

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

Pedro do Valle Teichmann
Acadêmico - Faculdade de Medicina. Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
Email: Pedro.teichmann@hotmail.com

Especialista Tiago Sperb Machado
Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de
Esteio, RS
Email: enftiagosm@gmail.com

Especialista Débora Fabiane Figueiró Serafim
Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de
Esteio, RS
Email: deboraserafim2@gmail.com

Mestra Raquel dos Santos de Souza
Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Email: raquelsouzafarma@gmail.com

Mestra Vânia Naomi Hirakata
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação. Hospital de
Clínicas de Porto Alegre
Email: vhirakata@hcpa.ufrgs.br

Doutor Clécio Homrich da Silva
Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Email: clecio.homrich@ufrgs.br

Resumo

Objetivo: avaliar a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) sobre o processo de implementação e uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). **Método:** estudo transversal quantitativo e qualitativo. Um instrumento com perguntas e respostas padronizadas (tipo Likert), testado pelo teste de confiabilidade Alpha de Cronbach, avaliou o PEP. A Análise Fatorial identificou uma menor quantidade de variáveis comuns e o teste de esfericidade de Bartlett verificou a presença de correlações entre elas. A Medida de Adequação da Amostra (MAS) quantificou o grau de intercorrelações entre as variáveis e a adequação da análise. **Resultados:** a percepção positiva sobre a utilização do PEP pelos profissionais mostrou associação com as capacitações prévias.

Receptionistas ($p=0,001$) e profissionais que atuam há menos de dois anos ($p=0,024$) demonstraram maior necessidade de capacitações e informações sobre o Prontuário. Já os enfermeiros mostraram adequação de sua atividade profissional com o PEP ($p= 0,025$). **Conclusões:** embora o PEP tenha contribuído na prática dos profissionais, treinamentos, capacitações e maiores informações sobre esta ferramenta são necessários para qualificar a assistência na APS do município.

Palavras-chave: Sistemas Computadorizados de Registros Médicos. Atenção Primária à Saúde. Tecnologias de Informação e Comunicação.

Electronic Patient Record: perception of Primary Health Care professionals

Abstract

Objective: to evaluate the professionals' perception in Primary Health Care about the implementation and use of the Electronic Patient Record (EPR). **Method:** quantitative and qualitative cross-sectional study. A questionnaire with standardized questions (Likert-type), tested by Cronbach's Alpha reliability test to evaluate the EPR. Factor analysis identified a smaller number of common variables and the Bartlett's sphericity test verified the correlations between them. The Sample Adequacy Measure (MAS) was used to quantify the degree of intercorrelations between the variables and the adequacy of the analysis. **Results:** the professionals' positive perception about the use of EPR was associated with previous training. Receptionist staff ($p=0,001$) and those who worked in the municipality for less than two years ($p = 0.024$) demonstrated a greater need for access to training and information about the EPR. Nurses showed adequacy in their professional work with the EPR ($p = 0.025$). **Conclusions:** Although the EPR has qualified care, health professionals who use it still feel the need for more training, skills and information on this tool aiming a better quality of care provided to SUS users.

Keywords: *Computerized Medical Records Systems. Primary Health Care. Information and Communication Technologies.*

INTRODUÇÃO

O prontuário do paciente contém um conjunto de informações processadas pelos profissionais de saúde e possui caráter legal, sigiloso e científico¹. No formato físico ou eletrônico, é uma ferramenta importante da assistência nos diversos cenários de atenção em saúde permitindo a organização, acesso e recuperação das informações do paciente pelos profissionais habilitados. Desta forma, melhora o processo de registro e comunicação evitando repetição de exames complementares, integrando as especialidades e colaborando com a qualidade assistencial e novas pesquisas².

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) contribui para o cuidado integral, pois seu acesso pode ser realizado em diversos locais da rede assistencial de saúde, promovendo agilidade no diagnóstico clínico, conduta e tratamento, otimizando assim o tempo do paciente e dos profissionais da saúde.

