



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

JAIME VIRGÍNIO CÂMARA NETO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA "E-SUS
ATENÇÃO BÁSICA" NO MUNICÍPIO DE APODI-RN: UMA ANÁLISE A PARTIR
DO MODELO DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (POLICY CYCLE)**

MOSSORÓ – RN
MARÇO/2019

JAIME VIRGÍNIO CÂMARA NETO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA "E-SUS
ATENÇÃO BÁSICA" NO MUNICÍPIO DE APODI-RN: UMA ANÁLISE A PARTIR
DO MODELO DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (POLICY CYCLE)**

Dissertação de Mestrado Profissional em
Administração Pública
(PROFIAP/UFERSA), como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre.

**Orientador: Prof. Dr. Kaio César
Fernandes**

**MOSSORÓ – RN
MARÇO/2019**

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

C172a Câmara Neto, Jaime Virgínio.
Avaliação do Processo de Implementação da
Estratégia "E-SUS Atenção Básica" no município de
Apodi-RN: uma análise a partir do modelo do Ciclo
de Políticas Públicas (Policy Cycle) / Jaime
Virgínio Câmara Neto. - 2019.
125 f. : il.

Orientador: Kaio César Fernandes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em
Mestrado Profissional em Administração Pública,
2019.

1. Implementação de políticas públicas. 2. Ciclo
de políticas públicas. 3. Atenção Básica. 4.
Estratégia e-SUS. I. Fernandes, Kaio César,
orient. II. Título.

JAIME VIRGÍNIO CÂMARA NETO

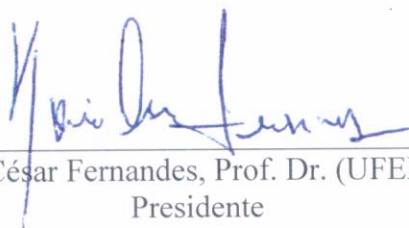
AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA "E-SUS
ATENÇÃO BÁSICA" NO MUNICÍPIO DE APODI-RN: UMA ANÁLISE A PARTIR DO
MODELO DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (POLICY CYCLE)

Dissertação de Mestrado Profissional em
Administração Pública (PROFIAP/UFERSA),
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre.

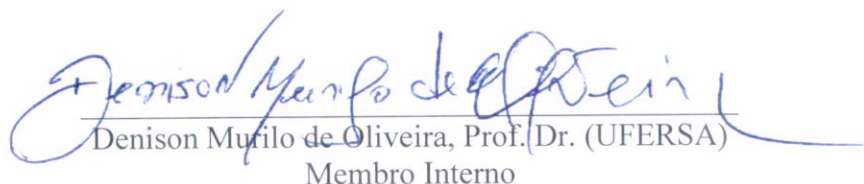
Linha de Pesquisa: Políticas Públicas:
Formulação e Gestão.

Defendida em: 11/03/2019.

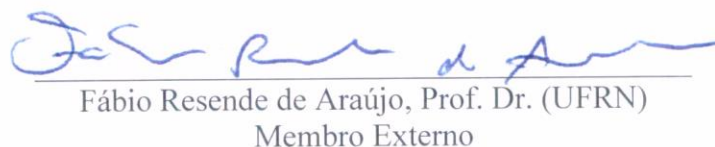
BANCA EXAMINADORA



Kaio César Fernandes, Prof. Dr. (UFERSA)
Presidente



Denison Murilo de Oliveira, Prof. Dr. (UFERSA)
Membro Interno



Fábio Resende de Araújo, Prof. Dr. (UFRN)
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, Pai criador, e a Jesus Cristo, nosso Senhor, pelo dom da vida, por manter acesa a chama da fé e da esperança, e pelo auxílio fornecido nos momentos de dificuldade, cansaço e desânimo.

Aos meus pais Zé Amado e Teresinha, por todo amor e dedicação que sempre tiveram, pelos ensinamentos, sem eles jamais conseguiria ter chegado até aqui.

As minhas filhas Júlia e Yasmin, tão pequenas, mas, ao mesmo tempo, grandes fontes de inspiração, a presença de vocês abrilhanta minha vida.

A Raquel, minha esposa, pela paciência, suporte e apoio em todos os momentos dessa caminhada, a ela meu amor e minha gratidão.

Aos meus irmãos, Jacques e Milkia, pelo incentivo, não deixando que eu desanimasse.

Ao meu orientador Prof. Kaio, pela dedicação, paciência e valiosas contribuições a este trabalho, pelos ensinamentos e pela amizade que construímos ao longo dessa trajetória.

Aos meus colegas de trabalho, tanto da Ufersa como do IFRN, em especial Heider Irinaldo, Emanuel Calixto e Sheilla Fernandes, pelos auxílios e incentivos prestados nos períodos de disciplina, e aos colegas Bruno Oliveira e Rozendilson Lucena, pelo suporte nos momentos de escrita desse trabalho.

A todos os amigos da primeira turma do PROFIAP/Ufersa, pelo companheirismo, aprendi muito com eles, nossos momentos de debate em sala, sem dúvidas, enriqueceram meu processo de aprendizagem.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Apodi-RN, sem vocês esta pesquisa não teria êxito.

“Nenhum rei se salva pelo tamanho do seu exército; nenhum guerreiro escapa por sua grande força. O cavalo é vã esperança de vitória; apesar da sua grande força, é incapaz de salvar. Mas o Senhor protege aqueles que o temem, e os que firmam a esperança no seu amor, para livrá-los da morte e garantir-lhes vida, mesmo em tempos de fome. Nossa esperança está no Senhor; ele é o nosso auxílio e a nossa proteção. Nele se alegra o nosso coração, pois confiamos no seu santo nome. Esteja sobre nós o teu amor, Senhor, como está em ti a nossa esperança”.

Salmo 33, 16-22

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o processo de implementação da Estratégia "e-SUS Atenção Básica" no município de Apodi-RN, por meio do modelo do ciclo de políticas públicas. A pesquisa consistiu em um estudo de caso de caráter descritivo, baseado no método qualitativo, com emprego da técnica de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que a adesão a estratégia trouxe forte impacto ao processo de trabalho desses profissionais. Apesar da maioria dos pesquisados relatarem aptidão para uso do computador, alguns ainda utilizam fichas de papel e não sabem manusear os *softwares* do e-SUS, sobretudo devido deficiências na capacitação. A pesquisa revelou ainda que as UBSs não dispõem de infraestrutura mínima para implementação do programa, especialmente pela falta de computadores, *tablets* e impressoras; ausência de fornecimento de internet de boa qualidade e falta de suporte técnico de informática. Assim, conclui-se que o município de Apodi-RN não conseguiu implementar definitivamente o e-SUS, uma vez que o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão, que consiste no sistema permanente do programa, ainda não funciona, permanecendo o sistema com CDS, que de acordo com o Ministério da Saúde, já deveria ter encerrado suas atividades desde o ano de 2016.

Palavras-Chave: Implementação de políticas públicas; Ciclo de políticas públicas; Atenção Básica; Estratégia e-SUS.

ABSTRACT

The main objective of this study is to evaluate the efficiency of the implementation process of the "e-SUS Basic Care" Strategy in the city of Apodi-RN, using the policy cycle model. To do this, we set out some specific objectives, such as: identifying the personal characteristics and influence of the professional profile of the program participants in their implementation process; verify the operational capacity of the teams and professionals, and finally, evaluate the infrastructure of the Basic Health Units, in accordance with the requirements of the e-SUS Strategy. The research consists of a case study of descriptive character, based on the qualitative method, using the technique of content analysis. It had as social actors researched: the former coordinator of Basic Attention; the current coordinator and the 85 professionals who integrate the Family Health teams (ESF), the Oral Health teams (ESB) and the Community Health Agents (EACS) team; all belonging to the municipality of Apodi-RN. Data collection, in secondary terms, occurred through extensive bibliographical research as well as extensive documentary research, through the analysis of ordinances, technical notes and resolutions of the collegiate bodies. Already, in primary terms, the data collection took place through the application of questionnaires with the members of the program teams, and through semi-structured interviews with the former coordinator and the current managers of Basic Care. The results showed that the majority of professionals were female, aged between 40 and 50 years and with more than 15 years of primary care, revealing that adherence to the Strategy had a strong impact on the work process of these professionals. Although most of the respondents report aptitude for computer use, some still use paper chips and do not know how to handle e-SUS softwares, mainly because of deficiencies in training. The research also revealed that the UBS does not have minimum infrastructure for program implementation, especially due to the lack of computers, tablets and printers; lack of good quality internet supply and lack of computer technical support. Thus, the municipality of Apodi-RN was not able to definitively implement e-SUS, since the system with PEC, which consists of the permanent system of the program, still does not work, remaining the system with CDS, which according to with the Ministry of Health, should have closed its activities since the year 2016.

Keywords: Implementation of public policies; Cycle of public policies; Basic Attention; E-SUS Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas.....	33
Figura 2- Relação entre as instâncias de decisão do SUS	41
Figura 3- Principais competências atribuída pela PNAB aos Entes Federativos	46
Figura 4- Condicionantes para repasse de recursos federais aos municípios	48
Figura 5- Tela inicial do Sistema e-SUS com Coleta de Dados Simplificado	51
Figura 6- Tela inicial do Sistema e-SUS com Prontuário Eletrônico do Cidadão	52
Figura 7- Cenário 1 - UBS sem computador e sem conexão à internet.....	54
Figura 8 - Cenário 2 - UBS com computador e sem conexão à internet	55
Figura 9- Cenário 3 - UBS com computador e conexão limitada à internet	55
Figura 10- Consultório com computador e conexão limitada à internet	56
Figura 11- Cenário 5 – Consultório com computador e conexão limitada à internet.....	56
Figura 12- Cenário 6 - Consultório com computador e boa conexão à internet.....	57
Figura 13- Distribuição geográfica das UBS na zona rural do município de Apodi-RN.....	62
Figura 14- Distribuição geográfica das UBS na zona urbana do município de Apodi-RN	63
Figura 15- Fichas do sistema com CDS por grupo de profissionais	88
Figura 16- Formas de funcionamento do e-SUS em rede	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Profissionais por Gênero	70
Gráfico 2 - Profissionais por Faixa Etária	71
Gráfico 3 - Quantidade de profissionais por tempo de serviço	72
Gráfico 4 - Quantidade de profissionais por Grau de Escolaridade	74
Gráfico 5 - Quantidade de participantes da capacitação.....	77
Gráfico 6 - Instituições ofertantes da capacitação	79
Gráfico 7 - Profissionais preparados após a capacitação.....	81
Gráfico 8 - Profissionais referenciados no momento de dúvidas sobre o sistema	83
Gráfico 9 - Forma de registro das atividades.....	85
Gráfico 10 - Profissionais responsáveis pelo recebimento das fichas impressas	86
Gráfico 11 - Sistema utilizado	87
Gráfico 12 - Avaliação geral do s-SUS	91
Gráfico 13 - Frequência de visitação do Técnico em Informática as UBS	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Diferentes conceitos de Políticas Públicas	14
Quadro 2- Tipologia das políticas públicas segundo Lowi	15
Quadro 3 - Análise do níveis de relação política.....	19
Quadro 4- Relação entre modelos de análise e estágios das políticas públicas.....	30
Quadro 5 - Principais normas estruturantes do SUS	37
Quadro 6- Grupo e subgrupos de políticas nacionais de saúde	43
Quadro 7- Instrumentos de coleta de dados utilizados no sistema CDS	50
Quadro 8 - Ícones, módulos e informações disponíveis no Sistema com PEC	52
Quadro 9 - Relação entre o total de profissionais e o total de participantes da pesquisa.	64
Quadro 10 - Estrutura do questionário de avaliação.....	66
Quadro 11 - Resumo Metodológico	68
Quadro 12 – Participantes com vínculo efetivo em relação ao total pesquisado	73
Quadro 13- Número de profissionais com escolaridade acima do pré-requisito do cargo.....	74
Quadro 14- Frequência de utilização das fichas do sistema CDS pelos profissionais	89
Quadro 15- Quantidade de computadores por UBS	94
Quadro 16- População Adstrita e quantidade de profissionais lotados, por UBS	95
Quadro 17- Localização dos computadores por UBS	97
Quadro 18- Utilização do computador pelos profissionais, por UBS	98
Quadro 19- Quantidade de impressoras em funcionamento por UBS.....	99
Quadro 20- Tipo de serviço de internet por UBS.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
BPA - Boletins de Produção Ambulatorial
CDS - Coleta Simplificado de Dados
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR–Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRESEMS - Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
EACS –Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
EAD – Educação à Distância
EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
ESF – Equipe de Saúde da Família
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG – Organização Não Governamental
PAB – Piso da Atenção Básica
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIUBS - Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede Assistencial de Saúde
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAMHPS – Sistema de Atenção Médico-Hospitalar
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TICs – Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URSAP – Unidade Regional de Saúde Pública

