gestores da APS no processo da tomada de decisão, visto que, suas decisões alteram o curso de vida de pessoas ou de populações (BRASIL, 2021a; BÖHM, WEN e SILVEIRA, 2003). Assim, suas escolhas

devem ser baseadas em evidências, sendo que a integração e trocas de informações clínicas e administrativas dos prontuários eletrônicos constituem fontes de evidência de grande valor (RODRIGUES, 2003). O avanço dos PE na disponibilidade e compartilhamento de informações de saúde, contribuiu ainda, para o avanço da teleodontologia, sendo que os teleatendimentos em saúde têm como ideia central transportar, sempre que possível, as informações de saúde em vez de deslocar pacientes e profissionais (BÖHM, WEN e SILVEIRA, 2003).

O estudo de Pinheiro *et al.* (2016) destacou que para além do compartilhamento de dados e informações, é preciso superar os desafios no uso da informação como subsídio à produção do conhecimento e ao processo decisório. Segundo esses autores, os sistemas de informação em saúde são usados ainda de modo incipiente pela gestão da saúde para o processo decisório, dificultando o alcance de todo o seu potencial. Por isso, sugere em seu estudo, que os gestores promovam o fortalecimento de uma cultura informacional e de um ambiente organizacional que consolide o uso da informação na construção do conhecimento e no seu compartilhamento para uso na tomada de decisão (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Com relação ao uso e compartilhamento do conhecimento e informações, destaca-se ainda, o papel da participação popular nas tomadas de decisões, que necessita ser envolvida pela gestão e profissionais de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2016). A sua participação é de grande relevância, tanto nas decisões sobre o seu tratamento clínico junto à equipe de saúde, como nas decisões dos conselhos de saúde locais, promovendo um processo decisório em saúde dialógico, democrático e inclusivo (PINHEIRO *et al.*, 2016). Desse modo, o controle social nos conselhos municipais só pode ser exercido mediante o acesso e disponibilização das informações à população, bem como a sua capacidade de interpretá-las e transformá-las, produzindo novos significados, de acordo com os contextos no qual estão inseridos (KLEBA, ZAMPIROM e COMERLATTO, 2015; OLIVEIRA, 2004). Contudo, a segmentação social e as enormes desigualdades de acesso à informação vigentes no Brasil são uma dificuldade para a participação social (OLIVEIRA, 2004).

A percepção de que o PEC melhorou a legibilidade do sistema, é um fator importante que contribui para a melhora no acesso às informações e no compartilhamento dessas informações através do prontuário, pois o maior acesso e troca de informações entre os profissionais é fundamental para a adoção de um atendimento com o olhar ampliado para o paciente. O PEC permite ao profissional, através do acesso a mais informações, conhecer mais detalhadamente o usuário, por meio de informações mais completas que possibilitam distinguir suas características e situações de saúde (ÁVILA *et al.*, 2022). Além do que, as dificuldades de acesso às informações dos usuários e acesso em tempo oportuno podem interferir também na

realização das atividades desses profissionais na estratégia de saúde da família em tempo adequado. Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) sinalizaram a legibilidade como uma das vantagens do prontuário eletrônico.

Com as evidências desse estudo, considera-se precoce afirmar que houve efeito de diminuição no tempo de preenchimento dos registros com a implantação do PEC. Em ambos os sistemas, os cirurgiões-dentistas consideraram o valor médio do tempo de preenchimento dos registros elevado no seu processo de trabalho, sendo que o valor médio do tempo de preenchimento dos registros no papel foi de 7,9 e com o PEC foi de 6,8. Mas, as entrevistas mostraram que alguns cirurgiões-dentistas perceberam como pontos positivos, que o PEC exigia uma demanda menor de tempo no preenchimento dos registros, bem como, a percepção de diminuição no tempo de consulta. Entretanto, algumas das dificuldades relatadas em relação ao preenchimento dos registros no PEC pelos cirurgiões-dentistas, foram a pouca habilidade em digitação, o não cancelamento de um registro feito errado após salvo, o preenchimento dos registros ser mais complexo do que no sistema anterior (sistema CDS) e ter que refazer os registros não salvos quando há uma interrupção repentina do funcionamento do sistema.

No estudo de Ávila *et al.* (2022), o tempo demandado no preenchimento dos registros no prontuário eletrônico trouxe impactos negativos às relações profissional-paciente e esses autores discutiram que o ato do preenchimento dos registros no PE durante o atendimento clínico, pode gerar uma percepção para o paciente de distração ou desinteresse por parte desses profissionais, consequentemente, afetando a percepção geral do paciente sobre a comunicação entre profissional-usuário e a satisfação com os cuidados prestados no seu atendimento clínico. Essa evidência, entretanto, não foi observada no presente estudo.

As principais dificuldades de acesso às informações dos pacientes no prontuário em papel foram a perda dos prontuários físicos e a guarda do prontuário em local externo ao consultório, tais fatores também se relacionam com a demanda maior de tempo para ter que refazer prontuários odontológicos perdidos, retrabalho e tempo de deslocamento dos profissionais, respectivamente. Além disso, as perdas das informações e histórico do paciente foram um dos motivos que dificultaram o acesso às informações do paciente no interior do prontuário e houve dificuldades na organização externa dos prontuários (no local onde são guardados) e interna (das informações no interior do prontuário).

No sistema PEC, a percepção do retrabalho com o uso desse sistema foi menor do que foi relatado no sistema de prontuários em papel, onde os cirurgiões-dentistas tinham que preencher novos prontuários odontológicos dos pacientes para substituir os prontuários perdidos.

Um aspecto percebido pelos cirurgiões-dentistas como negativo no prontuário em papel e no sistema PEC, foi não poder apagar dados anteriores do prontuário, ou, no caso do PEC, não conseguir cancelar um registro errado após ter sido salvo no sistema, mas ainda assim, houve uma percepção de maior facilidade para a correção dos preenchimentos incorretos com o PEC ao ser comparado ao sistema em papel, o que contribuiu para diminuição de registros incorretos. Apesar desses pontos terem sido percebidos como negativos, podem ser também considerados pontos importantes para garantir a segurança de guarda das informações do paciente, garantindo que as informações do paciente não sejam apagadas ou modificadas por profissionais em tempos posteriores, entretanto pode ser pensado como um aspecto a ser melhorado. São problemas tecnológicos para enfrentamento pelos seus desenvolvedores, onde é preciso melhorar a opção de registro tardio do atendimento ou criar outras opções de registro, tornando esse espaço para correção de registros incorretos mais integrado ao prontuário.

O presente estudo evidenciou também que o PEC facilitou a identificação dos preenchimentos incorretos em comparação com o sistema em papel (60% dos dentistas concordaram totalmente e 40% concordaram parcialmente, ou seja, concordaram em sua totalidade), bem como facilitou a correção de registros incorretos. Sendo assim, a maior facilidade do PEC em identificar e corrigir preenchimentos incorretos contribuiu para a diminuição dos erros nos registros odontológicos. Segundo Degoulet (2015), o uso adequado de sistemas de informação clínicas apresenta benefícios significativos na redução de erros médicos, principalmente na prescrição de medicamentos ou solicitações de exames. O estudo de O'Donnell *et al.* (2018), também evidenciou melhora na redução de erros de codificação em relação aos prontuários em papel.

Na comunicação entre os cirurgiões-dentistas e a equipe com o sistema de registro em papel, o prontuário em papel, não conseguiu transmitir todas as informações dos usuários que os profissionais precisavam para desenvolver as suas atividades cotidianas na equipe de saúde da família de acordo com os principais atributos da APS, sendo que a comunicação oral e informal foi considerada um meio frequentemente utilizado no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas para complementar as informações dos usuários necessárias para auxiliar no cuidado aos usuários. Com o PEC, o principal meio de comunicação da equipe continuou sendo o contato pessoal entre os profissionais, devido à proximidade das salas. O sistema PEC tem potencial para ampliar essa visão dos profissionais sobre o percurso do paciente nos serviços da unidade de saúde. O estudo de Reis *et al.* (2021) apontou que o uso do PEC permite que os profissionais tenham maior domínio sobre como o usuário 'circula' pelos serviços de saúde e sobre a atuação dos outros profissionais da equipe.

Além disso, a reunião de equipe constituiu-se em um relevante meio de compartilhamento de informações entre os profissionais no sistema em papel e também no PEC. Essas reuniões semanais de equipe são um espaço privilegiado para o trabalho em equipe, onde ocorre a discussão de problemas de saúde, o acompanhamento de usuários ou famílias, o planejamento de ações. Mas o trabalho em equipe não garante, por si só, a mudança do modelo assistencial (FACCIN, SEBOLD e CARCECERI, 2010). No processo de trabalho na ESF, são necessárias as tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, que segundo Faccin, Sebold e Carcereri (2010) foram pouco enfatizadas pelos entrevistados no seu estudo.