No Brasil, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir de 1997, iniciaram a utilização de tecnologias de informação e comunicação para otimizar seus processos de trabalho³ como o objetivo de alcançar maior eficiência e eficácia no cuidado com o paciente e na gestão de recursos. Entretanto, pesquisas que avaliem os resultados deste processo de implantação ainda são escassos².

A disseminação na utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente na Atenção Primária é um passo importante para a implantação dos sistemas de informação e para o aprimoramento da rede de assistência em saúde nos seus diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Além disto, facilitar a adesão ao processo de trabalho pelos diversos profissionais, agregando qualidade, aprimorando o desempenho e contribuindo na melhoria das condições de saúde da comunidade⁴.

Nesta perspectiva, o presente estudo avaliou a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) sobre o processo de implementação e uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com uma abordagem quantitativa e qualitativa no município de Esteio pertencente a região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O mesmo tem uma área territorial de 27.680 km², distante a 17 km da capital gaúcha com uma população de aproximadamente 80.755 habitantes (IBGE, 2010). Sua rede de saúde conta com um hospital, onze unidades de Atenção Primária em Saúde (APS), um Centro de Apoio Psicossocial Adulto – CAPS AD, um Centro de Apoio Psicossocial tipo II - CAPS II e um Serviço de Atendimento Especializado – SAE.

A população deste estudo foi de 204 profissionais de saúde, entre as seguintes

categorias: agentes comunitários de saúde – ACS, auxiliar/técnicos de enfermagem, auxiliar/técnicos de saúde bucal – TSB, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF e recepcionistas, conforme registro do quadro funcional fornecido pelo setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. Estes estavam distribuídos nas onze unidades de APS sendo estas: quatro UBS, sete Estratégias de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família. O instrumento de pesquisa foi distribuído pelos coordenadores das unidades de saúde a todos os profissionais de saúde que utilizam o PEP como ferramenta no seu processo de trabalho e que atuam na APS do município. A sua implantação ocorreu de forma gradual nas Unidades Básicas de Saúde a partir de janeiro de 2014.

Além dos registros e informações clínicas feitas pelos enfermeiros e médicos, os ACS realizam o cadastro e atualização das famílias no sistema de acordo com a lógica da Estratégia Saúde da Família. Também após as visitas domiciliares, registram suas percepções em relação à cada indivíduo e todos os fatores determinantes e condicionantes que impactam na saúde de cada pessoa naquela família. Desta forma, estas informações também contribuem para a tomada de decisões e manejo terapêutico dos pacientes.

O projeto-piloto foi realizado um mês antes, permitindo algumas adaptações na estrutura e linguagem do instrumento.

Do total de profissionais que atuavam na rede de APS do município, 34 (16,7%) não responderam e 12 (5,8%) preencheram o instrumento de forma inadequada ou incompleta, restando 158 (77,5% do total). Este percentual de retorno é considerado adequado para pesquisas desta natureza^{4,6}.

O instrumento de pesquisa foi autoaplicável e composto por duas partes. A primeira com variáveis em relação ao sexo, escolaridade, tipo de vínculo com o município, local de trabalho (UBS ou ESF) e o tempo que o profissional de saúde trabalha com o PEP no município. A segunda parte, com 14 questões (variáveis) utilizando como respostas uma escala de concordância do tipo Likert com cinco alternativas: 1) discordo totalmente, 2) discordo, 3) não concordo, nem discordo, 4) concordo e 5) concordo totalmente⁷. Duas destas questões eram consideradas abertas e permitiam uma resposta dissertativa. As questões (variáveis) de números 8) “Prefiro o prontuário físico”; 9) “Recebo críticas dos pacientes”; 10) “Tenho dificuldades em trabalhar com o PEP” e 12) “Aumentou o tempo do atendimento” tiveram suas cinco alternativas de resposta de forma invertida (resposta 1 como “concordo totalmente” até a 5 como “discordo totalmente”). A finalidade foi identificar uma semelhança no objetivo das respostas destas variáveis visando que todas elas tivessem uma avaliação de forma positiva sobre o PEP.