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVO GERAL	9
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3 JUSTIFICATIVA	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA CONSTRUÇÃO CONCEITUAL	13
2.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	16
2.2.1 Análise Descritiva e Análise Prescritiva	18
2.2.2 Análise segundo as relações políticas	19
2.2.3 Análise Sequencial	21
2.2.4 Modelos de Análise de Políticas Públicas	29
2.2.5 Ciclo de Políticas Públicas	32
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	34
2.3.1 Gestão das Políticas Públicas de Saúde	37
2.3.2 Políticas Nacionais de Saúde	41
2.4 ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA	49
3 METODOLOGIA	60
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	61
3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	65
3.3 MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA	66
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
4.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	69
4.2 CAPACIDADE OPERACIONAL DAS EQUIPES E DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	76
4.3 CENÁRIO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE	93
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	122

1. INTRODUÇÃO

O intenso processo de experimentação dos programas governamentais, associado a abertura da participação da população nas políticas setoriais, despertou na sociedade brasileira, curiosidade sobre os mecanismos de funcionamento do Estado e seus impactos (ARRETCHE, 2003), registrando-se nas últimas décadas, segundo Souza (2006), o surgimento de um importante campo de estudos denominado políticas públicas, situando-se como importante ferramenta de análise das decisões governamentais. Desse modo as políticas públicas podem ser conceituadas como um conjunto de ações e decisões do governo voltadas para solução de problemas da sociedade (LOPES et al; 2008). Apesar das diversas formas de analisar as políticas públicas, o modelo do ciclo de políticas públicas (*Policy Cycle*) chama a atenção por dividi-la em fases, permitindo observar as políticas públicas a partir de 4 fases principais: a definição da agenda, a formulação, a implementação e avaliação (VANMETER E VANHORN, 1975).

Para o modelo, a definição da agenda é o momento em que um problema, por tornar-se uma preocupação para o governo, entra na lista de prioridades para serem resolvidos. Na formulação tem-se o momento em que o governo passa a elaborar uma proposta (a política pública) que elenca possíveis sugestões para o problema em destaque. Já a implementação é o estágio onde a política pública passa a ser executada. Por fim, temos a etapa da avaliação, onde são aferidos os impactos, consequências e resultados da política. Após observar os impactos e consequência é possível sugerir melhorias e ajustes na proposta inicial, fechando o ciclo de vida da política. Dessa maneira podemos perceber que ao contemplar a política pública como um todo, dividindo-a apenas no momento do estudo, esse modelo torna-se uma importante metodologia de análise, podendo ser aplicado a qualquer política pública, independente da área a ser estudada.

Dentro dessa perspectiva, optamos por aplicar o referido modelo no presente trabalho, nos propondo a analisar, por meio dele, a implementação da Estratégia e-SUS, uma política de saúde desenvolvida pelo Ministério da Saúde, com objetivo de aperfeiçoar os processos de coleta, processamento, armazenamento e utilização de informações em saúde referentes à Atenção Básica. Criada por meio da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, a estratégia e-SUS é formada pelo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), que recebe os dados enviados pelos profissionais das equipes de saúde, e por dois

softwares: o CDS – Coleta de Dados Simplificado e o PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão, responsáveis pela coleta dos dados enviados ao SISAB.

Neste trabalho analisaremos, especificamente, o processo de implementação dos *softwares* da estratégia e-SUS e sua operacionalização no município de Apodi, no estado do Rio Grande do Norte, pois assim como vários outros municípios brasileiros, Apodi não apresentou regularidade no envio de dados ao SISAB no último ano, demonstrando fragilidades no processo de implementação do e-SUS (SISAB, 2018).

Diante desse cenário, o presente estudo se propôs a responder algumas questões relacionadas às características pessoais e profissionais dos participantes, como tipo de vínculo, faixa etária, gênero, tempo de atuação e escolaridade, e às condições de capacidade operacional do programa e de sua infraestrutura; nos levando a questionar, respectivamente, em que medida o perfil dos profissionais tiveram influência na implementação do e-SUS? Se os profissionais e as equipes possuem capacidade operacional para operar a estratégia? E até que ponto as Unidades Básicas de Saúde possuem infraestrutura básica suficiente para implementação do programa?

A importância do e-SUS AB, decorre do próprio potencial que as tecnologias de informação e comunicação (TICs) possuem, conforme argumentam Derntl e Motschnig-Pitrik (2005), essas tecnologias desempenham um papel significativo no sentido de dar apoio às pessoas na organização, transferência e administração de informações. De acordo com Santos et al. (2005) as tecnologias de informação e comunicação não se restringem apenas a equipamentos, *softwares* e comunicação de dados, mas na utilização de recursos tecnológicos em tudo que a sociedade realiza. Na área da saúde, a utilização das tecnologias de informação e comunicação possibilitam uma integração de processos e funções, por meio do compartilhamento de conhecimentos, metodologias e competências, contribuindo para a formulação de políticas de saúde, gestão, promoção e atenção à saúde, transparência e participação social (BRASIL, 2004).

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de implementação da Estratégia "e-SUS Atenção Básica" no município de Apodi-RN, por meio do modelo do ciclo de políticas públicas.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características pessoais e a influência do perfil profissional dos participantes do programa no seu processo de implementação, por meio do tipo de vínculo, tempo de atuação, escolaridade, faixa etária e gênero.
- Verificar a capacidade operacional das equipes e dos profissionais, a partir da aptidão para operar os *softwares*, formas de inserção de dados e percepções sobre o programa;
- Avaliar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com os requisitos necessários para implementação da Estratégia e-SUS;

1.3 JUSTIFICATIVA

Utilizados como importante ferramenta de gerenciamento de informações, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm contribuído consideravelmente para a melhoria da qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde de um modo geral, por permitir que os profissionais de saúde: colem informações necessárias para o planejamento e execução das ações de saúde; integrem dados com diferentes equipes; agilizem a comunicação com outros profissionais e com os gerentes da rede assistencial; além de auxiliar os gestores das políticas de saúde no processo de tomada de decisão e obtenção de recursos financeiros (MARIN, 2010). Foi reconhecendo a importância dos Sistemas de Informação em Saúde, que o Ministério da Saúde criou em 1991, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com objetivo de prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática. (DATASUS, 2018)

Logo nos primeiros anos de operação, em 1993, o DATASUS desenvolveu o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), para acompanhamento das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de saúde, em atividade desde 1991. Com o tempo, outros profissionais foram sendo integrados às equipes de Atenção Básica, dando origem, em 1994, as equipes de Saúde da Família (FRANCO, 2012). Em 1998 foi implantado um novo sistema de informação em substituição ao SIPACS, o SIAB, Sistema de Informação para Atenção Básica, dessa vez voltado para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família – PSF. Durante mais de uma década, as informações referentes à Atenção Básica, foram processadas por meio do SIAB, com dados referentes ao cadastro das famílias, condições de moradia, saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde (DATASUS, 2018a).

Porém, em 2011, o Ministério da Saúde vendo a necessidade de um sistema unificado que garantisse o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), deu início

ao processo de reestruturação do SIAB. Após quase dois anos de discussão com a participação de representantes do governo federal, dos estados, do Distrito federal e dos municípios, ambos atuando por meio da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), o Ministério da Saúde edita a portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 criando a estratégia e-SUS, formada pelo SISAB (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica) em substituição ao SIAB, e dois *softwares* de coleta de informação: Coleta de Dados Simplificada e Prontuário Eletrônico do Cidadão. Com essas ferramentas tecnológicas, o Ministério da Saúde espera fornecera sociedade, uma visão mais fidedigna das ações e serviços prestados a cada cidadão residente em área geográfica de responsabilidade das equipes de saúde.

Em sua proposta inicial, a estratégia e-SUS deveria ser implantado, em todos os municípios brasileiros, no prazo máximo de julho de 2014, sob pena de ocorrer a suspensão dos recursos financeiros destinado à Atenção Básica (BRASIL, 2013). A proposta previa ainda que o bloqueio dos recursos deveria perdurar até que o envio dos dados em atraso fosse registrado pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Porém o que ocorreu na realidade foram sucessivos estabelecimentos de novos prazos, sem a referida suspensão de recursos, de modo que, apesar do último prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde datar de janeiro de 2016, até os dias atuais a maioria dos municípios brasileiros não conseguiram sequer, informatizar suas Unidades Básicas de Saúde.

Em dezembro de 2016, o Ministério da Saúde realizou uma consulta pública com os municípios que ainda não tinham o sistema implantado, sobre quais os motivos que levaram a não implantação do SISAB, garantindo que mesmo que os municípios não tivessem implantado o sistema, seus recursos seriam reservados, desde que respondessem a consulta. Das justificativas apresentadas temos: 84,9% alegaram insuficiência de equipamentos nas unidades; 73,9% apresentaram problemas com oferta de internet; 75% demonstraram que seus profissionais apresentam baixa qualificação para operar o *software* e por fim, 67,9% reclamaram da falta de apoio de Tecnologia da Informática (BRASIL, 2018d).

Para tentar amenizar esse cenário, o Ministério da Saúde lançou em outubro de 2017, o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS), através da Portaria GM nº 2.920, cujo o objetivo era auxiliar os municípios brasileiros na aquisição de equipamentos e contratação de serviços de Tecnologia da Informação, possibilitando que o Prontuário Eletrônico fosse implementado em todas as unidades básicas de saúde do país (BRASIL, 2019). Porém, em decorrência de falhas na elaboração do edital de credenciamento do programa, o Tribunal de Contas da União acabou recomendando a suspensão da assinatura dos contratos,

até que a situação fosse regularizada, provocando atrasos, que impediram que a implementação do PIUBS fosse efetivamente realizada (TCU, 2018).

Para a realização desta pesquisa escolhemos o município de Apodi, no estado do Rio Grande do Norte, em primeiro lugar por conhecer de perto a realidade da rede assistencial do município, inclusive as regiões, tanto urbanas como rurais, onde estão localizadas as Unidades Básicas de Saúde, condição que adquiri durante o período que integrei a equipe de atenção básica do município.

Em segundo lugar, o município de Apodi apresenta uma característica muito peculiar, que sem sombra de dúvidas representa um obstáculo a mais na implementação do e-SUS, que é o fato de possuir quase que metade de sua população residindo na zona rural. Segundo dados do último censo do IBGE (2010), Apodi possui uma população de 34.777 habitantes, sendo 17.545 residentes na zona urbana e 17.232 moradores da zona rural, espalhados por uma considerável área de 1.602,477 Km², o que faz do município o segundo maior em tamanho territorial do estado do Rio Grande do Norte. Assim quando levamos em consideração que a proposta da atenção básica é aproximar os serviços de saúde aos ambientes onde as pessoas vivem e trabalham, percebemos as inúmeras dificuldades enfrentadas por gestores e equipes de saúde, em inserir no meio rural, uma estrutura capaz de garantir que as políticas públicas de saúde cheguem a toda essa população.

Além dessas questões, o município de Apodi-RN enquadra-se em uma categoria de municípios que de acordo com Thum et al. (2019), não apresenta bons índices de implementação do e-SUS AB. Em estudo realizado pelos autores, em que foram analisados a relação entre as características sociodemográficas dos municípios brasileiros e a implementação da estratégia e-SUS AB, os autores demonstraram que quanto maior era a população do município analisado, menor era o percentual de unidades de saúde com o sistema implementado, revelando que em novembro de 2014, 34,5% dos municípios com população de até 10 mil habitantes, tinham mais de 60% de suas unidades de saúde com o sistema implantado, enquanto que nas cidades com população entre 10-50 mil, esse percentual caiu para 31,4% e nos municípios com mais de 100 mil, o índice chegou a 20,9%.