No estudo desses autores, o processo de trabalho em saúde bucal foi caracterizado pela manutenção de práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo e o trabalho preventivo em escolas (FACCIN, SEBOLD e CARCECERI, 2010). Os problemas bucais não estão isolados dos outros problemas sob responsabilidade da equipe de saúde da família, o que requer a atuação integrada de todos os profissionais para não terem a capacidade resolutiva limitada frente às necessidades dos usuários. O trabalho em equipe tem o potencial transformador das práticas na direção da interdisciplinaridade, portanto, o dentista precisa sair do isolamento da prática clínica odontológica, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde em sua atuação na ESF (FACCIN, SEBOLD e CARCECERI, 2010; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015).

O sistema em papel evidenciou ainda um problema de grande relevância a ser discutido relacionado à manutenção do prontuário odontológico separado do prontuário médico, por opção de alguns cirurgiões-dentistas, pois esse é um importante ponto que pode fazer grande diferença na tomada de decisão dos profissionais sobre o atendimento aos usuários. A separação dos prontuários médico e odontológico, é resultado e produto de processos de trabalho distintos onde as ferramentas e os meios também não são integrados. Essa separação que é física e simbólica, representa e reforça a visão da odontologia segregada do resto da equipe da APS e não o desenvolvimento de um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. O prontuário da família unificado ajuda a equipe de saúde da família a ter uma melhor percepção das condições de saúde individual e familiar e auxilia a equipe na construção de uma visão ampliada para trabalhar com os problemas e necessidades das famílias. Nesse sentido, o estudo de Reis *et al.* (2021) apontou como uma das fragilidades do uso do e-SUS, o acompanhamento da situação de saúde das famílias porque a ferramenta organiza os prontuários individualmente, e não por pastas familiares.

Quando os prontuários do paciente são integrados, é possível confirmar as informações do histórico dos pacientes e verificar alguma informação que ele não saiba informar, queira omitir ou tenha esquecido no momento da consulta. Além da integração das informações através de um prontuário unificado, deve haver a interoperabilidade entre os sistemas nos diversos níveis de atenção para que os dados coletados pelos registros eletrônicos de saúde auxiliem na qualidade do cuidado prestado para a população brasileira (SOUZA *et al.*, 2018).

A marcação da agenda com o sistema de prontuário em papel apresentou uma variabilidade a depender da escolha do cirurgião-dentista, sendo que o dentista tem autonomia para determinar a quantidade de vagas mensais ofertadas para a marcação de consultas para pacientes novos. Contudo, o número de vagas ainda não garante o acesso ao atendimento odontológico para muitos. O sistema de marcação por ordem de chegada aliado ao número de vagas insuficientes para atender toda a demanda pode gerar grandes filas nos dias de marcação.

Com o PEC verificou-se efeitos positivos na maior facilidade de acesso à agenda e marcação, maior facilidade no acompanhamento dos atendimentos agendados, maior organização da agenda, maior transparência para a equipe, maior integração entre as agendas dos profissionais da equipe. No entanto, ainda permanece para alguns profissionais a mesma lógica de marcação, onde é separado um período no mês para marcação de pacientes novos. Teve profissional que manteve o uso da agenda manual e atualiza a marcação posteriormente no PEC.

O cenário da APS no SUS é caracterizado pela formação de filas para conseguir atendimento nos serviços de saúde. Tal situação gera perda de tempo, diminuição da eficiência e aumento no uso de recursos para o profissional. Para o usuário, gera insatisfação, dificuldade de acesso, redução na qualidade do atendimento e agravamento de doenças (POSTAL *et al.*, 2021). Os agendamentos marcados com semanas ou meses de antecedência e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde estão entre os principais motivos do absenteísmo dos usuários nas consultas (POSTAL *et al.*, 2021). E apesar da PNSB ter promovido ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal no país, a desigualdade em saúde bucal é marcante, com uma distribuição desigual do acesso aos serviços (GALVÃO, 2022).

A capacidade de reservar um espaço na agenda no momento mais oportuno para si mesmo pode ter relação com a satisfação dos usuários no acesso aos serviços da APS (POSTAL *et al.*, 2021). A possibilidade de o usuário realizar o agendamento de consultas online através do PEC e-SUS APS e integrado ao aplicativo conecte-SUS cidadão, que poderia ser considerado um facilitador de acesso aos serviços, possui uma baixa adesão no cenário

nacional, devido à insegurança de gestores e resistência dos profissionais com relação a esse tipo de marcação (POSTAL *et al.*, 2021).

Com relação ao fluxo de atendimento odontológico, os cirurgiões-dentistas perceberam que o PEC acelerou o fluxo de atendimento odontológico e facilitou a organização na unidade, pois facilitou o acesso à agenda e marcação; o acompanhamento dos atendimentos agendados; e o melhor controle do acolhimento ao paciente. No estudo de Ávila *et al.* (2022) verificaram que o PEC tem contribuído para a melhoria na organização do fluxo de atendimento, para o planejamento e para a qualidade do atendimento.

O presente estudo revelou impactos positivos do PEC, sendo que alguns deles foram evidenciados também no estudo de O'Donnell *et al.* (2018), tais como a possibilidade de melhora na comunicação, produtividade clínica, acessibilidade dos dados, organização das informações do paciente, redução de erros de codificação em relação aos prontuários em papel e na capacidade de gerar relatórios.

Com relação aos efeitos do PEC nos “meios de trabalho” não houve evidências de mudança com o PEC na percepção dos cirurgiões-dentistas sobre a qualidade técnico-científica do seu atendimento, pois eles consideraram elevado o grau da qualidade técnico-científica do seu atendimento aos usuários, independente de usarem o sistema em papel ou o PEC (valor médio atribuído de 9,1 e 9,8, respectivamente). Um dos fatores que podem ter contribuído para esse resultado, pode ser o sentimento de desconforto ou insegurança que podem estar envolvidos no processo de fazer uma autoavaliação crítica do seu próprio atendimento, o que envolveria possíveis preocupações com a desvalorização do próprio atendimento ao fazer uma avaliação que não seja positiva. Mas um outro olhar para essa situação seria que mesmo com a qualidade técnico científica muito elevada dos profissionais, os outros fatores relacionados aos meios e condições de trabalho com o uso dos diferentes sistemas de registro, interferem causando uma grande diferença no atendimento e cuidado aos usuários. As capacidades e competências dos profissionais que utilizam o PEC podem contribuir com o alcance do sucesso na difusão de inovações (FARIAS *et al.*, 2011).

O presente estudo, evidenciou ainda que na percepção dos cirurgiões-dentistas, houve dificuldades para realizar a análise dos dados epidemiológicos seja com o sistema em papel, seja com o PEC (valor médio atribuído de 4,3 com o sistema em papel e de 5,4 com o PEC). Embora com o uso do PEC, houve uma melhora significativa, representada por um aumento percentual de 186,7% no valor médio da percepção da frequência de acesso aos relatórios e-SUS de suas próprias atividades. Nesse ponto é muito importante a capacitação periódica desses

profissionais para acessar e realizar as análises dos dados de produção e resultados do seu atendimento.

É fundamental que se implementem iniciativas de capacitação e ações educacionais para todos os atores que utilizam as ferramentas do sistema e-SUS AB, visando proporcionar o bom uso do sistema e da informação, que contribui pode contribuir para a melhora na qualidade das informações em saúde. As capacitações dos profissionais de saúde devem ser orientadas, preferencialmente, a partir da identificação de suas necessidades. A alta rotatividade dos profissionais usuários do sistema e-SUS AB nos municípios brasileiros, reforça a necessidade de atualização e treinamento constantes (SOUZA *et al*, 2018; REZENDE e MARIN, 2020).

Almeida *et al.* (2016) destaca a deficiência de pesquisas mais robustas apontada por alguns autores no que diz respeito aos riscos e ao custo-benefício da implementação dos prontuários eletrônico na literatura, e alerta que esse sistema costuma ser promovido de modo superdimensionado pelos setores da indústria e por alguns técnicos. A evolução tecnológica e o uso da tecnologia na saúde devem ser acompanhadas de informação, educação e pensamento crítico para que os seus avanços sejam difundidos de modo ético e responsável (ALMEIDA *et al.*, 2016). Dessa forma, a implantação do sistema de prontuários eletrônicos deve ser acompanhada por avaliações criteriosas da qualidade do cuidado em saúde, efetividade e qualidade de vida dos indivíduos em contato com essa tecnologia (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Segundo Ruiz (2016), o objeto do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da APS continua limitado à doença e aos riscos, sendo que, suas práticas ainda não mudaram o modelo de atenção à saúde bucal. Nesse sentido, a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF não implica necessariamente em mudanças no processo de trabalho, o qual deve ser orientado pelos atributos da APS, centrado no fortalecimento do trabalho em equipe de saúde, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam às necessidades de saúde da população, diminuindo as iniquidades em saúde (AMORIM, 2021).