As análises descritivas preliminares da primeira parte do instrumento apresentaram a média e o

desvio padrão das variáveis contínuas e as frequências absoluta e relativa das categóricas.

Após coletadas as respostas da segunda parte do instrumento foi realizada uma análise exploratória pelo Coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,753 e pelo teste de esfericidade de Bartlett. Posteriormente, foi realizada uma Análise Fatorial com rotação Varimax⁸ com o objetivo de agrupar estas 14 variáveis e deixá-las em um menor número. A partir de então, para definir o número de fatores a ser extraído do instrumento, o critério utilizado foi que os seus valores fossem iguais ou superiores a um.

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

A correlação de Pearson verificou a associação univariada entre as variáveis contínuas com o desfecho do estudo. Uma Regressão Linear múltipla foi realizada para designar a expressão de uma variável independente, ou seja, descobrir a relação matemática entre as variáveis que representam um determinado fenômeno considerando-se a interação entre aquelas incluídas no modelo. Para renomear estes fatores mediante o resultado desta análise, foi preciso encontrar dentro do contexto palavras que expressassem aquele novo grupo. Como resultado foram gerados quatro

fatores/categorias que foram denominados como: a) Fator 1 – Capacitação e Informação; b) Fator 2 – Adequação do Prontuário; c) Fator 3 – Estrutura Logística e d) Fator 4 – Processo de Trabalho.

A Medida de Adequação da Amostra foi realizada no final do processo de análise e avaliou a quantidade e o grau de intercorrelações entre as variáveis e a adequação desta análise.

O processamento e análise dos dados foi realizado pelo programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS (versão 18.0).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o Parecer 1.814.845 e obteve autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Esteio.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve algumas características sociodemográficas da população estudada dos 158 profissionais que utilizam o PEP e em seu processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde do município. A maioria deles era do sexo feminino (82,9%) e 31,6% possuíam somente o ensino médio completo. Em relação à categoria profissional, vínculo de trabalho, área de atuação e tempo de serviço, respectivamente, 35,9% eram agentes comunitários de saúde, 51,9% eram estatutários com o município, 55,6% atuavam em equipes de Estratégia de Saúde da Família e 50,6% tinham mais de dois anos de trabalho no município.

A Tabela 2 apresenta as 14 questões do instrumento, que tinha uma escala tipo Likert com cinco alternativas (pontos) de resposta⁷. As respostas foram discordantes nas questões (variáveis): 6) que a conectividade seja suficiente (35,4%); 8) que preferem o prontuário físico (43,1%); 9) que recebem críticas dos pacientes por estarem usando o computador (41,8%) e 10) que tem dificuldades em trabalhar com o PEP (36,7%). Ao contrário, as demais mostraram concordância, com uma maior proporção nas variáveis de número 11, que o PEP qualificou o atendimento (60,1%), e de número 13 sobre o acesso ao histórico do paciente de rede de saúde municipal (53,8%).

As respostas dissertativas das variáveis 10 e 14 foram apresentadas em formato de nuvem de palavras, onde aquela palavra mais repetida foi expressa num maior formato (Figuras 1 e 2). Na variável de número 10 – “tenho dificuldades em trabalhar com o PEP”, as palavras internet, ruim e treinamento, respectivamente, foram as mais frequentemente citadas nas respostas. Já na 14 – “o sistema contempla as necessidades do atendimento”, as palavras acesso, treinamento e conectividade, foram as mais frequentemente citadas nas respostas.

A análise exploratória dos resultados da segunda parte do instrumento forneceu um coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,753 e o resultado do teste de esfericidade de Bartlett foi 537,44; $df= 91$ ($p<0,001$). A variância total, mediante a extração de fatores por meio do critério de análise visual do diagrama de raízes latentes (*Screen Plot*), e a

carga de contribuição de cada variável estabeleceram que quatro componentes contemplavam as 14 variáveis. Este conjunto totalizou 57,48% da variância total conforme o teste de confiabilidade Alpha de Crombach que foi 0,423.