Assim, como forma de compreendermos melhor as políticas públicas e termos condições de avaliar o processo de implementação do e-SUS AB no município de Apodi-RN, organizamos no tópico a seguir, um levantamento bibliográfico sobre os temas centrais na temática em estudo, dividindo-o em quatro capítulos: 1. Políticas Públicas: uma construção conceitual, onde apresentamos os principais conceitos sobre políticas públicas; 2. Análise de Políticas Públicas, na qual elencamos os diferentes aspectos que envolvem a análise política; 3. Políticas Públicas

de Saúde no Brasil, em que levantamos informações sobre a organização, gestão e implementação das políticas de saúde; e 4. Estratégia e-SUS Atenção Básica, onde descrevemos o programa objeto da presente pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA CONSTRUÇÃO CONCEITUAL

A palavra política é derivada do latim *politice*, procedente do grego *politiké*, forma feminina de *politikos*, que na acepção jurídica e no sentido filosófico designa a ciência do bem governar um povo, constituído sobre a forma de Estado (VELLOSO, 2004). Aristóteles foi um dos pioneiros a escrever sobre teorias políticas, quando foi preceptor de Alexandre “O grande”. Para Aristóteles, política é a ciência mais suprema, a qual as outras ciências estão subordinadas, e tem o objetivo de investigar qual a melhor forma do governo e das instituições garantirem a felicidade coletiva. O Estado, para Aristóteles, constitui a expressão mais feliz da comunidade, de modo que toda cidade é uma forma de associação e toda associação se estabelece tendo como finalidade algum bem. (CABRAL, 2017)

Para Pereira (2011), a política compõe-se, ao mesmo tempo, de atividades formais (regras estabelecidas) e informais (negociações e diálogos) adotadas num contexto de relações de poder e destinadas a resolver, sem violência, conflitos em torno de questões que envolvem bens e assuntos públicos. O autor soma-se a Aristóteles, quando considera a política como um estudo das atividades e dos arranjos adotados pelos homens para coexistirem em sociedade. Nesse diapasão, Schmitter (1979) defende que a função da política é a de resolver conflitos entre os indivíduos e grupos, de modo a evitar que este conflito venha a destruir algum dos envolvidos.

Arendt (1990) complementa que a política é então uma criação humana, uma ferramenta do homem que se desenvolveu junto com o homem, tratando da convivência entre diferentes. Assim os homens organizam-se politicamente para certas coisas em comum e o ponto chave da política está no nível de organização social. Boff (2002) defende que existem dois tipos de política, uma escrita com “P” maiúsculo e outra com “p” minúsculo, onde a Política compreende tudo que diz respeito ao bem comum da sociedade, que tem consequências na vida social das pessoas, já a política consistiria na luta pelo poder do estado, onde a sociedade por meio dos partidos políticos busca conquistar os governos municipais, estaduais e federal. Desse modo, o termo assumiria tanto um viés social como um viés partidário.

Reis (1988) também faz distinção entre o termo escrito com “p” maiúsculo e minúsculo, defendendo que a Política seria as disputas de interesses sociais, independente das formas de competição adotadas, por outro lado, política seria as soluções técnico-rationais específicas do referido jogo de interesses. Para a autora o termo política assumiria um papel sinônimo ao termo políticas públicas. Para Rua (2013) o fato da política consistir na expressão das relações de poder que se destinam a resolução de conflitos, não permite concluir que “política” é a mesma coisa que “política pública”, apesar da língua portuguesa, por vezes utilizar a mesma palavra para se referir a duas coisas distintas, quando se recorre à língua inglesa fica bem mais fácil perceber a diferença.

Nesse sentido, Frey (1999) demonstra que a ciência política tem adotado o emprego de três conceitos em inglês para se referir à política: *policy*, refere-se a configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas; *politics*, tem-se o processo político conflituoso no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição; e *polity*, refere-se ao sistema político, delineada pelo sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo. Para Vowe (2008) a *Polity* se configura por meio do sistema governativo, da lei constitucional e dos regimes políticos; a *Policy* concentra-se nos fatores que influenciam a atividade política, como questões econômicas e educacionais; por fim a *Politics* foca nos processos pelos quais a política decorre, a partir das relações de grupos e pessoas enquanto agentes políticos.

Nesse sentido, Rua (2009) defende que embora as políticas públicas sejam implicadas por decisões políticas, não podemos considerar que toda decisão política torne-se necessariamente uma política pública. Secchi (2010) argumenta que o que determina se uma política é pública ou não, é a sua intenção em dar resposta a um problema “público” e não um problema político, independentemente de o tomador de decisão ter personalidade jurídica estatal ou não estatal. Porém Fernandes (2007) chama atenção que as políticas públicas manifestam-se tanto em uma dimensão política como técnico-administrativa, argumentando que por vezes costuma-se pensar as políticas públicas somente levando-se em consideração os aspectos considerados técnicos, sem perceber o viés político dos processos de tomada de decisão. Dada suas variadas dimensões, a expressão “política pública” acaba adquirindo múltiplos conceitos, dentre eles os elencados no quadro a seguir:

Quadro 1- Diferentes conceitos de Políticas Públicas

Autor	Conceito
-------	----------

A. Villanueva (1992)	Um propósito a ser realizado; uma norma que rege determinada problemática; um campo de atividade governamental (política de saúde, educação, comercial); um comportamento governamental ou uma situação social desejada.
Azevedo (2003)	Tudo que um governo faz e deixa de fazer, incluindo as consequências de suas ações e omissões.
Cunha e Cunha (2002)	Ações públicas reguladas e providas pelo Estado, que englobam preferências, escolhas e decisões dos cidadãos.
Teixeira (2002)	Diretrizes e princípios norteadores do Poder Público, cujas as ações são mediadas por atores do Poder Público e da sociedade.
Marin Filho (2005)	Expressão da postura do poder público em face aos problemas e aos diferentes atores que compõem o cenário, com intenção de dar respostas afeiçoadas a sociedade.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos autores supracitados.

Apesar da diversidade de conceitos em Políticas Públicas, para Souza (2006) a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, que as decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. A autora complementa que não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública, resumindo política pública a um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações.

Assim podemos perceber que as políticas públicas compõem um vasto e diferenciado universo, não sendo todas do mesmo gênero, e podem ser classificadas de acordo com variados critérios. Uma das formas de classificação leva em conta as características do objeto da política. Dentre as principais tipologias dessa classificação, temos a desenvolvida por Theodore Lowi (1964, 1972) cujas as definições são descritas no quadro 2, abaixo:

Quadro 2- Tipologia das políticas públicas segundo Lowi

Tipologias	Definição
Distributivas	São aquelas que alocam bens ou serviços a determinados grupos da sociedade, cujo os recursos são provenientes da contribuição de toda coletividade, podem assumir caráter assistencialista, clientelista ou relacionar-se com a garantia e exercício de direitos (RUA e ROMANINI, 2013).
Regulatórias	Estabelecem padrões de comportamento, produto ou serviço tanto para atores públicos como privados, a exemplo do código de trânsito, regras de segurança alimentar e a proibição de fumar em locais públicos, desenvolvendo-se em uma dinâmica mais pluralista, ou melhor, coletiva (SECHI, 2013).
Redistributivas	São as que atingem o maior número de pessoas, caracteriza-se por gerar perdas concretas a curto prazo a determinados grupos, em detrimento de

	benefícios incertos e futuros para outros grupos, são tidas como de difícil condução e em sua maioria representam as políticas sociais universais (SOUZA, 2006).
Construtivas ou Estruturadoras	São as que consolidam as regras do jogo político, ou seja, as que estabelecem preceito para a formulação de outras políticas públicas, como por exemplo: as regras constitucionais e os regimentos das casas legislativas (RUA e ROMANINI, 2013).

Fonte: Elaborada pelo autor, a partir do autores supracitados.

Outra forma bastante usual de classificar as políticas públicas é considerando o setor de atividade que operam. Gelinski e Seibel (2008) defendem que as políticas podem assumir determinada natureza como: social (saúde, assistência, habitação, educação), macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial, industrial) ou outras (científica, tecnológica, agrícola, agrária). Teixeira (2002) elenca outras duas classificações, a primeira considera o grau de intervenção da política, dividindo-as em: política estrutural, atuam interferindo nas relações estruturais como renda, emprego e propriedade; e política conjuntural, atuam de modo emergencial em situação temporária; e a segunda considera a abrangência dos possíveis beneficiados, classificando-as em: políticas universais, envolve todos os cidadãos; políticas segmentais, voltadas para segmentos da sociedade; e políticas fragmentadas, voltadas para grupos sociais dentro de cada segmento.

Secchi (2013) aponta que várias outras formas de classificação de políticas públicas podem ser consideradas, uma vez que durante o processo de análise das políticas, o analista pode tanto utilizar as tipologias já existente na literatura como construir sua própria tipologia. O autor lembra ainda que as políticas públicas geralmente costumam agregar características de dois ou mais tipos de política, dependendo do objeto de estudo. Souza (2006) argumenta que os vários conceitos que envolvem o estudo das políticas públicas acabam por dificultar a determinação de qual categoria pertence uma dada política, que as tipologias, apesar de sua operacionalidade, não possuem uma aplicação muito evidente. Para Agum et al. (2015) esta forma de classificar as políticas a partir do conteúdo a ser analisado, seja utilizando o processo, atores, estilos ou instituições, apresenta-se bem útil para o processo de análise das políticas.

2.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A expressão *policy analysis* (análise de políticas públicas) foi introduzida na literatura ainda nos anos de 1930, pelo autor Laswell (1936), como forma de associar o conhecimento científico com as ações empíricas dos governos, além de tentar instituir diálogo entre os

cientistas sociais, grupos de interesse e governos (SOUZA, 2006). A partir dos anos de 1960, sobretudo nos Estados Unidos, começaram a ser empreendidos os primeiros esforços no sentido de desenvolver técnicas e métodos para análise de políticas públicas, fundamentada na crença de que qualquer problema pode ser resolvido desde que uma minuciosa análise de suas causas seja realizada, esses estudos passaram a basear-se em conhecimentos oriundos da engenharia, pesquisa em operações, matemática aplicada e economia. (CAPELLA, 2015)

Ham e Hill (1993) apontam que nessa época as preocupações em analisar políticas deviam-se as dificuldades que os formuladores passavam diante da complexidade cada vez maior dos problemas, além de tentar fornecer aos cientistas sociais instrumentos para a construção e posterior aplicação de conhecimento na resolução de problemas concretos do setor público. Há de se considerar, segundo Araújo e Rodrigues (2017), que o fato das políticas públicas envolverem processos complexos e multidimensionais, acaba exigindo, para sua compreensão, uma análise minuciosa e logicamente coerente, que somente a partir do exame dos modos e das regras gerais que embasam esta ação pública, seria possível pensar e explicar de maneira clara as políticas públicas.

Refletindo sobre a realidade brasileira, Souza (2009) argumenta que os principais trabalhos em análise de políticas públicas datam do final da década de 1970 e começo dos anos de 1980, e apresentaram instituições, temas, trajetórias e caminhos bem diversificados. Apesar desses estudos, Melo (2009) argumenta que o desenvolvimento de análise de políticas públicas no país ainda é incipiente, decorrente sobretudo da fragmentação organizacional e temática, embora tenham experimentado um período de expansão nas últimas duas décadas. Souza (2007) lembra que apesar do surgimento e consolidação das teorias e métodos em análise de políticas no Brasil terem sido desenvolvidas dentro dos estudos em ciências políticas, o tema não pode ser restrito somente a essa área, pelo contrário, deve-se buscar inserir outras áreas de conhecimento.

Faria (2013) argumenta que a interdisciplinaridade na análise de políticas públicas decorre de sua própria origem, lembra que a subárea surge buscando a aplicação do conhecimento científico no sentido de elucidar as questões que afetam a governança e o governo, tornando problemática e questionável a ideia da política pública ser exclusividade da ciência política. Seguindo esse raciocínio, Araújo e Rodrigues (2017) citam outras áreas para além da ciência política que contribuem para análise, como: a economia, psicologia, sociologia, história e estudos organizacionais. Para as autoras essa característica pluridisciplinar abre espaço para que a análise de políticas públicas desenvolva teorias, modelos, mapas, metáforas e conceitos próprios.

Segundo Barreto (2004), esse vasto referencial teórico favorece a observação de variadas determinantes, permitindo a identificação de diferentes elementos que estruturam a política em todas as fases que a compõe. O autor aponta ainda que essas determinantes podem ser tanto de ordem política, como ideológica, social, econômica, ou ainda alicerçada em interesses pessoais ou em evidências. Corroborando com esse pensamento Bardach (1998) inicia seus estudos considerando a análise de políticas como um conjunto de conhecimentos derivados de várias disciplinas das ciências humanas, aplicados no sentido de resolver ou analisar problemas concretos em políticas públicas. Para Dye (1976), analisar uma política pública consiste em descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isso faz. De acordo com Frey (2000), a análise de políticas públicas, derivado da expressão “*Policy analysis*” consiste em estudos empíricos sobre programas e projetos de governos.