Para transformar os processos de trabalho em saúde, de modo a torná-lo mais eficiente e eficaz, deve-se buscar compreender os seus elementos e especificidades, considerando os objetivos do trabalho, dos agentes do trabalho, do objeto da ação e dos meios disponíveis e utilizados na execução da ação (FARIA *et al.*, 2009). Os profissionais e equipes de saúde, considerados agentes imediatos das mudanças nos processos de trabalho em saúde na ESF, com os limites, possibilidades e responsabilidades das suas práticas, têm papel importante na busca por mudanças positivas que visem promover uma atenção integral à saúde com a finalidade geral de melhoria do nível de saúde da população (FARIA *et al.*, 2009; BRASIL, 2021a). O PEC consiste em um importante instrumento de trabalho que fornece subsídios aos cirurgiões-

dentistas para realizarem essas mudanças positivas, incorporando novas formas de organização e registro em seu processo de trabalho cotidiano (FARIA et al., 2009). Dessa maneira, é fundamental que os profissionais inseridos na APS desenvolvam e aprimorem as habilidades necessárias para o uso desse instrumento de trabalho.

Portanto, os saberes e informações são essenciais para fortalecer os agentes do trabalho em saúde quanto às decisões sobre suas práticas e ações nas transformações dos objetos de trabalho. A relação entre saber e poder está intimamente implicada, pois "não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber; também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder." (Foucault, 1979 apud KLEBA, ZAMPIROM e COMERLATTO, 2015). Além disso, é importante destacar que a organização tecnológica do trabalho, orientada pelo princípio da integralidade, requer uma relação democrática, respeitosa e dialógica entre profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde na perspectiva do atendimento às necessidades sociais (BONFADA *et al.*, 2012).

O PEC apresentou qualidades apontadas por Stetson e Andrew (1996) como de um sistema com sucesso, tais como ter sido mais rápido do que o sistema em papel; possuir uma interface gráfica boa; ter facilitado o acesso a informações necessárias para os profissionais no seu trabalho; melhorar o fluxo de trabalho; melhorar os registros tornando-os mais claro e legível (MASSAD, MARIN e AZEVEDO NETO, 2003). Contudo, alguns pesquisadores destacam que o sucesso de um sistema depende mais das pessoas do que da tecnologia (MASSAD, MARIN e AZEVEDO NETO, 2003). Portanto, é necessário o envolvimento desses profissionais com a tecnologia e a sua importância, além da necessidade de capacitação dos profissionais para o uso qualificado do prontuário eletrônico, que consiste em um desafio para a melhoria na qualidade das informações administrativas e em saúde que podem subsidiar a gestão dos serviços de saúde, o processo de trabalho dos profissionais e a continuidade do cuidado (SOUZA *et al.*, 2018).

7. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que, de modo geral, a adoção do prontuário eletrônico do cidadão produziu efeitos positivos importantes no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família, modificando a percepção de algumas das principais dificuldades enfrentadas no trabalho com o sistema de prontuário em papel. Com o uso do PEC, a percepção da relação com os usuários melhorou, permitindo maior interação e facilitando o atendimento. Houve ainda, a percepção de que o PEC melhorou o desempenho do trabalho, a produtividade, a legibilidade do sistema de registro, a agilidade na realização das atividades, bem como melhorou a agilidade e organização do fluxo de atendimento. O uso do PEC também facilitou a busca e o acesso às informações dos usuários e de outros profissionais da unidade, a identificação e correção dos preenchimentos incorretos, a troca de informações entre os profissionais e destes com os gestores, a discussão de informações entre profissionais e gestores e o encaminhamento dos usuários à média e alta complexidade.

O presente estudo também evidenciou importantes dificuldades dos cirurgiões-dentistas que utilizaram o sistema de registro em papel na demanda elevada de tempo empregada no uso desse sistema; na carga de trabalho alta e cansativa; no acesso à informação dos usuários; no preenchimento dos registros nos prontuários em papel, principalmente no excesso de documentos em papel para preencher e na falta de campos adequados para o registro das informações; e no fluxo de informação no sistema e-SUS AB. Contudo, com o uso do PEC, não se observou diminuição da carga de trabalho, ao contrário, esta parece ainda uma questão controversa entre os entrevistados. A demanda de atendimento permaneceu alta e o tempo de registro não parece ter melhorado comparativamente ao sistema de papel na percepção dos entrevistados.

As dificuldades relatadas no registro com o uso do PEC foram a pouca habilidade em digitação, o não cancelamento de um registro errado após salvo, o preenchimento dos registros ser mais complexo do que no sistema de CDS e a análise de dados epidemiológicos e dos resultados do atendimento. Apesar da diminuição do retrabalho com o uso do PEC, ele representou uma dificuldade quando os registros tiveram interrupção repentina.

O uso do PEC, revelou a importância desse instrumento na comunicação em saúde e seu potencial para melhorar as práticas de cuidado no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Dessa forma, é necessário que sejam realizados estudos e constantes avaliações que possibilitem o aprimoramento tecnológico dessa ferramenta de forma ética, responsável e participativa, envolvendo todos os atores da saúde, e possibilitando que os registros em saúde

auxiliem na comunicação e tomada de decisão dos profissionais de saúde, bem como no desenvolvimento de um trabalho pautado na atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, principais atributos da atenção primária à saúde.

É importante destacar o papel dos atores e o emprego da sua *expertise* no uso das ferramentas tecnológicas. Portanto, as ações de educação e capacitação para o correto uso da tecnologia, têm um papel fundamental para o melhor aproveitamento do PEC e suas potenciais contribuições para a qualificação do cuidado em saúde através da melhoria da qualidade da informação.

O presente estudo teve como limitações no período de realização da pesquisa, o contexto de troca do grupo político na gestão municipal, resultante das eleições municipais de 2020, que teve como consequência a troca de muitos profissionais no setor da saúde no município. Outras limitações correspondem ao tempo do programa de residência que limitou o tempo de permanência dos cirurgiões-dentistas residentes nas equipes da atenção básica do município; a condição do vínculo empregatício através do contrato temporário dos profissionais que pode influenciar numa maior rotatividade dos profissionais; e a pandemia da covid-19 que impactou nos processos de trabalho das equipes da AB e na vida dos profissionais, usuários e pesquisadores.

O PEC, apesar dos avanços, ainda precisa superar importantes desafios na otimização do tempo na relação registro-atendimento, integração das informações, interoperabilidade e apresentação dos dados para análises epidemiológicas e avaliações em saúde, bem como são necessários mais estudos para preencher lacunas de conhecimento com relação aos efeitos dessa tecnologia na interação profissional-paciente, no sistema de marcação de consultas, na segurança e privacidade da informação do usuário, bem como dos riscos aos atores envolvidos no seu uso. Além disso, as mudanças das práticas odontológicas requerem mudanças dos agentes e dos objetos de trabalho, que não foram analisados nesse estudo.

A proposição de Mendes-Gonçalves (1988) de que “a tecnologia *apropriada* reconhece nos instrumentos de trabalho as características qualitativas e quantitativas capazes de defini-los como adequados aos projetos de mudança e desenvolvimento social” é desafiadora na incorporação da tecnologia do PEC, necessitando a formulação de políticas públicas que promovam a educação tecnológica e inclusão digital, para ampliar o acesso às informações em saúde e aos benefícios da utilização dessa ferramenta digital tecnológica na produção do cuidado integral e satisfação das necessidades de saúde da população. As transformações dos objetos de trabalho das práticas odontológicas ainda estão por vir, sendo que as mudanças

dessas práticas, começam pelas mudanças na maneira de pensar o cuidado em saúde dos seus agentes e objetos do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABIKO, A.K. **Tecnologias Apropriadas em Construção Civil**. In: FREIRE, W.J. e BERALDO, A.L. (organizadores). *Tecnologias e Materiais Alternativos de Construção*. Campinas, Editora Unicamp. 2003. 336p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/alex-abiko/publication/265932533_tecnologias_apropriadas_em_construcao_civil/links/59cab2bca272bb05079529/tecnologias-apropriadas-em-construcao-civil.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- AJAMI, S; BAGHERI-TADI, T. Barriers for Adopting Electronic Health Records (EHRs) by Physicians. **Acta Informatica Médica**, v. 21, n. 129–34, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766548/>>. Acesso em: 17 mai. 2019.
- ALMEIDA *et al.* Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 521-527, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/JgjRCsnkb9qwjdg7JJZxVYq/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 02 mar. 2023.
- ALVES, J.P.A.; DINIZ, I.V.A.; FRANÇA, K.T.G.; DA SILVA, L. M.; MARTINIANO, C.S. Avanços e Desafios na Implantação do e-SUS-Atenção Básica. **II CONBRACIS**. Paraíba, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA7_ID788_15052017202831.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.
- AMORIM, L. DE P. et al. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2019533, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/ctpYbdTcVSrtk6kV9DcRJ4F/>>. Acesso em: 02 mar. 2023.
- ARAUJO, T. V.; PIRES, S. R. e BANDIERA-PAIVA, P. Adoção de padrões para Registro Eletrônico em Saúde no Brasil. **Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde** [Internet], v. 8, n. 4, pag. 554-566, out.-dez 2014. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/440>>. Acesso em: 26 jul. 2014.
- ÁVILA, G. S. *et al.* Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e79641, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cenf/a/HDNgYCbWhCSvWNdsHkrRjHq/?lang=pt#>>. Acesso em: 02 mar. 2023.
- BARROS, R.D.; SOUZA, L.E.P.F.; BELTRAN, L.Y.O.; ESCARCINA, J.E.P.; VALENTE, A.P.P.C. **Subprojeto- Avaliação da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão**

(PEC) na rede de atenção à saúde do município de Dias D'Ávila (BA). Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil, 2019. Acesso em: 02 mar. 2023.