Originalmente, o instrumento com as 14 questões era estruturado em três categorias: 1) de estrutura, 2) de processo de trabalho e 3) de atendimento ao paciente. A Análise Fatorial, conforme o coeficiente de correlação destas variáveis, foi reagrupado numa nova denominação de categorias, as quais passaram a ser chamados de fatores, para expressar os resultados que partilhavam em comum (Tabela 3).

Quando analisadas as associações entre os quatro fatores resultantes desta correlação (Tabela 4) com as variáveis “categoria profissional”, “tempo de serviço no município” e “característica da unidade que atua”, por intermédio da Regressão Linear múltipla, os resultados estatisticamente significativos foram com:

a) Fator 1 – Capacitação e Informação [“contempla as necessidades do atendimento”, “consigo suprir minhas dúvidas”, “recebi informações suficientes”, “acesso ao histórico da rede”, “a rede oferece ferramentas suficientes”]: a categoria profissional com maior média obtida foi a dos recepcionistas, que tiveram respostas positivas para este grupo de questões. A menor média foi a dos Agentes Comunitários de Saúde, que discordam das

afirmativas. Em relação ao “tempo de serviço no município”, a maior média obtida foi para os profissionais que atuam há menos de dois anos.

b) Fator 2 – Adequação do Prontuário [“prefiro o prontuário físico”, “tenho dificuldades em trabalhar com o PEP”, “recebo críticas dos pacientes”, “qualificou o atendimento”, “a conectividade é suficiente”] ($p=0,025$): a maior média obtida foi a dos enfermeiros enquanto que a menor foi a dos Agentes Comunitários em que discordam destas afirmativas.

DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) define a Unidade Básica de Saúde como a porta de entrada do sistema. Neste sentido, estudos que busquem a valorização das ferramentas de trabalho existentes, como o PEP, são importantes e podem contribuir de forma relevante para a melhoria do acesso e dos cuidados em saúde de forma equânime, conforme o preconizado pela Lei 8080⁹.

Com os avanços das tecnologias da informação, o acesso, em tempo real, destas informações por parte dos profissionais e dos gestores permite um melhor gerenciamento das condições de saúde de uma determinada população e região⁵. Porém estudos com este tema ainda apresentam alguns desafios metodológicos. A inconsistência e imprecisão dos conteúdos de registro dos pacientes, a falta de tempo e de recursos para lidar com as mudanças, a necessidade de formação adequada e de apoio aos profissionais de saúde e a heterogeneidade das informações ambulatoriais e de internação,

entre diversas unidades de saúde e hospitais são desafios a serem enfrentadas¹⁰. O cenário brasileiro de informatização na APS ainda é limitado no que tange a difusão de equipamentos de tecnologias de informação para implantação o PEP⁵ e também tem resistência por parte dos profissionais que atuam nesta área¹¹.

Neste estudo, a maioria dos profissionais era do sexo feminino (82,9%) e 31,6% deles tinham apenas completado o ensino médio, corroborando com achados de outras pesquisas realizadas com equipes de saúde da família^{12,13,14,15}. Mais da metade dos profissionais (55,6%) atuavam em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e 35,9% deles eram ACS. Esta proporção pode ser explicada pelo fato de que o município Esteio possuía mais equipes de ESF (sete) do que UBS (4), em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica vigente¹⁶. Assim, dentro deste contexto, pelo maior número de equipes de ESF justifica-se a maior utilização do PEP pelos ACS, mediante seus registros de cadastro das famílias e de visitas domiciliares realizadas.

Em relação ao vínculo empregatício dos profissionais de saúde, 51,9% eram servidores municipais de saúde (estatutários) e 50,6% deles trabalhavam no município há mais de dois anos. Estes resultados são semelhantes aos encontrados em publicações anteriores^{15, 17} e, conforme a Lei 8080⁹, a iniciativa privada participa de forma complementar ao SUS e, desta maneira, os profissionais podem ser

estatutários ou contratados por intermédio da Consolidação das Leis do Trabalho.