2.2.1 Análise Descritiva e Análise Prescritiva

Giovanella *et al.* (2012) argumentam que o objetivo da análise de políticas é questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e consequências, implicando na descrição de regras institucionais, sua influência sobre o processo decisório, identificação dos membros que compõem o debate político e avaliação dos efeitos desses debates no processo decisório. A autora ressalta que a análise de políticas públicas não deve ser orientada somente para resolução de problemas concretos e imediatos, mas principalmente olhar os mecanismos de construção da ação pública. Porém, Costa e Dagnino (2015) apontam que uma definição correntemente aceita sugere que a análise de políticas tenha como objetivo demonstrar os problemas com que defrontam os fazedores da política (*policy makers*), auxiliando-os a equacioná-los através da criatividade, imaginação e habilidade.

Essas duas correntes de pensamento integram, respectivamente, o que Ham e Hill (1993) classificou de análise descritiva e análise prescritiva. Segundo estes autores a análise descritiva de políticas públicas tem o objetivo de estudar o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação) e suas características. Já na abordagem prescritiva a análise é voltada para apoiar os fazedores da política, desenvolvendo conhecimentos que envolvam diretamente a tomada de decisão. Schmidt (2008) argumenta que a perspectiva descritiva concentra a produção de conhecimento com um viés comumente denominado de “teórico”, já a orientação prescritiva procura identificar obstáculos, indicando aos agentes de políticas públicas, alternativas exitosas utilizadas em outros ambientes e soluções possíveis de serem implementadas.

2.2.2 Análise segundo as relações políticas

Além dessas abordagens, para Dagnino (2002) uma análise de política só será adequada se explorar os três níveis em que as relações políticas se dão, ou seja, nos níveis: institucional, do processo decisório e das relações entre Estado e sociedade, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 - Análise do níveis de relação política

Níveis de relação política	Foco da análise
Institucional	Centrada no processo de decisão ocorrido no interior das organizações e nas relações entre elas, denominado pelo autor como nível superficial.
Processo de decisão	Focada no interesse dos grupos políticos presentes no interior dessas organizações, que poderiam ser influenciadas por outros grupos externos, sejam eles instituições públicas ou entidades privadas.
Relações entre Estado e sociedade	Concentra-se nas estruturas de poder e nas regras que o definem, é determinado pelas funções do Estado e pela normatização das relações entre grupos sociais, sendo considerado pelo autor como um nível essencial ou estrutural.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Dagnino (2002).

Segundo Lopes et al. (2008), os grupos que integram o sistema político são formados pelos chamados atores políticos, que atuam apresentando reivindicações ou executando ações que influenciam nas políticas públicas. Os autores argumentam que na criação e execução das políticas dois tipos de atores podem ser identificados: os atores estatais ou públicos, formados pelos membros do governo ou do Estado, e os atores privados, oriundos da sociedade civil. Rua (1998) apresenta ainda dois subgrupos de atores públicos: que seriam os atores políticos, cuja posição resulta de mandatos eletivos, e os atores burocratas que ocupam cargos que requerem conhecimento especializado e situam-se em um sistema de carreira pública. Para a autora a articulação desses vários atores políticos define a capacidade de influência que cada um deles terá na tomada de decisão acerca da alocação de bens e recursos públicos.

Porém a distribuição do poder político não acontece de forma uniforme entre os atores, Rua e Romanini (2013) aponta para três correntes teóricas que exploram as formas de como dar-se essa distribuição: o elitismo, o pluralismo e o marxismo. Cunha (2008) chama atenção para importância da corrente a ser adotada pelo analista no processo de compreensão das relações entre Estado e sociedade, visto que cada teoria tem a capacidade de determinar os

resultados da análise. Costa e Dagnino (2015) demonstram que a escolha da visão adotada para a análise não é neutra, que mesmo quando se trata apenas de descrever a política, a postura ideológica dificilmente pode ser colocada de lado, porém a escolha deve ter em vista as características da política que se quer analisar, independente da visão particular do analista. Os autores apresentam ainda uma quarta visão: o corporativismo.

A abordagem elitista, segundo Cavalcanti (2007) segue o entendimento que o poder político concentra-se nas mãos de uma minoria, chamada de elite dominante, que o utiliza para controlar a maioria. Para Costa e Dagnino (2015) o poder dessa minoria decorre de sua boa organização e de suas habilidades para alcançar seus interesses. Com relação à ação das elites nas políticas públicas, Rua e Romanini (2013) demonstram que as ações partem no sentido de tornar as políticas públicas produto de suas preferências e valores, manifestando-se de maneira mais intensa na definição da agenda e na tomada de decisão propriamente dita. Cunha (2008) lembra que a visão elitista também é conhecida como neo-pluralista, sendo considerada por alguns autores como uma derivação da visão pluralista.

Já a teoria pluralista, de acordo com Rua e Romanini (2013) parte da premissa de que no início do processo político, todos os atores apresentam a mesma possibilidade de obter a decisão que lhes é mais favorável, nessa teoria o Estado é tido como neutro, e a tomada de decisão será o resultado da disputa política entre atores que se agregam em variados grupos utilizando-se de diversos recursos de poder. Para os pluralistas o motivo pelo qual nenhum grupo encontrar-se totalmente destituído de poder decorre do fato de que as fontes de poder, como o dinheiro, a informação e a experiência, são distribuídas de modo não cumulativo, e nenhuma dessas fontes pode tornar-se essencialmente dominantes. (WOHLKE, 2016) Para Romano (2009) em último caso, o Estado assumiria uma função de mediador de conflitos, agregando preferências, integrando grupos e incorporando consensos em torno do provimento dos bens públicos.

A teoria Marxista, advém da visão de Estado que Karl Max tinha quando em 1848, no Manifesto do Partido Comunista, descreveu que: “o poder executivo do Estado nada mais é do que um comitê para gerenciar os negócios comuns de toda a burguesia” (MARX, 2005, p.42). Essa visão, segundo Costa e Dagnino (2015), aponta para a influência dos interesses econômicos na ação política, onde o Estado acaba funcionando como meio de manutenção da dominação de uma classe social particular sobre as outras. Para Wohlke (2016) isso se daria por meio do uso de mecanismos coercitivos e ideológicos controlados pelo Estado, no sentido de assegurar a essa classe, a detenção dos meios de produção capitalista e consequentemente o acúmulo de riquezas. Assim Rua e Romanini (2013) concluem que segundo o marxismo, os

resultados das políticas públicas estariam condicionados a não ameaçar o projeto hegemônico da classe economicamente dominante.

Com relação à visão corporativista, Schmitter (1974) argumenta que nessa teoria a representação dos interesses fazem-se a partir de unidades organizadas em um número limitado de categorias singulares, não competitivas e hierarquicamente ordenadas, reconhecidas ou licenciadas pelo Estado, que detêm o monopólio de representação perante categorias específicas. Dagnino (2002) defende que no corporativismo temos sempre a atuação de grupos de pressão, que podem ser organizações de trabalhadores ou de patrões, que passam a atuar no sentido de buscar integrar-se ao Estado. Segundo o autor, o corporativismo parte da premissa de que as instituições ocupacionais têm maior capacidade de representação dos indivíduos, do que os partidos políticos ou outras instituições eleitorais. Nessa visão, segundo Cunha (2008), o Estado assumiria a função de administrador dos conflitos entre esses grupos de pressão.

2.2.3 Análise Sequencial

O método sequencial ou processual, de acordo com Muller e Surel (2002), foi aplicado durante muito tempo na maioria dos estudos em políticas públicas, o método consiste em dividir a política pública em uma série de sequência de ações, que permitem acompanhar o desenvolvimento da política a partir de um certo número de etapas. Para os autores cada etapa corresponde ao mesmo tempo à descrição da realidade ou a proposição de um tipo ideal de ação pública. Corroborando com tema, Meny e Thoenig (1989) demonstram que apesar das políticas públicas integrarem um quadro geral, não podem ser vistas como um ato isolado, mas como uma somatória de atos que se articulam em torno de objetivos específicos. Theodoulou (2005) chama atenção para dinamicidade que envolve as políticas públicas, argumentando que uma vez iniciado, o processo provocará uma sucessão de fases até a sua conclusão.

Pergher e Farenzena (2014) salientam que as denominações das etapas assim como a quantidade destas, podem variar de acordo com a interpretação de cada autor. Desse modo para Saravia (2006), o processo de política pública é composto pelas seguintes fases: a definição da agenda, a elaboração da política, a formulação, a implementação, a execução, o acompanhamento e a avaliação. Para Viana (1998) além das etapas de construção da agenda, implementação e avaliação, podem ser elencadas ainda as fases: de especificação de alternativas, que guarda alguma semelhança com a fase de formulação; a escolha de uma alternativa, também chamada de fase da adoção; e por fim, a fase do reajuste, que representaria a última etapa após a avaliação da política. Segundo Souza (2006), além da definição da agenda

e identificação de alternativas, pode-se acrescentar ainda as fases: de avaliação das opções, de seleção das opções, implementação e avaliação.

Porém, Sechi (2010) sustenta que a formulação da agenda não seria o primeiro momento, mas a identificação do problema. Para o autor somente após o problema ser identificado é que viriam as fases de: formação da agenda; formulação de alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação e extinção. Rodrigues (2010) argumenta que o primeiro estágio das políticas públicas seria o que chamou de: preparação da decisão política, que somente após a decisão ser tomada é que entraria na *agenda setting*, e posteriormente ocorreriam as demais etapas. De acordo com Rua (2013) essa variedade de divisões do processo político difere de forma gradual, uma vez que todas as propostas possuem fases em comum. Apesar das nomenclaturas mais recentes, Vanmeter e Vanhorn (1975) apontam que para a literatura clássica, a formação da agenda, a formulação, a implementação, o monitoramento e avaliação continuam sendo as grandes fases das políticas públicas.

2.2.3.1 Definição da Agenda (*Agenda Setting*)

Segundo Viana (1998), quando o assunto é definição de agenda, quatro autores merecem destaque, são eles: John Kingdon, Richard Hofferbert, Roger Cobb e Charles Elder. De acordo com o autor, Kingdon (1995) definiu a agenda como uma lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos. Em seus estudos, Kingdon buscou compreender porque somente alguns problemas entram na agenda, enquanto outros são excluídos, e por que algumas alternativas são adotadas e outras descartadas. Nesse sentido Sechi (2006) argumenta que a agenda aborda temas considerados relevantes, que podem tornar-se desde um programa de governo até um planejamento orçamentário. Rua e Romanini (2013) defendem que a agenda traz consigo as prioridades estabelecidas pelo governo, às quais devem dedicar suas energias e atenções no sentido de realizá-las. Para as autoras essas prioridades acabam sendo modificadas com o passar do tempo, a depender da dinâmica da política (*politics*).

Cobb e Elder, citados por Capella et al. (2016), explicam que os temas que comporão a agenda resultam de um processo social competitivo, onde diversos atores políticos buscam chamar a atenção dos tomadores de decisão para determinados problemas. Para eles, a agenda acaba assumindo dois níveis: o sistêmico, que contempla questões que despertam a atenção da opinião pública; e o institucional, composto por temas considerados importantes pelos membros integrantes do governo. Rua e Romanini (2013) acrescenta que além das agendas sistêmica e governamental, pode-se incluir ainda a agenda de decisão, que segundo o autor é formada pelos

problemas que os sistemas políticos (poderes executivo, legislativo e judiciário) encaminham aos tomadores de decisão no curto e médio prazo. Frey (2000) aponta que nessa fase, dependendo a atuação desses atores políticos, o tema pode ser efetivamente incluído na agenda, excluído ou adiado para data posterior.

Subirats (1989) demonstra que os problemas entram na agenda à medida que ganham notoriedade e relevância, mas algumas condicionantes podem fazê-los desinflar e sair da agenda. Dentre as condicionantes elencadas pelo autor temos: a limitação de recursos humanos, financeiros, materiais, falta de tempo, falta de engajamento político e pressão popular. De acordo com o autor, essas condicionantes acabam por influenciar para que alguns problemas não permaneçam por muito tempo na agenda ou nunca consigam entrar. Camargo (2014) salienta que o volume de recursos e a geração de incentivo por parte dos atores políticos atuam além da inclusão de problemas na agenda e definição políticas, mas influenciam também na abrangência dessas políticas, que podem ser focalizadas ou universalizadas dependendo se são definidas como prioridade e quem são seus formuladores.