BARROS, R. P.; LIMA, L. Avaliação de Impacto de Programas Sociais: Por que, para que e quando fazer? In: FILHO, N. M. (org.). **Avaliação Econômica de Projetos Sociais**. Edição 1. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora Ltda, 2012. ISBN: 978-85-98149-04-02. Disponível em:

<http://www4.pucsp.br/ecopolitica/downloads/B_2012_Avaliacao_Programas_Sociais.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, mar. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jul. 2020.

BATISTA, M.; DOMINGOS, A. Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 94, p. e329414, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/5ZNdYqMxxshpBCTzdKTYt5S/#>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BÖHM, M.; WEN, C. L.; SILVEIRA, P. P. Telemedicina: o Acesso à Distância aos Registros de Saúde. In: O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Massad, Marin, Azevedo Neto editores. **OPAS/OMS**, 2003. Disponível em: <G:InetPubdesenv_ethel_muspdim_atualizacaoPEP.gif (sbis.org.br)>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BOONSTRA, A.; BROEKHUIS, M. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. **BMC Health Serv Res.**, v. 10, p. 231, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924334/>>. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, v. 249, p. 3, 27 dez. 2018. Seção 1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57221806/do1-2018-12-28-lei-n-13-787-de-27-de-dezembro-de-2018-57221499>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/sobre-o-programa>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**. Rede Assistencial. DATASUS - Departamento de Informática do SUS, 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeba.def>>. Acesso em: 13 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.412 de 10 de Julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB**. Brasília, 2018 a. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS AB Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_CDS_3_0.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.2** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_Pec_3_2.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.3** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Informatiza APS**. Brasil, 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/informatiza-aps/>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS**. Brasília/DF, 2020. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps/conectividade>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS. **Diário oficial da união – D.O.U.** Brasília, v. 220, p. 99, 13 nov. 2019. Seção 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário oficial da união – D.O.U.**, Brasília, p. 184-5, 09 ago. 2002. Seção I. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1638_2002.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Resolução CFM nº 1.821/2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário oficial da união – D.O.U.**, Brasília, 11 jul. 2007. Seção I, p. 252. <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821_2007.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. **Serviços e Informações do Brasil**. Governo Federal reajusta as faixas de extrema pobreza e de pobreza e aumenta o valor dos benefícios assistenciais pagos a essas famílias. Brasil, 2021a. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/11/governo-federal-reajusta-as-faixas-de-extrema-pobreza-e-de-pobreza-e-aumenta-o-valor-dos-beneficios-assistenciais-pagos-a-essas-familias>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRIDGE. **Bridge e PEC: como desenvolvemos a nova versão do prontuário?** Florianópolis – SC, nov. 2022a. Disponível em: <<https://portal.bridge.ufsc.br/2022/11/10/bridge-e-pec-como-desenvolvemos-a-nova-versao-do-prontuario/>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRIDGE. **Gestão e-SUS APS PEC: conheça o aplicativo que facilita o acesso a relatórios da saúde**. Florianópolis – SC, jun. 2022b. In: Gestão e-SUS APS PEC: conheça o aplicativo que facilita o acesso a relatórios da saúde – Laboratório Bridge (ufsc.br). Disponível em: <<https://portal.bridge.ufsc.br/2022/06/02/gestao-e-sus-aps-pec-conheca-o-aplicativo-que-facilita-o-acesso-a-relatorios-da-saude/>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555–560, fev. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8VxDmKwcrjyknyc5hVj5FNt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

CALVO, M. C. M.; LACERDA, J.T.; COLUSSI, C. F.; SCHNEIDER, I. J. C.; ROCHA, T. A. H. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde.

Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400767&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – CASA CIVIL. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2** / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, v. 2, 301 p., 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/guiaexpost.pdf/view>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CIFUENTES, M.; DAVIS, M.; FERNALD, D.; GUNN, R.; DICKINSON, P.; COHEN, D.J. Electronic Health Record Challenges, Workarounds, and Solutions Observed in Practices Integrating Behavioral Health and Primary Care. **J Am Board Fam Med**. 2015;28:S63–72. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7304941/>>. Acesso em: 17 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM; SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE – SBIS (pub). Claudio Giulliano Alves da Costa (ed.). **Cartilha sobre Prontuário Eletrônico - A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde**. Segurança e Confidencialidade para a informação do paciente. 2012. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA-CFO. **Resolução CFO-118/2012**. Aprova o Código de Ética Odontológica. Disponível em: <<http://website.cfo.org.br/codigos/>>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

DEGOULET, P. **Crítérios de sucesso para sistemas de informações clínicas**. In Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2013 (pp. 99-105). São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-saude-2013.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, D. F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 19 out. 2019.

DERMAZO, OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010. **Gestão da prática clínica. Brasil, 2010**. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/11/Unidade5/Gestao_da_Pratica_Clinica/p_01.html>. Acesso em: 05 mar. 2023.

DICIO. Dicionário Online de Português. Disponível em:
<<https://www.dicio.com.br/implementar/>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. **Milbank Memorial Fund**. Published by Blackwell Publishing. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 44, n. 3, pt. 2, p. 166–203, 1966. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>>. Acesso em: 19 out. 2019.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov. 1990. Disponível em: <<http://edisciplinas.usp.br>>. Acesso em: 19 out. 2019.

FARIAS, *et al.* Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. **Revista de Administração Pública (RAP)**— Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p.1303-326, set./out. 2011. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rap/a/R5RTRQCwH5Gg7MBmhkrF3NF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

FARIAS, M.; SAMPAIO J. Integração da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: A percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, set. 2011. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/68>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. - 2a ed. -Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/processo_trabalho_saude.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.

FRANCO, P. G. **Processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família sob a perspectiva da integralidade**. Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2019. Disponível em:
<<https://www2.ufjf.br/ppgsaudecoletiva/files/2018/03/PROCESSO-DE-TRABALHO-DO-CIRURGI%3%83O-DENTISTA-NA-ESTRAT%3%89GIA-SA%3%9aDE-DA-FAM%3%8dLIA-SOB-A-PERSPECTIVA-DA-INTEGRALIDADE.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z.M.A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. ISBN: 978-85-7541-516-0. Doi: 10.7476/9788575415160. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>>. Acesso em: 19 out. 2019.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS. Disponível em:
<<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada/>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

GAETE R.A.C.; LEITE T. A. Estratégia e-SUS Atenção Básica: o processo de reestruturação do sistema de informação da atenção básica. **XIV Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS 2014**, Jul 2016. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/305181657_Estrategia_e-SUS_Atencao_Basica_o_processo_de_reestruturacao_do_sistema_de_informacao_da_atencao_basica>. Acesso em: 04 set. 2018.

GALVÃO, M. H. R. et al.. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2437–2448, jun. 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/BtzgNtntshQphSfFdSFQ8Tk/#>>.

GONÇALVES, A. J. G.; PEREIRA, P. H. S.; MONTEIRO, V.; SILVA-JUNIOR, M. F.; BALDANI, M. H. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. **Saúde Debate**, rio de janeiro, v. 44, n. 126, p. 725-738, jul.-set. 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NJLbHwg4mpxf5xvXcWHNWKL/?format=pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

GONÇALVES, C. Nova lei sobre prontuário eletrônico é mais um passo rumo à Saúde Digital no Brasil. **Portal Hospitais Brasil**, 2019. Disponível em:

<<https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Artigos-e-Noticias/Artigos-e-Noticias/Nova-lei-sobre-prontuario-eletronico-e-mais-um-passo-rumo-a-Saude-Digital-no-Brasil.html>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Cidades e Estados, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/dias-davila.html>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex-ante, volume 1**/ Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32688:avaliacao-de-politicas-publicas-guia-pratico-de-analise-ex-ante-volume-1&catid=410:2018&directory=1>. Acesso em: 10 fev. 2020.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde..CNPq - Edital Universal, 2010; Governo do Estado de Santa Catarina - Artigo 171 . **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, n. 2, p. 556-567. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n2/556-567/pt/#>>. Acesso em: 16 mai. 2021.

KON, A. Sobre inovação tecnológica, tecnologia apropriada e mercado de trabalho. **Revista Ciências do Trabalho**, n. 9, dez. 2017. Disponível em:

<https://web.archive.org/web/20180410053213id_/https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/articloe/viewFile/137/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

- LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2019.
- LOURENÇÃO, L. G. e FERREIRA JUNIOR, C. J. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 1, ano 2016. Disponível em: <<https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/98/186>>. Acesso em: 26 jul. 2023.
- LUDWICK, D.A.; DOUCETTE, J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. **Int. J. Med. Inf.**, v. 78, n. 1, p. 22–31, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505608000920?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 mai. 2019.
- MASSAD, E.; MARIN, A. C. O; AZEVEDO NETO, R. S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico** /. – São Paulo: H. de F. Marin, 2003. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181 – 1188, abr. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- MEDINA, M. G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M.A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. ISBN: 978-85-7541-516-0. Doi: 10.7476/9788575415160. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>>. Acesso em: 14 ago. 2019.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico, 1979. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: AYRES, J.R. & SANTOS, L. (orgs.). **Saúde, Sociedade e História / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida. 2017. Capítulo 10, p. 298-339. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades, 1992. In: AYRES, J.R. & SANTOS, L. (orgs.). **Saúde, Sociedade e História / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida. 2017. Capítulo 10, p. 298-339. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Tecnologia, trabalho, produção, sociedade. In: **Práticas de Saúde e Tecnologia: contribuição para a reflexão teórica**. Brasília, DF: OPS, 1988.
MINAYO- GOMES, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (org.). **Saúde do trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. 540p. ISBN: 978-85-7541-204-6.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 256-260, set. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300256&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. de 2020.