Os profissionais que atuavam nos serviços de recepção foram os que demonstraram maior necessidade de capacitações e informações sobre o sistema de prontuário eletrônico implementado. Paradoxalmente, estes, frequentemente, são mais jovens e estudantes do ensino médio ou estagiários acadêmicos, que têm familiaridade com o mundo digital e com este tipo de ferramenta na sua rotina diária fora do ambiente de trabalho e, portanto, deveria facilitar sua adaptação às novas tecnologias¹⁸. Isto, de certa forma, proporciona uma maior facilidade com computadores e acesso à internet, contribuindo assim para suas habilidades na utilização do PEP e assim, colabora para a disseminação destas informações entre os demais profissionais de saúde¹⁹. Desta maneira, estudantes podem afetar o processo de trabalho das equipes de saúde por trazerem conhecimentos atualizados, propiciando uma atualização permanente dos demais trabalhadores do SUS²⁰.

Quando avaliado se o tempo de trabalho no município dos profissionais de saúde tinha impacto na percepção sobre o PEP, os resultados mostraram que aqueles que trabalhavam há menos tempo (menos de dois anos) sinalizaram a necessidade de mais capacitações e informações sobre a implementação do prontuário eletrônico, o que também foi descrito por outros autores na literatura^{17, 21}. A alta rotatividade dentre estes profissionais foi apontada como uma dos fatores

associadas ao menor tempo de trabalho dentro dos serviços de saúde. Isto também é explicado por outros fatores, como a sobrecarga de trabalho, a desvalorização, a interferência dos interesses políticos na permanência e na contratação dos profissionais, o estabelecimento de vínculos precários de trabalho e o déficit de trabalhadores²². Esta situação foi confirmada por estudo recente²³ que confirmou o tempo como um fator influente na avaliação do serviço demonstrando que quanto maior o tempo no serviço, melhor a avaliação e percepção do profissional.

Os enfermeiros apontaram a necessidade de adequações do prontuário conforme sua atividade profissional para maximizar o seu uso. Segundo Pressato e colaboradores²³, eles obtiveram melhores avaliações em relação a outras categorias por desempenharem diversas funções no serviço e assim, possuem um olhar mais amplo do contexto e do processo de trabalho. As tecnologias em informações na saúde têm influenciado na rotina assistencial e no planejamento de ações em saúde por parte do enfermeiro²⁴. É necessário, para tanto, que o sistema contemple as necessidades locais e seja flexível para cada realidade^{25, 26}.

Quando analisadas as respostas dissertativas das duas questões do instrumento relacionadas às dificuldades em trabalhar com o PEP e se o sistema contempla as necessidades do atendimento, a palavra “treinamento” se destacou em ambas as respostas, o que pode ser interpretado como uma significativa necessidade tanto de qualificação como de um

maior número de capacitações. Como verificou Pilz⁴, os locais que receberam “treinamento em serviço” produziram melhores efeitos do que aqueles realizados fora do ambiente de trabalho, demonstrando que a adequação dos sistemas para as diferentes realidades e a compreensão da necessidade da ferramenta por parte dos profissionais foi precípua na adesão e aprimoramento do PEP.

A falta de oportunidade de capacitação tem sido citada como uma barreira para a adesão às novas tecnologias, caracterizando-se como um dos principais empecilhos para um bom uso dos sistemas eletrônicos juntamente a problemas de infraestrutura. Para suprir esta e outras necessidades dos profissionais, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política de Educação Permanente em Saúde visando a formação e qualificação dos trabalhadores em saúde²⁶.