De acordo com Wu et. al. (2014), os atores políticos podem operar tanto em níveis subnacionais, como nacionais e internacionais, citando dentre os atores-chave: os agentes eleitos (legisladores e membros do poder executivo), agentes nomeados (burocratas e membros do judiciário), atores sociais (ativistas, litigantes ou eleitores) e atores coletivos organizados como: grupos de interesses, organizações religiosas, empresas, sindicatos, associações, universidades, institutos de pesquisa demais tipos de instituições. Além desses, Rua e Romanini (2013) apresentam os chamados novos atores, que apesar de já existirem no sistema político, não encontravam-se organizados, que somente a partir do surgimento de demandas consideradas novas, é que passaram a organizar-se para atuar no sistema político. Fuks (2000) argumenta que os grupos podem manter-se latentes e terem seus interesses mantidos fora da agenda, segundo o autor, isso se deve à ausência e fragilidade de atores comprometidos.

Porém, para Richard Hofferbert, citado por Viana (1998), a definição das prioridades não depende somente da disputa política, mas de três outros aspectos: as normas que regem a permanência ou mudança na ação pública, os princípios que regem a ação pública, e as condições que determinam a adoção dessas ações. Hofferbert demonstra que a escolha de determinadas políticas explica-se mais pelas preferências e predileções dos formuladores da política do que pelo processo político, argumentando que enquanto algumas políticas são influenciadas pelo meio, considerando as condições socioeconômicas e demais externalidades, outras são influenciadas pelas rotinas e padrões de atuação das instituições. O contexto cultural, segundo Fuks (2000) constitui também outro importante aspecto, uma vez que alguns temas

ascendem a agenda devido sua relação com temas culturais, valores e tradições legitimados pela sociedade.

2.2.3.2 Formulação

A partir do momento que o problema é introduzido na agenda governamental, Sechi (2010) argumenta que o passo seguinte é a formulação de alternativas, nessa fase são realizados todos os esforços no sentido de construir e combinar soluções para a resolução dos problemas priorizados. Para o autor a formulação de soluções deve passar pelo estabelecimento de objetivos e estratégias, assim como buscar analisar as consequências de cada solução a ser apresentada. Saraiva e Ferrarezi (2006) apontam que na fase de formulação devem ocorrer a seleção e especificação das alternativas mais convenientes, explicitando não só os objetivos, mas sobretudo os marcos jurídico, administrativo e financeiro da opção adotada. Sidney (2007) considera a formulação como uma das fases mais críticas e importantes do processo de políticas públicas, pois a alternativa considerada pelos tomados de decisão irá influenciar diretamente na política final escolhida.

Theodoulou (1995) apresenta que na fase de formulação apesar do objetivo das ações serem a resolução dos problemas elencados na agenda, nem sempre se pode afirmar que essas ações resultarão em políticas públicas, uma vez que nem sempre o governo vai agir para resolver todos os problemas incluídos na agenda. Nesse sentido, Brancaleon et al. (2015) demonstram que algumas alternativas são propostas no sentido de atuarem marginalmente ao problema central, essas alternativas atuam realizando ajustes nas políticas existentes, propondo-se a implementar apenas algumas alterações, são as chamadas alternativas incrementais. Porém outras alternativas, denominada pelos autores de alternativas fundamentais, surgem no sentido de provocar significativas mudanças na realidade do problema, provocando alterações consideráveis nas políticas existentes e aumentando os riscos de impactos negativos, caso não ocorram de forma correta.

Para Viana (1998), a formulação das políticas pode ser subdividida em três subfases: a primeira seria o formulador transformar um grande número de dados em informações relevantes para a política; a segunda seria combinar valores, ideais, princípios com as informações relevantes no intuito de produzir o conhecimento sobre a ação a ser tomada; e por fim, a terceira seria a junção do conhecimento empírico e normativo e posterior transformação desse conhecimento em ações públicas. Lopes et. al. (2008) argumentam que outro importante momento na formulação é a análise das preferências dos atores, onde o responsável pela

formulação das propostas deve buscar ouvir os atores envolvidos no contexto. O autor explica que a medida que o formulador interage com os atores, uma série de opiniões vão surgindo, representando uma importante fonte de ideias para escolha da proposta mais adequada para cada segmento social, contribuindo para a legitimidade da mesma.

Lindblom (1981) sugere que a formulação deve tornar-se um processo de planejamento conduzido por meio de uma tramitação democrática, com realização de reuniões sistemáticas onde seja assegurado aos presentes, sejam movimentos sociais, grupos de representação, entidades interessadas e o Estado, a possibilidade de se manifestarem. Santos (2009) chama atenção para visão limitada de considerar somente a burocracia estatal como protagonista do processo de formulação, defendendo que as questões técnicas não podem ser utilizadas como argumento para restringir a participação da sociedade civil. Frey (2000) aponta como característico dessa fase a presença de processos de conflito e acordo envolvendo os atores mais influentes na política e na administração. Para ele, a definição das alternativas é, na maioria das vezes, negociada antecipadamente entre a instância de decisão e esses atores, e que raramente ocorre uma “decisão verdadeira” na escolha das alternativas.

2.2.3.3 Implementação

Para Wu et. al. (2014) a implementação é considerada como uma das etapas mais difíceis e críticas do processo de políticas públicas, é nesse momento em que as decisões traduzem-se em ações. O autor caracteriza a implementação como um processo dinâmico e não linear, onde há a mobilização direta de recursos no sentido de realizar os objetivos definidos para a política pública. Corroborando com o tema, Sechi (2010) afirma que é nesse arco temporal que são produzidos os resultados concretos da política, onde as rotinas, regras e processos sociais são convertidos de intenções em ações. Para isso Saraiva e Ferrarezi (2006) defendem que deve ser organizado todo o aparelho administrativo, assim como os recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para executar a política. Para eles a implementação trata-se de uma preparação para pôr em prática todos os planos, programas e projetos referentes à política pública.

Duarte (2015) argumenta que nessa etapa há a concretização das decisões tomadas pelos atores políticos, e que a implementação pode se dar de duas formas: do tipo *top-down*, quando a decisão parte dos dirigentes governamentais que possuem poder de controlar, dirigir e delegar responsabilidade aos atores que atuam dentro das instituições; e o tipo *bottom-up*, quando a decisão é construída a partir de consensos e negociações entre os dirigentes e o

público-alvo da política. A autora ressalta que em ambas as formas, o governo deve ter capacidade de articular com os atores para que a decisão seja posta em prática. Para Lopes et. al. (2015), o modelo de cima para baixo (*top-down*) representa um modelo centralizador, onde a decisão é tomada reduzido número de funcionários, repassada aos demais envolvidos sem possibilidade de questionamentos. Já o modelo de baixo para cima (*botton-up*) apresenta-se descentralizado, onde o beneficiário é convidado a participar do processo.

Para Silva e Melo (2000) o modelo *top-down* não leva em consideração os efeitos retroalimentadores da implementação sobre a formulação, assim como não veem essas etapas como integrantes do processo de decisão, mas como uma ação do governo que se dá de cima para baixo como um jogo de uma rodada só. Os autores defendem que a implementação deve ser vista como um processo autônomo, onde importantes decisões são tomadas e não somente executadas, transformando a implementação em uma etapa de aprendizado, onde uma rede articulada de atores constitui uma representação mais consistente dos mecanismos de implementação de políticas. Desse modo Meter e Van Hom (1975) citados por Viana (1998) fazem um alerta sobre a necessidade de entrosamento entre formuladores e implementadores para o êxito das políticas, apontando que as características das agências implementadoras, as condições políticas, econômicas e sociais e a forma de execução de atividades também são necessárias para o êxito.

Argumentando sobre a necessidade dos implementadores gozarem de maior autonomia de decisão, Santos (2017) explica que os problemas da implementação podem ser atribuídos a uma formulação vaga e imprecisa, pois os formuladores são incapazes de prever os entraves cotidianos. Desse modo a implementação também seria um processo de formulação, porém uma formulação a partir do locus e da realidade instrumental necessária para o estabelecimento da política. Minogue (1983) citado por Paese e Aguiar (2012) caracteriza a implementação como um momento crucial, pois caso os resultados desejados não sejam alcançados, por vezes, podem ser considerados como consequência de falhas de gestão ou um gerenciamento pobre. Os autores explicam que os estudos envolvendo a fase tem ganhado grande relevância na literatura, principalmente por fornecer informações capazes de aferir os resultados obtidos por determinada política.

Para Sabatier e Mazmanian (1980) a importância da análise da implementação consiste em identificar quais as variáveis que influenciam no alcance dos objetivos da política, apresentando três categorias de variáveis: a tratabilidade, que diz respeito ao grau de facilidade ou dificuldade de enfrentamento do problema; a capacidades dos instrumentos legais contribuir favoravelmente com a implementação da política; e os efeitos do contexto político no apoio: do

público em geral, dos grupos de interesse e dos poderes públicos, aos objetivos da política. Brancalion et. al. (2015) apontam outros fatores contextuais que implicam na eficácia do processo de implementação, citando: se o ambiente político e econômico externo está mudando lentamente ou mais rapidamente; se o processo político é influenciado por um grande número de atores; e o grau de descentralização do poder público.

2.2.3.4 Avaliação

Carneiro (2013) conceitua avaliação de políticas públicas como um processo por meio do qual pode se conhecer uma política, desde seu projeto à sua implementação, sendo capaz de avaliar desde sua viabilidade até seus resultados e impactos. Lopes e Amaral (2008) defendem que a avaliação das políticas públicas por ser apresentada como última fase do processo de políticas públicas, não significando que seja uma ferramenta para ser utilizada somente quando o tempo de atuação da política acaba, pelo contrário, a avaliação pode ser feita em vários momentos, contribuindo para o sucesso da ação governamental e para maximização dos resultados. Freitas et al. (2013) chamam atenção que a avaliação de políticas públicas é, portanto, uma atividade multidisciplinar com variados objetivos e finalidades, principalmente quando se propõem a avaliar programas em determinadas áreas como educação, saúde e segurança alimentar, pois frequentemente o resultado alcançado não é o único objeto a ser investigado.

O processo de avaliação, de acordo com Cotta (1998) é precedida por algumas etapas preliminares. Inicialmente traça-se um perfil completo da intervenção, examinando objetivos, coletando informações sobre sua implementação e indagando pessoas ou grupo cujos interesses são afetados por seu conteúdo, posteriormente tem-se a identificação do cliente e a finalidade da avaliação. Segundo Cotta, na fase inicial, é imprescindível delimitar o objeto de investigação, elegendo os aspectos da política pública que serão avaliados. Boschetti (2009) argumenta que do ponto de vista mais operacional e tecnicista, pode-se classificar a avaliação de políticas públicas em diferentes tipos, de acordo com seu objetivo (efetividade, eficácia, eficiência), em função do momento em que se realizam (avaliação ex-ante e ex-post, que se desdobram em avaliação de impacto e de processo), da posição de quem realiza a pesquisa (interna e externa) e dos seus destinatários.

Figueiredo e Figueiredo (1986), citados por Arretche (1998), entendem por avaliação de efetividade, o exame da relação entre a implementação de uma determinada política e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança

nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pela política. Por avaliação de eficácia entende a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de uma dada política e seus resultados efetivos. E por avaliação de eficiência entende-se a avaliação da relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados. Apesar da avaliação de eficácia ser a mais utilizada pelos pesquisadores da área, os autores consideram que a avaliação de eficiência é, nos dias de hoje, mais necessária e mais urgente.

Cohen e Franco (2004) apud Cunha (2006) classificam a avaliação em políticas públicas de acordo com o momento de realização, em dois tipos: a avaliação *ex-ante* e *ex-post*. A avaliação *ex-ante* é realizada ao começo de um programa, com o objetivo de dar suporte a decisão de implantar ou não uma determinada política. O elemento central é o diagnóstico, e podem ser utilizadas as técnicas de custo-benefício e análise custo-efetividade. A avaliação *ex-post* é realizada durante a execução de uma política ou ao seu final. Quando realizada durante a execução, tem o objetivo de avaliar a continuidade ou não do programa, quando realizada após sua conclusão, visa analisar a pertinência em continuar a experiência no futuro ou se esse programa deve ser implantado novamente.

A avaliação de processos, segundo Viana (1998) difere da avaliação de impacto pelo objeto e objetivo de estudo. A avaliação de processo tem por objeto a aferição da adequação entre os meios e os fins, considerando o contexto em que a política está sendo implementada, levando em consideração aspectos organizacionais, institucionais, social, econômico e político. Já o objetivo de estudo é permitir a correção do modelo de causalidade e da implementação, visando reorientá-la em função dos objetivos propostos. A avaliação de impacto tem como objetivo medir os resultados dos efeitos de uma política, determinando: se houve modificação; a magnitude dessa modificação; quais segmentos afetou e em que medida; e quais foram as contribuições dos distintos componentes da política na realização de seus objetivos. O autor ainda define três modelos de avaliação de impacto: o experimental clássico, o quase-experimental e o não-experimental.