NGUYEN, L; BELLUCCI, E; NGUYEN, L.T. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. **Int J Med Inform**. 2014; 83:779–96. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505614001233?via%3Dihub>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

O'DONNELL, A.; KANER, E.; SHAW, C.; HAIGHTON, C. Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: a systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework. **BMC Medical Informatics and Decision Making**. 2018; 18:101. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234586/>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 56–69, mai. 2004. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JvkH9D5bStbqbZZHVwLmtKk/#>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

O'MALLEY, A. S; DRAPER, K.; GOUREVITCH, R., CROSS, D. A.; SCHOLLE, S. H. Electronic health records and support for primary care teamwork. **J Am Med Inform Assoc** 2015; 22:426–34. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394968/>>. Acesso em: 17 mai. 2019.

PANITZ, L. M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informação da atenção à saúde no sus**. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, jul. 2014. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/23778/ve_Leandro_Manassi_ENSP_2014?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 jul. 2023.

PEDUZZI, M. e SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz, 2009. Disponível em:
<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PINHEIRO, A. L. S. et al. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. e3440015, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/Wpt3XsBswvCdWPtz8k4MpXJ/?lang=pt#>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PIRES, L. A. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 605–613, abr. 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n121/605-613/en/>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PILZ, C. **Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva de implantação do Prontuário Eletrônico do e-SUS AB**. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148252/001002266.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

POSTAL, L. *et al.* Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, jun. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMLGMTVVS8LXJhyYYMfQkRtq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 mar. 2023.

REIS, A. *et al.* Relatório de final de pesquisa: **Avaliação da Implantação do e-SUS AB no município de Pirai/RJ**. 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/56166/va_Ana_Reis_EPSJV_2021.pdf?sequence=3>. REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 56-64, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040608>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

REZENDE, V. M. MARIN H. F., Educação em Informática em Saúde: competências para os profissionais da atenção primária à saúde. **Health Inform.**, v. 12, n. 4, p. 118-24, out./dez., 2020. Disponível em: <<https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/765/397>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

RODRIGUES, R. J. **PEP e Bases de Conhecimento na Prática de Saúde Baseada em Evidência**. In: O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico Massad, Marin, Azevedo Neto editores. OPAS/OMS, 2003. Disponível em: <G:\InetPubdesenv_ethel muspdim_atualizacaoPEP.gif (sbis.org.br)>. Acesso em: 05 mar. 2023.

RUIZ, D. C. **Saúde bucal e atenção primaria no SUS: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal**. Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Salvador, 2016. 112 f. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21659/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.%20Diana%20Carolina%20Ruiz%20Mendoza.%202016.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

SILVA, S. B. M.; SILVA, B. C. N.; SILVA, M. P. A Região Metropolitana de Salvador na rede urbana brasileira e sua configuração interna. Scripta Nova. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. [En línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona, v. XVIII, n.

479, 10 jun. 2014. ISSN: 1138-9788. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-479.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SILVA, M. L.; VIRGINIO JUNIOR, L. A. (ed.). Sociedade brasileira de informática em saúde- SIBS. **Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde Versão 4.3**. Instituído e regido pela Resolução CFM nº 1821/2007. 22 mar. 2007. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS-CFM_2019_v4-3.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

SILVA, S. B. M.; SILVA, B. C. N.; SILVA, M. P. Salvador e sua região metropolitana: mudanças recentes, conflitos e perspectivas institucionais. **GeoTextos**, v. 11, n. 2, dez. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/geotextos/article/view/13056>>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SILVA, T.I.M.; CAVALCANTE, R.B.; SANTOS, R.C.; GONTIJO T.L.; GUIMARÃES, E.A.A.; OLIVEIRA, V.C. Diffusion of the e-SUS Primary Care innovation in Family Health Teams. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 2945-52, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE- SBIS. **Manual de Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde Versão 5.0**. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, 2020. Disponível em: <http://sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_S-RES_SBIS_v5-0.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

SOUZA, A. N., CIELO, A. N., GOMES, I.C; OLIVEIRA Júnio, J. G., COSTA, M. L. S. In book: Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: **TIC Saúde 2018** (pp.404). Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Igor-Gomes-14/publication/336774704_estrategia_e-sus_ab_transformacao_digital_na_atencao_basica_do_brasil/links/5db19f094585155e27f8b079/estrategia-e-sus-ab-transformacao-digital-na-atencao-basica-do-brasil.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2023.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e00029418, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 mai. 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. ISBN: 978-85-7541-516-0. Doi: 10.7476/9788575415160. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V.L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2020.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2019, v. 23, e180398. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/icse/2019.v23/e180398/#>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

ANEXO 1- Questionário para trabalhadores da Atenção Básica

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

CODIGO-Nº: 1PAB -

Questionário para Trabalhadores da Atenção Básica

Sou _____ entrevistador (a) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
Nas seguintes perguntas escolha a opção ou marque o número que melhor aplique ao seu critério. Não existem respostas corretas ou incorretas. Se tiver alguma dúvida pode-me perguntar em qualquer momento.

EXEMPLO			
	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente
A	O que mais gosto de fazer no final de semana é assistir filmes de horror.		
	0	1 2 3 4 5 6	7 8 9 10
B	Quantos copos de refrigerante bebi a última vez		
	<input type="checkbox"/> 0 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> Mais de 6	

Resposta:

Unidade de Saúde: _____ Equipe: _____

1 Idade: _____ anos

2 Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto ou equivalente
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto ou equivalente	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo ou equivalente
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo ou equivalente	<input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto ou equivalente	<input type="checkbox"/> Pós-graduação completa
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo ou equivalente	

3 Profissão:

<input type="checkbox"/> Médico(a)	<input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista
<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> Téc. de Enfermagem
	<input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde

4 Vínculo empregatício:

<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Contrato por prazo determinado	<input type="checkbox"/> Bolsista do Mais Médicos
<input type="checkbox"/> Celetista	<input type="checkbox"/> Residente
<input type="checkbox"/> Cooperativa	

5 Carga horária contratual:

<input type="checkbox"/> 20h	<input type="checkbox"/> 60h
<input type="checkbox"/> 40h	<input type="checkbox"/> Outra

6 Há quanto tempo você trabalha nesta unidade?

<input type="checkbox"/> Menos de 01 ano	<input type="checkbox"/> De 04 a 06 anos
<input type="checkbox"/> De 01 a 03 anos	<input type="checkbox"/> De 07 anos ou mais

7 Em média qual o número de horas por dia que utiliza computador/notebook? (No trabalho ou em casa)

<input type="checkbox"/> Menos de 01 hora	<input type="checkbox"/> De 02 a 04 horas.
<input type="checkbox"/> De 01 a 02 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 04 horas

8 Já realizou algum curso em informática?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Pergunta	Escala de importância										
	Muito difícil	Nem difícil nem fácil									Muito fácil
9 Qual seu grau de facilidade em edição de textos no computador?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

- 10** Participou de algum tipo de capacitação sobre o e-SUS? Sim Não
- 11** Participou de algum tipo de capacitação sobre o preenchimento das fichas do Coleta de Dados Simplificada (CDS)? Sim Não
- 12** Participou de alguma capacitação sobre o Prontuário Eletrônico do Cidadão? Sim Não
- 14** O preenchimento do Sistema de Registro de Cuidados¹ atual tem boa legibilidade.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 16** Qual seu grau de facilidade para o preenchimento das fichas CDS (Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Procedimentos, Ficha de Atividade Coletiva e as demais).
- | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------------|---|---|---|---|---|-------------|---|---|----|
| Nada fácil | Nem pouco nem muito fácil | | | | | | Muito fácil | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 17** Posso todas as habilidades necessárias para operacionalizar o Sistema de Registro de Cuidados atual na UPA.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 18** O Sistema de Registro de Cuidados atual facilita o atendimento aos usuários.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 19** O Sistema de Registro de Cuidados atual contribui para o melhor desempenho do seu trabalho.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 20** O Sistema de Registro de Cuidados atual contempla todos os serviços da unidade.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 25** As relações de trabalho são competitivas na unidade.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 26** As relações de trabalho são cooperativas na unidade.
- | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
- 27** Em que grau você se considera adaptado ao sistema de registro de cuidados atual?
- | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|----|
| Nada adaptado | Nem pouco nem muito adaptado | | | | | | Totalmente adaptado | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

¹ Sistema que envolve todo o processo de registro das ações e serviços de saúde fornecidos aos usuários pelos profissionais na unidade de saúde. Atualmente é composto pelas fichas CDS e formulários específicos contendo evolução, histórico clínico e outras informações dos usuários, geralmente organizados em prontuários de família.