Também, quando avaliada a literatura internacional, observa-se diferentes resultados dentro de um processo evolutivo e de sedimentação na utilização de tecnologias de informações em saúde. É indiscutível que estas ferramentas causam um impacto positivo na organização da prática profissional médica, mesmo com alguns desafios e barreiras a serem vencidos. Entre elas, os custos elevados na sua implantação e manutenção, a falta de treinamento suficiente, uma cultura prática não receptiva ou desorganizada e ainda também problemas de infra-estrutura²⁸ como também os custos financeiros, a resistência à mudança e as questões relacionadas ao processo das

tecnologias de informação durante a sua implementação²⁹

Recentemente, uma revisão sistemática identificou 39 principais barreiras encontradas à adoção de registros eletrônicos de saúde dentro da literatura selecionada. As mencionadas com maior frequência eram relacionadas a custos, preocupações técnicas, suporte técnico e resistência à mudança. Dentro da realidade estadunidense, apesar dos incentivos federais e locais, o custo inicial da adoção de um sistema de registro eletrônico em saúde é uma barreira comum existente. As outras barreiras mais comumente mencionadas incluem suporte técnico, preocupações técnicas e custos de manutenção/continuidade³⁰.

No Inglaterra, num outro contexto mais específico, foi realizada uma investigação sobre a utilização da informática como ferramenta para a melhoria da qualidade mediante a implementação rápida de orientação para o manejo da doença renal crônica na Inglaterra. Dentro dos aspectos éticos da informática, a sua utilização foi um facilitador da melhoria rápida da qualidade das informações clínica-laboratoriais dos pacientes. Entretanto, os autores da pesquisa, concluíram que não foi possível estabelecer uma relação causal ou generalização destes achados para outras áreas assistenciais em saúde³¹.

A educação permanente é uma importante ferramenta para inovar a gestão do SUS e esta estratégia funciona como um importante catalisador de mudanças nos processos de

gestão e no cuidado em saúde. Ela possibilita a troca e o intercâmbio entre as equipes assim como uma reflexão dos saberes e práticas utilizadas no dia a dia, possibilitando processos de mudança¹⁹. A necessidade de educação para os profissionais promove um protagonismo capaz de provocar mudanças no processo de produção de saúde, rompendo o modelo assistencial tradicional, como descrito em recente estudo que sublinhou a necessidade de ampliação dos debates entre os trabalhadores e gestores sobre o seu cotidiano, sobre os modos de gerir e operar o trabalho³².

O papel da educação é o de transformar saberes, não somente passar uma informação³³, o que pode estar ocorrendo nos treinamentos até então aplicados, não havendo motivação nestes profissionais para transformar sua rotina de trabalho. Neste sentido, o presente estudo aponta para a necessidade de treinamentos que impliquem numa verdadeira transformação das práticas profissionais.

Neste contexto, é necessário desenvolver estratégias interinstitucionais para o fortalecimento da rede de atenção em saúde. A lógica de treinamento reflete a ampla necessidade de construção coletiva de melhorias, pois quando discutido e construído com os profissionais da gestão e assistência juntos, fomenta a melhoria dos processos de trabalho e colabora para a compreensão e aquisição de sentido da necessidade de incorporação de novas tecnologias, o que contribui para que todos se envolvam na transformação. Essa construção em rede

aumenta a capacidade dos profissionais em lidar com as adversidades diárias, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada à comunidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações, dentre elas o fato de alguns profissionais cumprirem sua carga horária em mais de um local da rede de saúde do município, como por exemplo, um turno em cada unidade de saúde. Embora os instrumentos tenham sido entregues para os coordenadores no mesmo turno e dia, eles podem ter sido ofertados pelos coordenadores aos profissionais em momentos diferentes, não contemplando necessariamente todos os profissionais que atuavam naquela unidade, pois alguns poderiam estar ausentes. Também a exigência do retorno dos instrumentos respondidos teve interferência e autonomia direta de cada coordenador, o qual pode ter seguido ou não as orientações da pesquisadora que sugeriu o prazo de entrega de uma semana.