Costa e Castanhar (2003) defendem que independentemente do tipo de avaliação, faz-se necessário a definição de alguns instrumentos de auxílio na coleta de dados como: os critérios, que podem ser eficiência, eficácia, efetividade, impacto, sustentabilidade e equidade; os indicadores, que dizem respeito às medidas indiretas calculadas a partir da identificação e quantificação de resultados obtidos; e os padrões, que são medidas de referência para julgar desempenho. Segundo os autores, esses instrumentos colaboram para que o processo de avaliação seja capaz de estabelecer: relações causais entre atividades e produtos; produtos e

resultados que permitam atingir as metas; resultados que causem efeitos que respondam ao alcance de um objetivo específico; e efeitos que produzam o impacto pretendido pela política. Assim a metodologia de avaliação deve envolver um conjunto de critérios, o uso de indicadores consistentes e escolha de padrões de desempenho para política.

Muller e Surel (2002) salientam que as políticas públicas não seguem necessariamente a trajetória de etapas descritas pela literatura, que as fases podem, no momento de realização da política, alternarem-se e formarem um processo considerado disforme. Assim muitas vezes a tomada de decisão pode anteceder a definição do problema, deixando escapar o caráter, por vezes, caótico das políticas públicas. Os autores salientam que ao utilizar a abordagem sequencial para analisar uma determinada política, o analista deve tomar o cuidado em contornar a natureza linear que a abordagem atribui à ação pública, considerando a falta de sequência e até inexistência de algumas fases. Para Sechi (2010) apesar do processo de políticas públicas parecer incerto, com fronteiras entre as fases não são nítidas, a abordagem sequencial apresenta-se como modelo didático e heurístico, que fornece informações bastante pertinentes para realização de pesquisas.

2.2.4 Modelos de Análise de Políticas Públicas

Duas realidades, segundo Flexor e Leite (2006) foram determinantes para o surgimento dos modelos de análise de políticas públicas: o contexto de complexas interações sociais a que estão inseridas as políticas públicas e o esforço dos estudiosos da área em elaborar esses referenciais analíticos. Carvalho (2005) explica que o desenvolvimento de novas políticas, o surgimento de novas demandas e o envolvimento de um número cada vez maior de setores sociais e esferas governamentais nas políticas, tornaram-na complicada demais para que a intuição ou experiência pudesse prever falhas e realizar prospecções de possíveis impactos. É nesse momento que emerge a necessidade da elaboração de modelos baseados em um processo cognitivo consciente e logicamente organizado. Para Frey (2000) ao proporcionar uma investigação empírica e explicativa a partir do relacionamento entre ideias e fatos, os modelos passam a constituir um fundamental e indispensável elemento de análise.

Porém Souza (2006) aponta que muitos são os modelos que buscam compreender como e por que as políticas públicas desenvolvem-se, e que há uma divergência na literatura especializada sobre quais seriam esses modelos, sendo alguns deles tratados como vertentes analíticas das ciências políticas, e outros como abordagens das políticas públicas. O autor mostra que cada um dos vários trabalhos que existem, apresentam seus modelos como

referencial teórico. Para Rua e Romanini (2013) a maioria desses autores encontra-se divididos entre os que consideram a formação da agenda, a elaboração de alternativas e a escolha entre elas (decisão) como um todo, propondo modelos que explique todo o processo, e aqueles que preferem estudá-las separadamente, adotando a concepção do ciclo de políticas públicas (*policy cycle*). Ressaltam que ambos trazem contribuições relevantes, e que essa multiplicidade de modelos é considerada um dos muitos pontos polêmicos das políticas públicas.

Carvalho et. al. (2010) explica que apesar da existência de uma variedade de modelos, a grande maioria deles dedicam-se a estudar a formulação e a implementação, buscando explorar de que maneira os resultados esperados da política são alcançados. Araújo e Rodrigues (2017) argumentam que apesar de haver essa concentração, os modelos variam no foco e objeto de análise, podendo assumir uma abordagem mais restrita ou abrangente. Assim em sua maioria, os modelos não se apresentam como proposições exclusivas, mas complementares. Desse modo, a partir dos estudos de Dye (2010) e Winkler (2010), Reader (2014) elaborou um quadro que relaciona os principais modelos de análises e os respectivos estágios da política a que se referem. Na primeira coluna verifica-se o autor que elaborou ou referenciou o modelo, na segunda coluna são identificadas a nomenclatura dada aos modelos e as tipologias, e na terceira coluna tem-se a fase que o modelo busca analisar. Vejamos a seguir:

Quadro 4- Relação entre modelos de análise e estágios das políticas públicas

Autor (A) ou Referência (R)	Modelo ou tipologia	Estágio da política
Worthen et al, 2004 (A)	Abordagens de Avaliação	Avaliação
Baumgartner e Jones, 1993 (A)	Punctuated Equilibrium ("equilíbrio interrompido")	Formação de agenda
Kingdon, 1984 (A)	Fluxos Múltiplos	Formação de agenda
Sabatier, 1988 (A)	Advocacy coalitions ("coalizões de defesa")	Formulação
Souza, 2007 (R)	Arenas Sociais	Formulação
Dye, 2010 (R)	Teoria da Elite	Formulação
Dye, 2010 (R)	Teoria dos Grupos	Formulação
Cohen, March e Olsen, 1972 (A)	Garbage Can ("lata do lixo")	Formulação
Etzioni, 1967 (A)	Mixed Scanning ("sondagem mista")	Formulação
Buchanan e Tullock, 1962 (A)	Opção Pública	Formulação
Dye, 2010 (R)	Teoria de Jogos	Formulação
Bozeman e Pandey, 2004 (A)	Tipologia de Bozeman e Pandey	Formulação

Lindblom, 1959 (A)	Incremental	Formulação e implementação
Tanza Börzel, 2008 (R)	Rede de Políticas Públicas	Formulação e implementação
Dye, 2010 (R)	Institucional	Formulação e implementação
Easton, 1965 (A)	Sistêmico	Formulação e implementação
Gormley, 1986 (A)	Tipologia de Gormley	Formulação e implementação
Gustafsson, 1983 (A)	Tipologia de Gustafsson	Formulação e implementação
Simon, 1955 (A)	Racional	Formulação e avaliação
Wilson, 1983 (A)	Tipologia de Wilson	Formulação, implementação e avaliação
Lowi, 1964 (A)	Tipologia de Lowi	Implementação
Lasswell, 1956 (A)	Ciclo das Políticas	Política pública em vários estágios

Fonte: Reader, 2014.

Raeder (2014) argumenta que essa variedade de modelos pode ser explicada pelos inúmeros propósitos perseguidos pelo analista, relatando que apesar de boa parte dos modelos serem formulados para analisar uma etapa específica da política, podem perfeitamente serem utilizadas na análise de mais de uma etapa. Apesar das particularidades, Araújo e Rodrigues (2017) apontam que todos os modelos apresentam alguma similaridade, uma vez que buscam desvendar o funcionamento do sistema político e compreender como ocorre a ação pública. Dye (2009) citado por Ferreira (2011) relata que algumas abordagens, a princípio, não surgiram com a finalidade de estudar as políticas públicas, mas de apresentar um instrumento de reflexão. Dentre outras coisas, esses modelos permitiam focalizar nas características da vida política, orientando os esforços no sentido do que é importante, propondo explicações e prevendo consequências.

Parsons (1995) citado por Baptista e Rezende (2015) chama atenção para as limitações existentes em cada modelo, mostrando que nenhuma teoria ou modelo seria capaz de esgotar e explicar completamente o processo político. Assim, ao tornar o problema público um item analisável, Agum et. al. (2015) ressalta que o ciclo de políticas públicas, apesar de suas limitações, tem se tornado o método mais utilizado dentre as demais correntes de análises. Sechi (2013) aponta que o ciclo de políticas públicas tem apresentado algumas utilidades, citando: a criação de um esquema que traz uma maior organização das ideias; torna a complexidade da política simplificada e atua auxiliando os políticos, administradores e pesquisadores a criar um

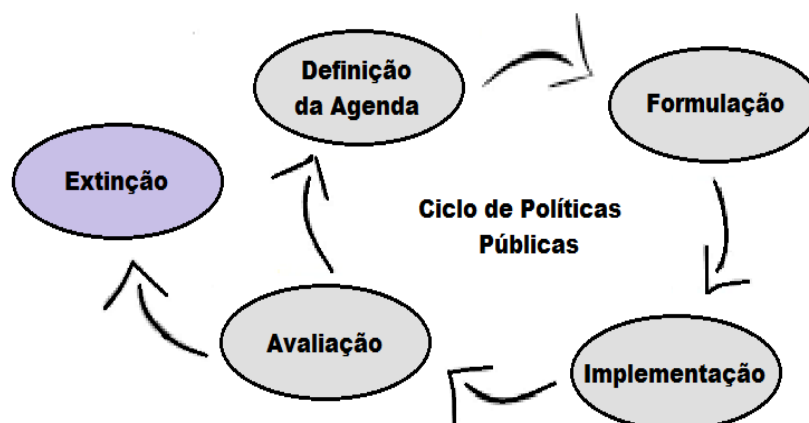
referencial comparativo para casos heterogêneos. Dada sua importância e aplicabilidade, adotaremos os conceitos do modelo no desenvolvimento da presente pesquisa, dedicando o tópico a seguir, ao detalhamento do mesmo.

2.2.5 Ciclo de Políticas Públicas

Dentre as contribuições trazidas pela literatura no campo das análises de políticas públicas, encontramos a teoria do ciclo de políticas públicas ou *policy cycle*, como um dos seus principais modelos. Souza (2003) argumenta que essa tipologia vê as políticas públicas como um ciclo deliberativo, onde os vários estágios que a compõe formam um processo dinâmico e de aprendizado. Howlett et. al. (2013) explicam que ao transformar a política pública em um ciclo de tentativas de resolução de problemas, a tipologia inaugura uma representação onde a análise reiterada de problemas e a experimentação de soluções, acaba resultando numa aprendizagem política. Para Silva e Melo (2000) o ciclo político permite evidenciar a aprendizagem, pois a medida que as propostas avançam em suas fases, adaptações e evoluções vão sendo paulatinamente observadas nas ações públicas. Para Sechi (2013) uma das características do ciclo de políticas públicas é conservar uma relação de interdependência entre as fases, que podem, na realidade, apresentar-se misturadas e com sequências alternadas.

Rodrigues (2010) argumenta que essa alternância de fases faz com que o ciclo de políticas públicas torne-se mais um recurso de análise do que uma referência a um fato real. Porém Frey (2000) ressalta que o fato dos processos políticos reais, algumas vezes, não corresponderem ao modelo teórico, não permite considerá-lo inadequado para explicar esses processos. Baptista e Rezende (2011) apontam que apesar da crítica de que o modelo tenta manter o controle sobre o processo político, este persiste no debate acadêmico como referência. Pinho (2011) sustenta que o modelo é inovador ao apresentar-se de forma cíclica, permitindo que uma mesma política avance por diversas etapas, retornando, na maioria das vezes, ao seu ponto de partida. Na Figura 1 temos a representação gráfica do funcionamento do ciclo de políticas públicas, composto pelas principais etapas elencadas pela literatura.

Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Elaborado a partir de Sechi (2013)

Apesar da proposta inicial do ciclo de políticas públicas não apresentar uma etapa de encerramento, uma vez que concebe a política como um processo contínuo que se renova sempre após cada avaliação, de acordo com Sechi (2013) o ciclo encerra-se a partir do momento que a política pública é extinta. Para Peter De Leon (1977, p. 2) *apud* Souza et. al. (2015) a extinção da política pública pode ser entendida como a “conclusão deliberada ou cessação de específicas funções, programas, políticas ou organizações governamentais”. Giuliani (2005) *apud* Sechi (2013) apresenta as três principais causas para a extinção de uma política pública: quando constatado que o problema que motivou a formulação da política foi resolvido; quando percebe-se a ineficácia dos programas, das leis e das ações que balizaram a política; e quando o problema, apesar de não resolvido, perdeu progressivamente relevância a ponto de sair da agenda política, que para autor parece ser a causa mais comum.