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

29	Você tem uma boa relação com os usuários no atendimento	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
30	Em que grau você considera a qualidade técnico-científica do seu atendimento aos usuários?	Baixa	Nem baixa nem alta	Altíssima
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
31	De modo geral o sistema de registro de cuidados atual facilita as interações com o usuário na consulta.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
32	A implantação do PEC incrementará sua carga de trabalho	Baixa	Nem baixa nem alta	Altíssima
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
33	O sistema de registro de cuidados atual facilita a consulta dos registros de outros profissionais da unidade.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
34	O sistema de registro de cuidado permite uma boa troca de informação entre os profissionais facilitando a tomada de decisão sobre o cuidado e tratamento dos usuários.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
36	Qual o grau de facilidade para produzir as informações necessárias aos Sistemas de Informação do SUS (SISAB, SisPrenatal, SINASC e outros) com o sistema de registro de cuidado atual?	Muito difícil	Nem difícil nem fácil	Muito fácil
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
37	Qual o grau de facilidade para produzir as informações solicitadas pela gestão em relação a determinadas condições dos usuários (ex.: perfil epidemiológico dos usuários de uma localidade) com o sistema de registro de cuidado atual?	Muito difícil	Nem difícil nem fácil	Muito fácil
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
38	O sistema de registro de cuidados favorece o compartilhamento e discussão de informações entre profissionais e gestores.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
38a	Qual seu grau de facilidade para analisar dados epidemiológicos (nº de hipertensos, gestantes, recém-nascidos, dentre outros dados) referentes aos usuários de sua unidade?	Muito difícil	Nem difícil nem fácil	Muito fácil
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
39	Com que frequência você utiliza dados ou informações do sistema e-SUS no seu processo de trabalho?	Nunca	Algumas vezes	Sempre
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10
40	Com que frequência acessa os relatórios e-SUS da sua equipe?	Nunca	Algumas vezes	Sempre
		0	1 2 3 4 5 6 7 8 9	10

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

42	Quanto tempo você dedica para o preenchimento dos documentos (fichas de encaminhamentos, prontuário, prescrições, classificação de riscos e outros)?	Pouco	Nem pouco nem muito	Muito								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44	O sistema de registro de cuidados atual facilita o encaminhamento de um usuário para a realização de procedimentos e consultas de Média e Alta Complexidade.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	O sistema de registro de cuidados atual facilita a busca da informação dos exames e procedimentos feito pelos usuários em outras unidades de saúde.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47	O sistema de registro de cuidados atual permite que preenchimentos incorretos sejam facilmente corrigidos.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	Qual o grau de agilidade do sistema para obtenção de informações do usuário?	Nenhuma agilidade	Nem pouco nem muito ágil	Muito ágil								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49	O sistema de registro de cuidados atual impede o registro de algumas informações relevantes.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50	Como você classifica a completude dos registros das informações dos usuários na sua equipe registrados no de registro de cuidados atual?	Péssimo	Nem ruim nem boa	Ótima								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51	Em que grau o sistema de registro de cuidados atual favorece o uso e compartilhamento de informações dos usuários?	Não favorece		Favorece muito								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52	Estou satisfeito com a proteção à privacidade dos dados dos usuários contidos no sistema de registro de cuidados atual.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53	Qual o seu grau de satisfação com o sistema de registro de cuidados atual?	Muito baixa	Nem baixa nem alta	Muito alta								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	A implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão contará com o apoio decisivo da Coordenação da Atenção Básica.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	A implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão contará com o apoio das demais lideranças da Atenção Básica.	Discordo totalmente	Não Concordo nem discordo	Concordo totalmente								
		<hr/>										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

- 23** Qual será o grau de participação dos trabalhadores na decisão de implantar o PEC?
- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| Discordo totalmente | | | | | Não Concordo nem discordo | | | | | | Concordo totalmente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
-
- 24** Haverá resistência pelos trabalhadores à implantação do PEC na unidade.
- | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|
| Nenhum grau de participação | | | | | Nem pouca nem muita participação | | | | | | Alto grau de participação |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
-
- 43** O PEC aumentará ou diminuirá o tempo gasto pelo usuário no fluxo entre os setores da Unidade?
- Aumentará
 Nem aumentará nem diminuirá
 Diminuirá

Observações:

ANEXO 2– Roteiro de Entrevista para Trabalhadores da Atenção Básica

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

CODIGO-Nº: 1PAB -

Entrevista para Trabalhadores da Atenção Básica

Sou _____ entrevistador (a) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Nas seguintes perguntas escolha a opção ou marque o número que melhor aplique ao seu critério. Não existem respostas corretas ou incorretas. Se tiver alguma dúvida pode-me perguntar em qualquer momento.

Responda as seguintes perguntas:

As seguintes perguntas serão feitas pelo entrevistador:

- 58.1** Qual o seu grau de satisfação com o sistema de registro de cuidados atual (papel)? Justifique.
- 31.1** Como tem sido a sua interação com o paciente na consulta ou no contato para seu atendimento?
- 35.2** Na sua opinião, como é a comunicação entre os membros da equipe de saúde na sua unidade?
- e.1** Quais os pontos positivos no uso do sistema de registro de cuidados atual (papel) no seu dia-a-dia?
- e.2** Quais os pontos negativos no uso do sistema de registro de cuidados atual (papel) no seu dia-a-dia?

Observações:

Elaborado por: BARROS, R.D et. al., 2019.

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido etapa *ex-ante* (frente e verso)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) à participar da pesquisa intitulada "PESQUISA - AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)" que tem como pesquisadores o Prof. Ms. Rafael Damasceno de Barros (coordenador da pesquisa), o Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, as mestrandas Lizeth Yubalena Orozco Beltrán e Ana Paula Portugal Chagas Valente, e o doutorando Jesús Enrique Patiño Escarcina. O objetivo do estudo é avaliar a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para a rede de atenção à saúde no município de Dias D'Ávila.

Solicitamos a sua colaboração nesta etapa da pesquisa para responder um questionário de perguntas de forma escrita, para ser entrevistado(a) e gravar suas respostas orais, o que implicará um tempo aproximado de participação de 15 minutos. De igual forma solicitamos sua autorização para utilizar estes dados para os objetivos do estudo e para apresentar os resultados em eventos acadêmicos e publica-los em revistas científicas nacionais ou internacionais.

Para garantir a confidencialidade e privacidade das suas informações, todos os seus dados serão anonimizados e todas as suas informações serão tratadas com sigilo absoluto. Os questionários serão destruídos conforme a legislação vigente no momento, 5 anos após a publicação dos dados e encerramento da pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão publicados, mas seu nome ou qualquer identificação sua não serão citados.

Participar desta pesquisa poderá implicar riscos como certa invasão a sua privacidade, motivar alguma reação emotiva a questões sensíveis, sentir algum desconforto ou cansaço no momento das entrevistas, além de tomar um pouco do seu tempo ao responder ao questionário. Para isso procuraremos um espaço confortável e tranquilo dentro do estabelecimento tentando garantir seu conforto.

Você pode não se beneficiar diretamente desta pesquisa, mas sua participação permitirá conhecer como se dá o processo de implantação do PEC dado que se considera que a nova tecnologia poderá melhorar a qualidade dos registros de cuidados na rede de atenção, possibilitar a intercomunicação entre Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento e setor de internamento do Hospital, favorecendo a comunicação interprofissional para fortalecer a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde. Também é possível que o prontuário eletrônico torne o processo de registro dos cuidados mais rápido, aumentando a desempenho dos profissionais nas consultas.

Rubrica do(a) participante: _____

Rubrica do entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá quaisquer prejuízos nesta unidade de saúde ou em qualquer outra destê município.

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional. A equipe de pesquisadores deste estudo e o Instituto de Saúde Coletiva, lhe dará total acompanhamento durante sua participação neste estudo e o(a) indenizará caso ocorra qualquer dano eventual comprovado diretamente decorrente desta participação.

A qualquer momento do estudo você terá acesso a equipe de pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor se comunicar com o pesquisador responsável Rafael Damasceno de Barros. Telefone: (71) 991969030 / e-mail: rafael.barros@ufba.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar ao Comitê de Ética em Pesquisa¹ do Instituto de Saúde Coletiva - UFBA no endereço: Rua Basílio da Gama, 316 – Canela, Salvador – BA, CEP:40110-040 – Fone: 3283-7409. Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8h às 12h30.

Por tanto se você leu e entendeu, favor assinar ou colocar sua impressão dactiloscópica.

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Dias D'ávila, _____ de _____ de _____

Impressão
dactiloscópica



Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do entrevistador: _____

1

1 O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com função pública, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido etapa *ex-post* (frente e verso)

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) à participar da pesquisa "AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)" que tem como pesquisador responsável o Prof. Rafael Damasceno de Barros. O objetivo do estudo é avaliar a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para a rede de atenção à saúde no município de Dias D'Ávila.