Como pontos fortes da pesquisa, deve ser destacado que ela foi desenvolvida em toda a rede de APS do município contemplando as 11 unidades de assistência, diferentemente de outros estudos anteriores que avaliaram a utilização do prontuário eletrônico em ambiente hospitalar^{2, 29, 30}. Também deve ser ressaltado que, mesmo naquelas unidades de saúde localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social ou violência, houve a aplicação do instrumento de pesquisa com o apoio do gestor municipal.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a implantação do PEP na APS do município de Esteio (RS) ainda enfrenta alguns problemas, possivelmente, devido a falhas e limitações no processo de capacitação dos profissionais envolvidos assim como no acesso às informações para a utilização deste prontuário eletrônico.

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

Neste sentido, é fundamental que os gestores e os demais profissionais de saúde articulem e desenvolvam espaços de discussão e construção coletiva sobre emprego desta ferramenta, estabelecendo, para tanto, um processo de apoio e educação permanente^{32, 37, 38}, qualificando, desta forma, a assistência aos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Dias MP, Giovanella L. Prontuário eletrônico - uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. R Eletr de Com Inf Inov Saúde. 2013 Ago; 7(2).
2. Lourenção LG, Júnior CD. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. Enferm Bras. 2016;15(1):44-53.

3. Fairley CK, Vodstrcili LA, Huffam S, Cummings R, Chen MY, Sze JK *et al.* Evaluation of Electronic Medical Record (EMR) at large urban primary care sexual health centre. PloS one. 2013;8(4):606-36
4. Price M, Singer A, Kim J. Adopting electronic medical records Are they just electronic paper records. Can Fam Physician. 2013;59(7):322-9.
5. Pilz C. Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva de implantação do Prontuário Eletrônico do e-SUS AB. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
6. Skitka LJ, Sargis EG. The internet as psychological laboratory. Annu Rev. 2016;57:529-55.
7. Hill MM, Hill AA. Investigação por questionário. 2 ed. Lisboa: Silabo; 2002.
8. Gunther H. Como elaborar um questionário. In: Pasquali, L. (Org.). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília; 1999.
9. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.

10. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: 2013. [acessado 2016 jan 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
11. Austin GL, Klasko S, Leaver WB. The art of health IT 46. transformation. White paper from National Center for Healthcare Leadership 2009.
12. Camelo S.H.H, Angerami E.L.S, 2007. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. *Rev Enferm UERJ* 2016; 15(4):502-507.
13. Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29(2):176- 83.
14. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AR. O processo de (Des) Construção da multiprofissionalidade na atenção básica: Limites e desafios à efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011; 15(3):319-28.
15. Lima EFA, Sousa AS, Primo CC, Leite FMC, Souza MHNS, Macie EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Rev. Enferm. UERJ*. 2016 Jul 12; 24(1):1-5
16. Brasil. Portaria n° 340, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Diário Oficial da União* 2013; 05 mar.
17. Mahl C, Tomasi E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. *Cienc Prax*. 2017 Apr 21;2(04):19-26.
18. Benassi CBP, Sgarioni PDS, Giordani S, Kliemann CRM, Strieder DM. A articulação entre aprendizagem em ciências, comunicação e tecnologia no contexto de estudantes do ensino médio. *Book of abstracts: world congress on communication and arts*. 2016; 9:32-36.
19. Kuabara CTM, Tonhom SFR, Marin MJS. Integração ensino-serviço na perspectiva dos profissionais da rede primária de saúde. *Rev For Ident* 2016 set;22(22):174-192.
20. Justo PM, Rocha PF, Toassi RFC. Processo de trabalho da equipe multiprofissional nos serviços de atenção primária a saúde com a inserção do estagiário da graduação em odontologia. *Rev Gepesvida*. 2016 Dec 5;2(4):136-52.
21. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24:193-201.