Nesse sentido Frey (2000) aponta para a importância da avaliação ou controle de impacto dentro do contexto do ciclo de políticas públicas, pois caso os objetivos do programa tenham sido alcançados, teremos a suspensão ou o fim do ciclo político, ou, caso contrário haverá a iniciação de um novo ciclo. Segundo Stones (1988) *apud* Pinto (2008) o ciclo de políticas públicas tenta explicar a interação entre intenções e ações, buscando desvendar a relação entre o ambiente social, político e econômico, de um lado, e o governo do outro. Para Viana (1998) o ciclo político permite explicar a difícil interação entre as intenções construídas na formulação e as ações presentes na implementação, formando um processo contínuo de reflexão para dentro e ação para fora da rotina pública. Assim ao analisar essas fases do ciclo, pode-se perceber a relação entre os atores governamentais e não-governamentais no processo de “fazer” política.

Apesar das contribuições, algumas críticas são apresentadas pelos autores a essa tipologia. Para Rua (2013), Lindblom (1959) foi um dos pioneiros a criticar o modelo, segundo o autor o *policy cycle* é caracterizado pela excessiva ênfase na racionalidade e artificialidade da percepção da política como um processo meramente administrativo e funcional, defendendo um processo decisório iterativo e sem início ou fim definidos. Já para Cohen, March e Olsen (1972) *apud* Souza (2006) a falha do modelo reside no fato de considerar a existência de uma precedência temporal e lógica entre o surgimento dos problemas (formação da agenda) e a apresentação de soluções (formulação), defendem que as soluções devem surgir independente da identificação dos problemas. Baptista e Rezende (2011) apontam que por mais rigor que o analista tenha, o modelo traz sempre o risco de tratar as fases e seus efeitos de forma isolada, além de considerar a política pública como fenômeno previsível.

Ainda que admitidas as críticas colocadas anteriormente, Reader (2014) argumenta que ao dividir as políticas públicas em estágios dotados de características específicas, o modelo em questão torna a análise mais clara e didática, facilitando o entendimento de políticas inseridas em contextos complexos, a exemplo das políticas públicas de saúde. Desse modo, considerando que o objetivo proposto pela presente pesquisa é avaliar o processo de implementação de uma política de saúde, caracterizada pelo emprego de ferramentas de tecnologia da informação, com envolvimento de vários processos complexos tanto no contexto de implementação, já que possui abrangência nacional, como pela diversidade das equipes que operam o programa, acreditamos que o ciclo de Políticas Públicas é o modelo, dentre os apresentados na literatura, que proporcionara melhor compreensão dos aspectos elencados pela pesquisa para avaliação da política, além de tornar o processo de implementação mais instrutivo.

Além dessas questões abordadas anteriormente, Baptista e Rezende (2011) apontam que a análise da política de saúde brasileira torna-se ainda mais complexa por envolver também questões relacionadas ao sistema federativo, onde as políticas de abrangência nacional são dispostas para implementação em estados e municípios dotados de autonomia local, como é o caso da estratégia e-SUS Atenção Básica, que nos propomos analisar. Assim, como forma de não prejudicar a análise e facilitar o entendimento de questões importantes que repercutem na referida estratégia, faz-se necessário organizarmos um tópico sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, abordando os principais conceitos e mecanismos, por meio do qual, será possível explicar o funcionamento do sistema de saúde do país.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Até o final da década de 1980, os direitos sociais no Brasil estavam restritos ao sistema previdenciário, sendo definidos como cidadãos apenas os indivíduos que pertencessem a alguma categoria profissional reconhecida pelo Estado e que contribuíssem para a Previdência Social. As categorias de trabalhadores mais organizadas conseguiram nos anos de 1930 formar os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações sociais no país. (CARVALHO e BARBOSA, 2010). Segundo Reis et. al. (2018) em 1965, dentro do contexto do Regime Militar, os IAPs foram unificados originando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Para os autores, entre as contribuições trazidas por este instituto, temos a consolidação do próprio componente assistencial, que previa a compra de serviços assistenciais do setor privado, fornecendo um serviço hospitalocêntrico, curativista e centrado do atendimento médico.

Em 1975 foi promulgada a lei que instituía o Sistema Nacional de Saúde, que dentre outras coisas, serviu para legitimar a pluralidade institucional do setor saúde, uma vez que a lei atribuía a previdência social à assistência individual e curativa, enquanto que os cuidados preventivos e de caráter coletivo ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais (BERTOLOZZI e GRECO, 1996). Dando continuidade à reestruturação do setor saúde, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que de acordo com Melo (1978) ao invés de modificar o modelo assistencial, a lei de criação do novo instituto determinava que parte do custeio do sistema deveria partir agora do segurado, cuja contribuição deveria variar obedecendo o nível de renda de cada trabalhador. Apesar dessa medida, o início da década de 1980 foi marcada pelo ápice da crise previdenciária.

Com o agravamento da crise financeira do Estado, em 1981, como forma de desafogar a previdência social foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que atuava por meio de dois programas, o primeiro era o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar (SAMHPS) que disciplinava o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada, e o segundo a implantação de Ações Integradas de Saúde (AIS) que buscava revitalizar e racionalizar a oferta de serviços públicos de saúde por meio da regionalização e hierarquização da rede (CARVALHO e BARBOSA, 2010). Anos mais tarde, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde consagrou-se uma concepção ampliada de saúde, instituindo-se como princípio: “a saúde como direito universal e como um dever do Estado”. Esse princípio acabou sendo incorporado à Constituição Federal de 1988. (REIS et. al; 2018)

Concluído o processo constituinte, foi promulgada a oitava Constituição do Brasil em 1988, que trazia em seu texto a redefinição de várias políticas de Estado, entre elas a política de saúde. Além de tornar a saúde um direito de todos, a chamada Constituição Cidadã, incorporou ainda novas dimensões para o setor, reconhecendo que para se ter saúde é necessário ter acesso ao conjunto outros fatores como: alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros (BRASIL, 2011). De acordo com Figueiredo (2009), A Constituição de 1988 pode ser apontada como o grande divisor de águas do sistema de saúde brasileiro, pois a partir dela deu-se a institucionalização do Sistema Único de Saúde e a concretização dos princípios ético-doutrinários e organizacional-operativos como: a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Segundo Lippel (2004), a leitura combinada dos arts. 194, 196 e 198 da Constituição de 1988 permite extrair a ideia central de cada um desses princípios. Assim a universalidade (art. 194, I; art. 196, caput) garante a todos os cidadãos direito a saúde, não exigindo nenhum requisito para sua fruição, preconizando um acesso igualitário aos serviços; a integralidade (art. 198, II) assegura a todos indivíduos ter acesso tanto às atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, como serviços médico-assistenciais; a descentralização e a participação social (art. 194, VII; art. 198, I e III) traduz-se na distribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com participação da comunidade; por fim a regionalização e hierarquização (art. 198, caput) permite organizar os serviços de saúde por meio de uma distribuição espacial (ações por áreas delimitadas) e por níveis de complexidade, viabilizando um melhor aproveitamento do suporte técnico e recursos humanos.

Desse modo o Sistema Único de Saúde (SUS) compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, prestados por um conjunto de organizações públicas, nos âmbitos municipal, estadual e nacional, mas também por serviços privados, que quando contratados ou conveniados, passam, de forma complementar, a prestar serviços aos usuários do SUS. Porém as ações do SUS não se resumem apenas a prestação de serviços assistenciais, mas articula e coordena ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS e PASCHE, 2006). Para Carvalho e Barbosa (2010) esse sistema ganhou a denominação de único, justamente porque sua formulação correspondeu à unificação de vários outros subsistemas. No quadro abaixo veremos que além da Constituição Federal, outras normas estruturantes foram criadas, no sentido de organizar o Sistema único de Saúde:

Quadro 5 - Principais normas estruturantes do SUS

Legislação	Disposições
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como da organização e funcionamento dos serviços.
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	Participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.
Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012	Percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados e municípios em ações e serviços de saúde.

Fonte: Elaborado a partir de BRASIL, 2015.

Segundo Carvalho (2013) além das leis, outros atos normativos também são utilizados para regulamentar o funcionamento do SUS, são eles os decretos e as portarias. O autor argumenta que dentro da hierarquia das normas as portarias apresentam-se como as derradeiras, não devendo contrariar os ditames da Constituição, das leis e dos decretos. Para Baptista (2006) as portarias ministeriais têm assumido grande destaque para o setor saúde, principalmente pelo forte poder de indução assumido na formulação das políticas setoriais, em especial na definição da gestão e organização do sistema e da assistência à saúde; do financiamento e da instituição de novos programas. Pinto Junior et. al. (2012) argumenta que as portarias são instrumentos bastante utilizados pelos ministérios para criar, adequar ou regulamentar as políticas públicas, a partir das demandas sociais. Nas políticas de saúde, as portarias têm representado um importante instrumento de tomada de decisão.

2.3.1 Gestão das Políticas Públicas de Saúde

O capítulo III da Lei 8.080/90 trata sobre a organização, direção e gestão do SUS, revelando no artigo 9º que a direção do sistema será exercida por cada esfera de governo através: do Ministério da Saúde, no âmbito da União; das Secretarias de Saúde, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal; e pelas Secretarias de Saúde nos municípios. Apesar de cada ente federativo ter suas atribuições específicas, o artigo 15 elenca as competências comuns a todos, entre as principais citamos: a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde; administração de recursos orçamentários e financeiros; organização e coordenação de sistemas de informação; elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custo para ações de assistência e promoção à saúde; elaboração e atualização de planos de saúde; formulação e execução de políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Já os artigos 16, 17 e 18 tratam das competências específicas da União, Estados e municípios (BRASIL, 1990).

Porém a gestão do SUS não fica restrita apenas aos entes governamentais, a lei 8.080/90 prevê ainda a criação de conselhos e comissões que auxiliarão na formulação e condução da política de saúde, são eles: a comissões intersetoriais (art. 12), com a finalidade de articular políticas e programas de saúde com outras áreas não integrantes do SUS; as comissões entre serviços de saúde e instituições de ensino tecnológico e superior (art. 14), com objetivo de definir prioridades, métodos e estratégias para formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS; as comissões intergestores tripartite, bipartite (art. 14-A) e regional (art. 30, III), reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos administrativos, operacionais e financeiros do SUS; e por fim, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, todos citados no art. 14-B. (BRASIL, 1990)

Assim para fazer jus ao termo sistema, a dinâmica de funcionamento do SUS deve se dar por meio de pactuações: de um lado entre os conselhos de representação e as comissões intergestoras, e do outro entre os entes federativos, sempre respeitando a autonomia de cada um. Nesse sentido foi editado o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8.080/90 no sentido de definir as atribuições destas esferas de pactuação. De acordo com o decreto, as comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, sendo a CIT no âmbito nacional, vinculada ao Ministério da Saúde, a CIB no âmbito estadual, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e a CIR no âmbito de região de saúde, vinculada também à Secretaria Estadual de Saúde. O artigo 32 elenca todos os temas que serão objetos de pactuação e exigirão a participação desses foros de negociação: (BRASIL, 2011a)

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

- I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
- II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e
- V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

- I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

- II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão;
- III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais. (BRASIL, 2011a)

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é uma instância de articulação e negociação na esfera federal, é formada por 15 membros, sendo 5 indicados pelo Ministério da Saúde, 5 pelo CONASS e 5 pelo CONASEMS, nesse espaço as decisões são tomadas por consenso e não por voto. Já a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário estadual de saúde e por secretários municipais de saúde indicados pelo COSEMS, cada estado da federação possui sua própria CIB. A Comissão Intergestores Regional (CIR) é composta por um representante do governo estadual e por todos os secretários de saúde dos municípios integrantes da respectiva regional de saúde. Os gestores integrantes da CIR contam ainda com o apoio de câmaras técnicas, que são estruturas de apoio formadas por especialistas e técnicos pertencentes aos quadros dos municípios e do Estado. (BRASIL, 2009)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é uma das entidades de representação política dos gestores no processo de negociação e deliberação do SUS, fundado em 3 de fevereiro de 1982, com o objetivo de inserir as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal em conjunto no processo de reconstrução do setor saúde. O CONASS constitui um organismo da direção do SUS, com mandato para representar politicamente os interesses comuns das secretarias estaduais de saúde. Quanto a sua finalidade, buscam garantir a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação no desenvolvimento das ações e serviços de saúde, promovendo o exercício pleno das responsabilidades das secretarias estaduais na política de saúde, junto aos órgãos federais e municipais, poderes legislativo e judiciário, e outras organizações sociais (BRASIL, 2011).