- **Solicitamos a sua participação para responder um questionário de perguntas virtual, ser entrevistado(a) e gravar em áudio suas respostas.**

Esto, tomará aproximadamente 20 minutos do seu tempo. Solicitamos sua autorização para utilizar estes dados para responder aos objetivos deste estudo e apresentar os resultados de forma anônima, em eventos acadêmicos e publicações científicas nacionais ou internacionais. Em nenhum caso seu nome ou qualquer identificação sua serão citados. Para garantir a confidencialidade e privacidade das suas informações, seus dados serão anonimizados e todas as suas informações serão tratadas com sigilo absoluto. Os áudios das gravações, serão transcritos e deletados de todos os aparelhos. As suas informações, os questionários e as transcrições serão armazenadas conforme a legislação vigente ou por até cinco anos após o encerramento da pesquisa.

- **Mesmo com o cuidado necessário, a sua participação poderá implicar riscos.**

Como a invasão a sua privacidade, motivar reações emotivas a questões sensíveis, sentir algum desconforto ou cansaço no momento das entrevistas, quebra do sigilo, além daqueles associados com a participação em ambiente virtual. Por isso, procuraremos o melhor momento para garantir seu conforto durante a entrevista e iremos armazenar os seus dados em site pago pela pesquisa.

- **Você pode não se beneficiar diretamente desta pesquisa.**

Mas sua participação permitirá conhecer mais do processo de implantação do PEC pois se espera uma melhora do processo de registro dos cuidados, aumento do desempenho dos

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)



profissionais e melhora da qualidade dos registros de cuidados, possibilitando a intercomunicação entre as unidades da rede, fortalecendo a integralidade do cuidado.

- **A sua participação no estudo é absolutamente voluntária, mesmo concordando com este TCLE, você poderá deixar de participar se assim o desejar, sem prejuízo algum.**

Você não receberá nenhuma compensação por participar e também não terá nenhuma despesa adicional. A equipe de pesquisadores deste estudo e o Instituto de Saúde Coletiva, lhe dará total acompanhamento durante sua participação neste estudo e o(a) indenizará caso ocorra qualquer dano eventual comprovado diretamente decorrente da sua participação.

- **A qualquer momento do estudo você terá acesso a equipe de pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas.**

Caso necessite de maiores informações, favor se comunicar com o pesquisador responsável Rafael Damasceno de Barros ao telefone: (71) 991969030 / e-mail: rafael.barros@ufba.br. Também poderá consultar ao Comitê de Ética em Pesquisa¹ do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA no endereço: Rua Basílio da Gama, 316 – Canela, Salvador – BA, CEP:40110-040 – Fone: 3283-7409 durante o horário de funcionamento, segunda a sexta, das 8h às 12h30.

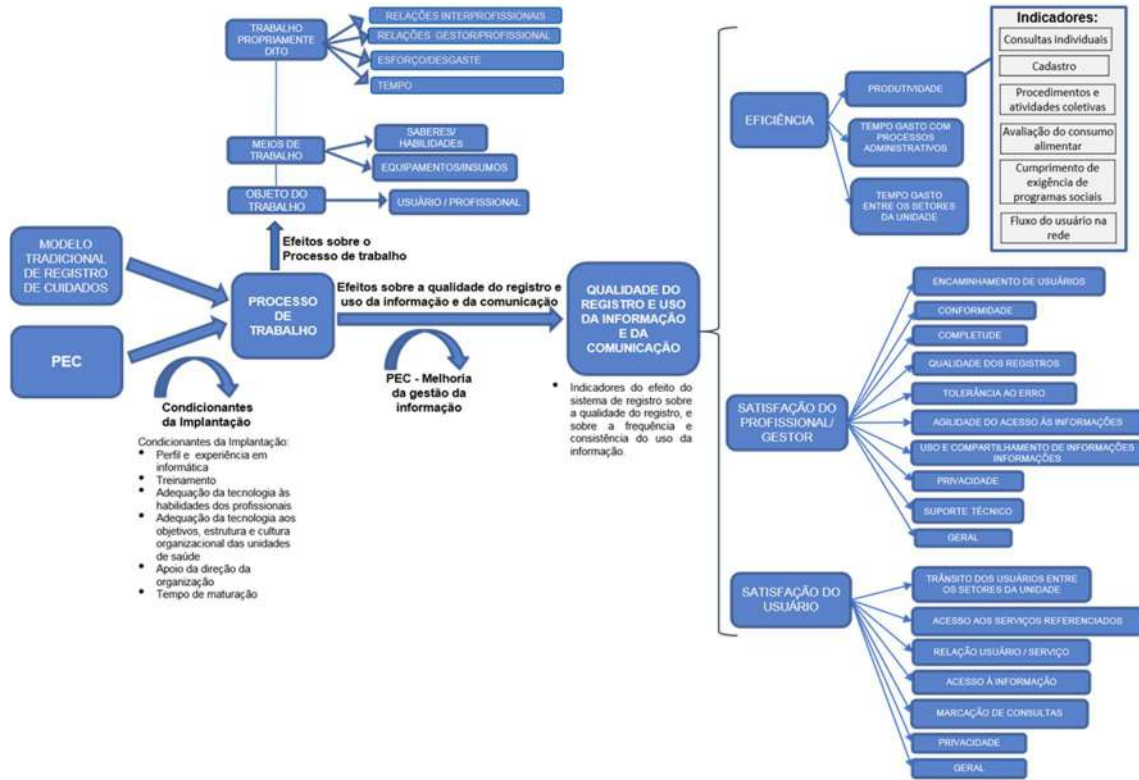
Por tanto se você considera, que foi informado(a) da relevância do estudo proposto, dos objetivos, dos procedimentos, riscos e benefícios associados e concorda em participar da pesquisa, como também com que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos, clique em CONCORDO.

o Concordo em participar

o Não concordo em participar

¹ O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com função pública, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

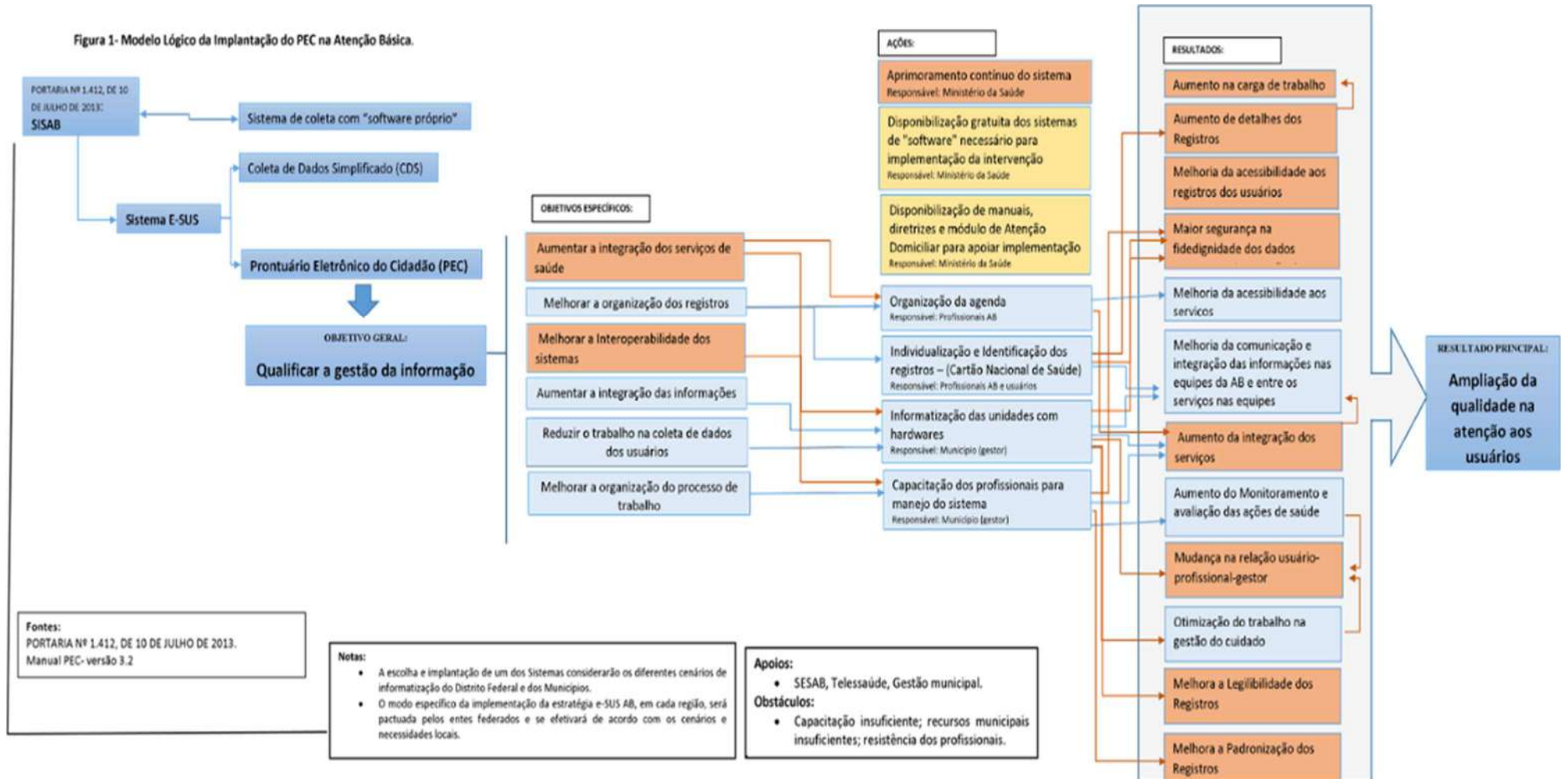
ANEXO 5 - Modelo Teórico-lógico de implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no município de Dias D'ávila (BA).