22. Pires ROM. Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família. 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.
23. Pressato MF, Duarte SRMP. Avaliação da Atenção Primária na Visão dos Profissionais de Saúde. *Rev Ciênc Saúde*. 2016;6(2):6-15.
24. Gonçalves LS, Fialek SA, Castro TC, Wolff LDG. Experiência de enfermeiros com computadores na Atenção Primária estudo exploratório. *Cogitare Enferm*. 2016 Mar 28;21(1):01-11.
25. Santos CS, Gontijo TL, Franco EC, Cavalcante RB. Registro de atividades no sistema de informação da atenção básica. *Cogitare Enferm*. 2012 Jun 29;17(2):331-35.
26. Bell EJ, Takhar SS, Beloff JR1, Schuur JD, Landman AB. Information technology improves Emergency Department patient discharge instructions completeness and performance on a national quality measure: a quasi-experimental study. *Appl Clin Inform*. 2013 Oct 23;4(4):499-514.
27. Brasil. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 13 fev.
28. Police RL, Foster T, Wong KS. Adoption and use of health information technology in physician practice organisations: systematic review. *Inform Prim Care*. 2010;18(4):245-58.
29. Williams KS, Shah GH, Leider JP, Gupta A, Overcoming Barriers to Experience Benefits: A Qualitative Analysis of Electronic Health Records and Health Information Exchange Implementation in Local Health Departments. *EGEMS (Wash DC)*. 2017 Sep 4;5(1):18.
30. Kruse CS, Kristof C, Jones B, Mitchell E, Martinez A. Barriers to Electronic Health Record Adoption: a Systematic Literature Review. *J Med Syst*. 2016 Dec;40(12):252.
31. de Lusignan S. Informatics as tool for quality improvement: rapid implementation of guidance for the management of chronic kidney disease in England as an exemplar. *Healthc Inform Res*. 2013 Mar;19(1):9-15.
32. Felsky CN, Lima RCD, Garcia ACP, França T, Andrade MAC. Gestão do trabalho na saúde: com a palavra, atores da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Pesq Saude*, 2017 Mar 3;18(1):102-10.
33. Ferla AA, Ceccini RB and Alba RD. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *R Eletr de*

Tabela 1: Características dos respondentes da pesquisa. Esteio, RS, Brasil, 2016.

| | n (158) | % |
|--|---------|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 131 | 82,9 |
| Masculino | 27 | 17,1 |
| Categoria Profissional | | |
| Recepcionistas | 21 | 14,8 |
| Agentes Comunitários de Saúde | 51 | 35,9 |
| Técnicos | 30 | 21,1 |
| Enfermeiros | 20 | 14,1 |
| Outros profissionais de nível superior | 20 | 14,1 |
| Escolaridade | | |
| Pós-graduados | 36 | 22,8 |
| Superior | 25 | 15,8 |
| Técnicos | 47 | 29,7 |
| Ensino médio e/ou estagiários | 50 | 31,6 |
| Local de atuação | | |
| UBS* | 64 | 44,4 |
| ESG** | 80 | 55,6 |
| Vínculo | | |
| Estatuário | 81 | 51,9 |
| Fundação/CLT† | 62 | 39,7 |
| Cargo Confiança | 2 | 1,3 |
| Outro | 11 | 7,1 |
| Tempo em que trabalha com PEP em Esteio | | |
| < 2 anos | 77 | 49,4 |
| > 2 anos | 79 | 50,6 |

Fonte: os autores.

*UBS: Unidade Básica de Saúde

**ESF: Estratégia de Saúde da Família

† CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

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

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

Fonte: os autores

(%): número de respondentes e porcentagem

DP: desvio-padrão

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

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

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

*PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente

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

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

Fonte: os autores

DP: desvio-padrão

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

** Teste T de Student para amostras independentes.

†ACS: Agente Comunitário de Saúde

††UBS: Unidade Básica de Saúde

‡ESF: Estratégia de Saúde da Família

Como citar este artigo

Souza RS, Teichmann PV, Machado TS, Serafim DFF, Hirakata VN, Silva CH. Prontuário Eletrônico do Paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais. [online], volume 3, n. 1. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, mês e ano, p. XX-XX. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em “dia/mês/ano”.

Data de recebimento do artigo: 16/07/2018

Data de aprovação do artigo: 03/11/2018