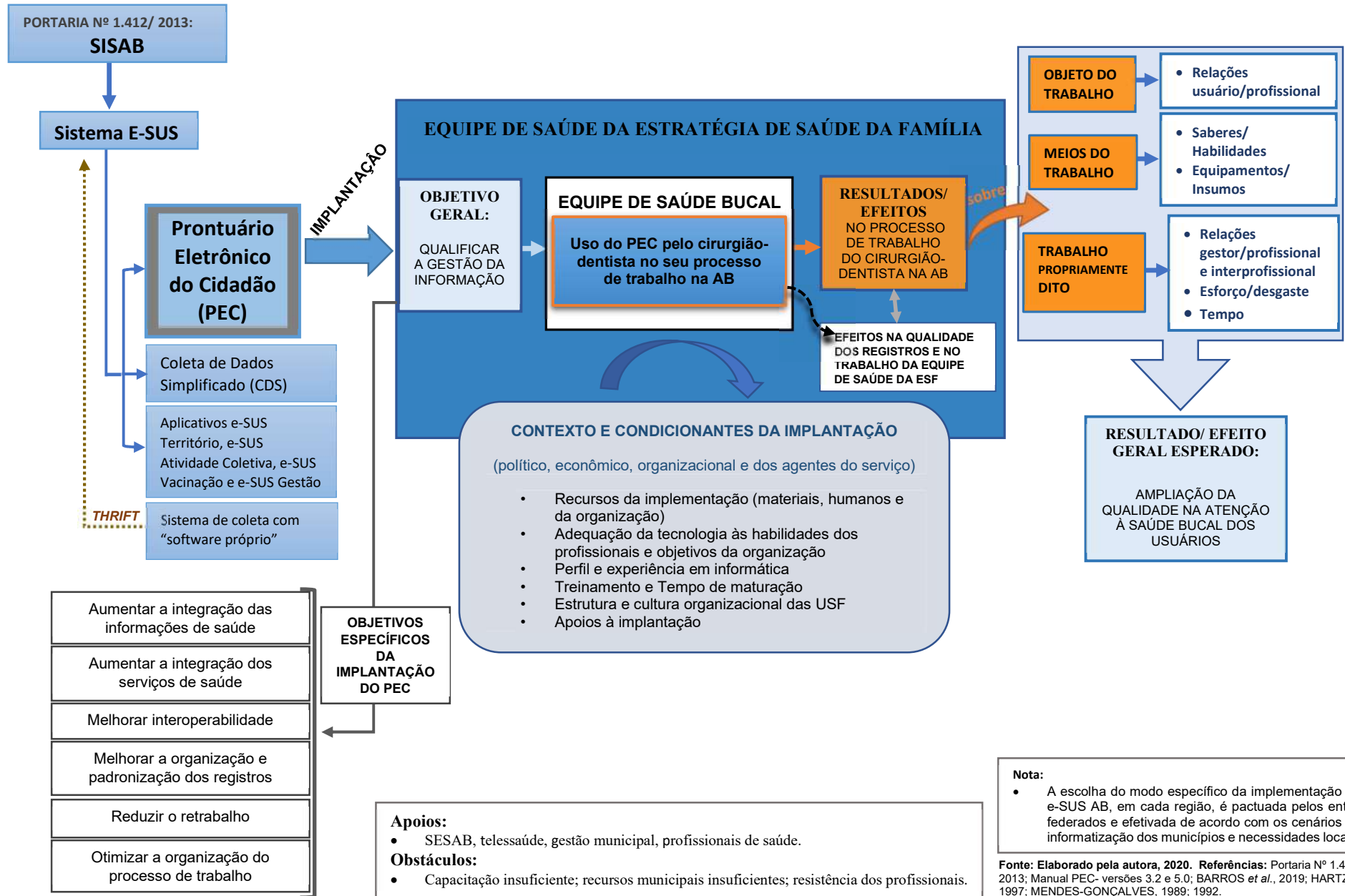
Elaborado por: BARROS, R.D et. al., 2019.

APÊNDICE 1- Modelo Lógico da Implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica

Figura 1- Modelo Lógico da Implantação do PEC na Atenção Básica.



APÊNDICE 2 - Modelo Teórico-lógico da Implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão no Processo de trabalho do Cirurgião-dentista na Atenção Básica.



APÊNDICE 3 – Roteiro de Entrevistas da Segunda Etapa para cirurgiões-dentistas que utilizam o PEC

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

Código-Nº: 1PAB-

Roteiro de Entrevista para cirurgiões-dentistas Segunda Etapa _ com acréscimo de perguntas (Para os cirurgiões-dentistas que utilizam o PEC)

As seguintes perguntas serão feitas pelo entrevistador:

1. **(Nova pergunta)** Quando você começou a utilizar o PEC no seu trabalho?

Adaptação ao sistema de registro de cuidados

2. **(Nova pergunta)** O que achou do treinamento realizado para o PEC?
3. **(Nova pergunta)** Fale um pouco sobre como foi o seu processo de adaptação ao novo sistema de registro de cuidados.
4. **(Nova pergunta)** Há/Houve algum apoio ou suporte para o uso e adaptação ao PEC no seu processo de trabalho?

Percepções sobre o sistema de registro de cuidados

5. **(e.1)** Quais os pontos positivos no uso do Sistema de Registro de Cuidados (SRC) atual no seu dia-a-dia?
6. **(e.2)** Quais os pontos negativos no uso do SRC atual no seu dia-a-dia?

Percepções sobre o processo de trabalho

7. **(35.2)** Na sua opinião, como é a comunicação entre os membros da equipe de saúde na sua unidade?
8. **(31.1)** Como tem sido a sua interação com o paciente na consulta ou no contato para o seu atendimento?
9. **(Nova pergunta)** Você percebeu alguma alteração na sua carga de trabalho? Fale sobre isso.
10. **(Nova pergunta)** Qual o principal meio utilizado para comunicação no seu processo de trabalho com a sua equipe e colegas?

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

Acesso

11. Como é realizada a marcação de consulta para o seu atendimento?

Percepção de satisfação com o sistema de registro de cuidados (SRC)

12. (58.1) Qual o seu grau de satisfação com o SRC atual?

Contexto da implantação

13. (Nova pergunta) Na sua opinião, nos últimos nove meses, houve algum aspecto (do contexto mundial, no país, estadual ou municipal) que influenciou ou interferiu no seu processo de trabalho?
14. (Nova pergunta) Na sua opinião, houve algum aspecto (do contexto) que influenciou ou interferiu na implantação do PEC na sua equipe?

APÊNDICE 4 – Roteiro de Entrevistas da Segunda Etapa para cirurgiões-dentistas que não utilizam o PEC

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

Código-Nº: 1PAB-

Roteiro de Entrevista para cirurgiões-dentistas Segunda Etapa _ com novas perguntas (Para os cirurgiões-dentistas que não utilizam o PEC)

As seguintes perguntas serão feitas pelo entrevistador:

Adaptação ao sistema de registro de cuidados

1. **(Nova pergunta)** Fale um pouco sobre a sua adaptação ao atual sistema de registro de cuidados (SRC).
2. **(Nova pergunta)** Há/Houve algum apoio ou suporte para o uso do sistema de registro de cuidados no seu processo de trabalho?

Percepções sobre o sistema de registro de cuidados

3. **(e.1)** Quais os pontos positivos no uso do sistema de registro de cuidados atual no seu dia-a dia?
4. **(e.2)** Quais os pontos negativos no uso do sistema de registro de cuidados atual no seu dia-a-dia?

Percepções sobre o processo de trabalho

5. **(35.2)** Na sua opinião, como é a comunicação entre os membros da equipe de saúde na sua unidade?
6. **(31.1)** Como tem sido a sua interação com o paciente na consulta ou no contato para o seu atendimento?
7. **(Nova pergunta)** Você percebeu alguma alteração na sua carga de trabalho nos últimos nove meses? Fale sobre isso.
8. **(Nova pergunta)** Qual o principal meio utilizado para comunicação no seu processo de trabalho com a sua equipe e colegas?

Acesso

9. **Como é realizada a marcação de consulta para o seu atendimento?**

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DIAS D'ÁVILA (BA)

Percepção de satisfação com o sistema de registro de cuidados (SRC)

10. (58.1) Qual o seu grau de satisfação com o SRC atual?

Contexto

11. (Nova pergunta) Na sua opinião, nos últimos nove meses, houve algum aspecto (do contexto mundial, no país, estadual ou municipal) que influenciou ou interferiu no seu processo de trabalho?