Já o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) define-se como entidade não-governamental, criada para representar as secretarias municipais de saúde no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na CIT. Quanto a sua finalidade, buscam promover um modelo de gestão baseado na descentralização e municipalização, além de auxiliar os municípios na formulação de estratégias para o aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde. Cada estado conta ainda com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) entidade formada por todos os secretários municipais de saúde do estado, cujo objetivo é representar os interesses dos gestores municipais principalmente na CIB. Nos estados maiores,

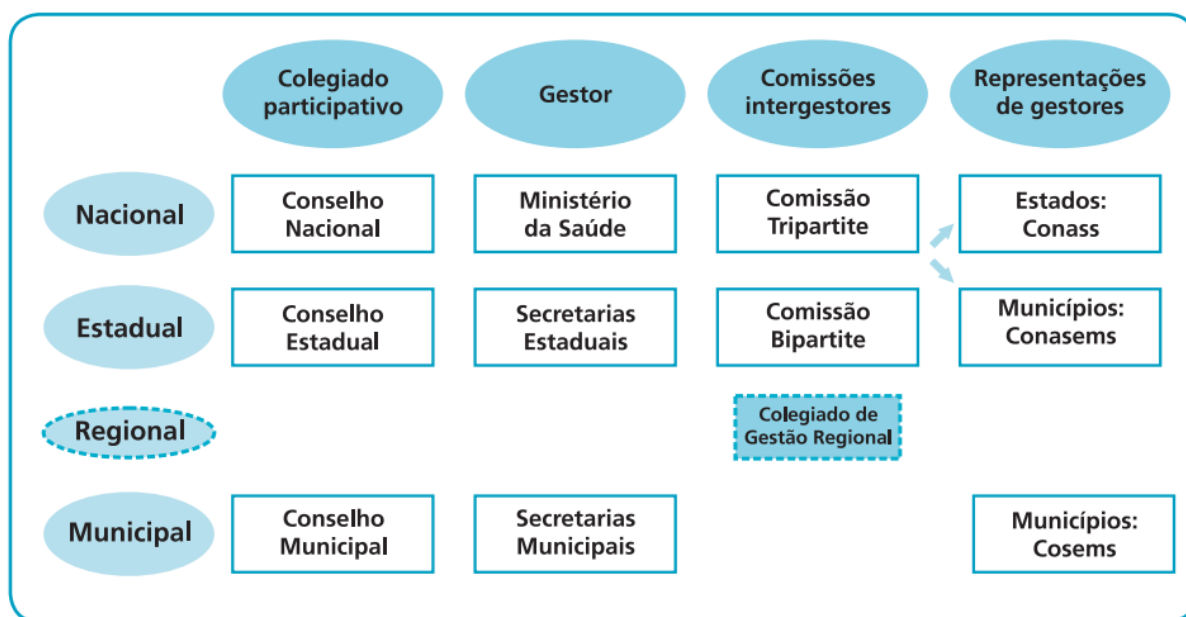
podem ser organizados o Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) com funções análogas ao COSEMS (BRASIL, 2011).

Passados pouco tempo da aprovação da lei nº 8.080/90, outra importante norma também entrava no arcabouço jurídico do SUS, a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa lei dispõe, entre outras providências, da participação da comunidade na gestão do SUS, criando, em cada esfera de governo, mais duas instâncias colegiadas de decisão: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deverá se reunir a cada quatro anos com representantes dos mais diversos segmentos sociais, com objetivo de avaliar a situação de saúde da comunidade e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal. As Conferências são convocadas pelo Poder Executivo, mas podem ser convocadas, em caráter extraordinário, tanto por outra Conferência de Saúde como pelos membros do Conselho de saúde. (BRASIL, 1990a)

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias para a execução das políticas de saúde, além da fiscalização sobre os aspectos econômicos e financeiros dessas políticas, devendo as decisões por ele tomadas, serem homologadas pela autoridade legalmente constituída. O conselho é composto por representantes de quatro categorias: governo, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, sendo que os usuários devem corresponder a 50% dos membros do conselho, ficando o restante para ser dividido entre as demais categorias. A criação dos conselhos deve ser feita por meio de edição de decreto ou lei, sendo a existência e funcionamento dos conselhos de saúde requisito obrigatório para habilitação e o recebimento de recursos federais. (BRASIL, 2009)

Para Machado et. al. (2009) o modelo de tomada de decisão proposto pelo SUS é ousado, uma vez que busca implantar um sistema de gestão baseado em um arranjo federativo, onde o controle social sobre a política de saúde está presente nas três esferas de governo, devendo seguir de forma coerente os princípios e diretrizes do SUS. Para os autores esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre: os gestores do sistema em cada esfera de governo; instâncias de negociação como CIT, CIB e CIR; conselhos de representação dos secretários de saúde como CONASS e CONASEMS, no âmbito nacional e COSEMS no âmbito municipal; e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. Rolim et. al. (2013) argumenta que essa forma de gestão é considerada como amais avançada democraticamente, uma vez que a decisão sobre a política de saúde é sempre negociada entre diferentes níveis gestores e diversos segmentos da sociedade, conforme esquematizado na Figura 2:

Figura 2- Relação entre as instâncias de decisão do SUS



Fonte: MACHADO et. al. (2009)

Nesse modelo de gestão não admite-se falar em hierarquia entre a União, os estados e os municípios, pois cada ente possui autonomia para realizar suas próprias competências na gestão do SUS. Assim no âmbito municipal, as políticas de saúde são formuladas pelo poder executivo do município, passando pela aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que decidirá sobre a destinação de recursos financeiros para tais políticas. No âmbito estadual, a secretaria estadual de saúde formula a proposta que deve ser negociada e pactuada com a Comissão Intergestores Bipartite, passando ainda pela deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Já no âmbito Federal, o Ministério da Saúde elabora as propostas que são negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Apesar da União ser responsável pela formulação das políticas nacionais de saúde, a implementação é feita através das parcerias com estados, municípios, ONGs e entidades da iniciativa privada. (BRASIL, 2006)

2.3.2 Políticas Nacionais de Saúde

A partir dos anos de 1990, com a adoção do modelo de gestão compartilhada da política de saúde, os entes governamentais deram início a construção de uma rede de diálogo e negociação das decisões políticas, compartilhando entre si diversas responsabilidades, entre

elas o financiamento das ações de saúde. Com a edição da Emenda Constitucional nº 29 de 2000, cada esfera de governo passou a garantir um aporte regular de recursos aos respectivos fundos de saúde. Esses recursos poderiam ser transferidos de um ente para outro, de acordo com as pactuações realizadas, criando-se um sistema de transferências “fundo a fundo”, onde a União, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), poderia transferir recursos financeiros para os estados e o Distrito Federal através dos Fundos Estaduais de Saúde, e para os municípios pelos Fundos Municipais de Saúde, do mesmo modo, que os estados também poderiam transferir recursos aos municípios. Assim o destinatário final seria o ente responsável pelo cumprimento da programação das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Segundo Mereles (2016), como o governo federal é o órgão de maior arrecadação, consequentemente tornou-se o principal financiador das ações de saúde, atraindo para o Ministério da Saúde, além das responsabilidades pelo planejamento e formulação das políticas nacionais, também as prerrogativas de criação de normas, avaliação, fiscalização e controle das ações nacionais do SUS. Para Machado et al. (2007) apesar do governo federal ser responsável por parcela considerável do financiamento da saúde, sua participação tem diminuído ao longo do tempo, mesmo com o aumento progressivo das transferências federais à estados e municípios. Arretche (2003) explica que no atual modelo, o Ministério da Saúde finda por ter grande autoridade sobre as ações de saúde nos estados e municípios, seja pela prerrogativa de formular políticas nacionalmente, seja por coordenar ações intergovernamentais. Para a autora esse fato torna as políticas locais fortemente dependentes das transferências desse ente.

Mereles (2016) aponta que as prefeituras, através de suas secretarias municipais de saúde, são as responsáveis pela gestão e oferta de ações e serviços de saúde em nível local, que apesar dos municípios terem a possibilidade de criar suas próprias políticas, por vezes passam a implantar políticas elaboradas tanto pelo Ministério da Saúde como pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Para Molesini et. al. (2010) os municípios deveriam ter mais condições de articular, em seu âmbito, seus próprios programas e estratégias, porém nem todos possuem capacidade financeira para proverem, mesmo que minimamente, as condições de sobrevivência de suas populações, necessitando, na maioria das vezes, de uma ajuda externa. O Ministério da Saúde, considerando a heterogeneidade dos municípios brasileiros e buscando uniformizar a oferta dos serviços de saúde no país, elaborou um rol de políticas nacionais e suas respectivas diretrizes de implantação, como forma de orientar os municípios na adoção dessas ações.

Então no dia 28 de setembro de 2017 foi publicada a Portaria de consolidação nº 2, elaborada pelo Ministério da Saúde, contendo todas as políticas nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta portaria as políticas nacionais estão divididas em três grandes grupos: as

Políticas de Saúde, as Políticas de Organização da Atenção à Saúde e as Políticas de Organização do SUS. Dentro do grupo das Políticas de Saúde são elencados quatro subgrupos são eles: as Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; as Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde; as Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais e as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. Já o grupo das Políticas de Organização da Atenção à Saúde é composto por dois subgrupos: as Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde e as Políticas de Atenção a Agravos Específicos. Por fim, o grupo das Políticas de Organização do SUS que não possui subgrupos (BRASIL, 2017). Listaremos na tabela 2 as políticas que integram cada um dos grupos e subgrupos:

Quadro 6- Grupo e subgrupos de políticas nacionais de saúde

POLÍTICAS DE SAÚDE	Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
		Política Nacional de Vigilância em Saúde
		Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados
		Política de Saúde Mental
		Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
		Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
		Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)
	Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde	Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública
		Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
		Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio
		Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)
	Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)
		Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
		Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)
		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
		Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

		Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
		Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
		Política Nacional para a População em Situação de Rua
		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP)
	Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
		Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)
		Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
	POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
		Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)
		Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte
		Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP),
		Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)
		Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
		Política Nacional de Medicamentos (PNM)
		Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)
		Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo
	Políticas de Atenção a Agravos Específicos	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
		Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
		Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica
		Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
		Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
		Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)
		Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença

		Falciforme e outras Hemoglobinopatias
		Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica
		Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras
POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS		Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)
		Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
		Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
		Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
		Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de BRASIL (2017)

Entre as políticas nacionais listadas na tabela anterior, daremos maior destaque a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), como forma de compreender melhor nosso objeto de estudo. A PNAB integra o grupo das políticas nacionais de organização da atenção à saúde, ou seja, as políticas integrantes desse grupo trazem diretrizes para implantação e operacionalização dos serviços que compõe cada nível de atenção à saúde. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2018) o atendimento do SUS está organizado em três níveis: a atenção primária ou atenção básica, que compreende os serviços de menor complexidade tecnológica oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); a atenção secundária ou média complexidade, oferecido por meio de clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais escolas; e a alta complexidade, oferecido por meio de hospitais de grande porte. Desse modo, cabe a PNAB definir os parâmetros de operacionalização da atenção primária à saúde.

2.3.2.1 Política Nacional da Atenção Básica

Criada por meio da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional da Atenção Básica surge como resultado de um conjunto de experiências acumuladas por atores historicamente envolvidos com as políticas de saúde, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Este nível de atenção apresenta o maior grau de descentralização e capilaridade em relação aos demais, pois é através dele que os indivíduos entram na rede assistencial de saúde, por isso é chamada de “porta de entrada” do SUS, e partem para outros serviços da rede. Os serviços da atenção primária à saúde são oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que por estarem instaladas próximo dos

lugares onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, acabam desempenhando um papel central no acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012).

Em 2017, a PNAB passou por uma revisão, sendo editada a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 em substituição da portaria anterior. Porém algumas diretrizes da antiga PNAB não sofreram alteração, dentre elas estão as competências atribuídas a cada ente federativo na implementação da Política Nacional de Atenção Básica. Assim além da competência comum aos três entes federativos, a PNAB também definiu o campo de atuação tanto do Ministério da Saúde como dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação da política. (BRASIL, 2017a) A Figura 3 mostra algumas das principais competências comuns e exclusivas de cada ente federativo:

Figura 3- Principais competências atribuída pela PNAB aos Entes Federativos



Fonte: Elaborado a partir de BRASIL (2017a)

Desse modo, a PNAB preconiza que as três esferas devem contribuir, dentro de cada responsabilidade, para que os serviços e ações básicos chegue a toda população, definindo Atenção Básica como: um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que englobam a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizadas por equipes multiprofissionais e voltadas para a população residente em um território definido, sobre as quais a equipe assume a responsabilidade sanitária. Assim este nível de atenção assume a coordenação do cuidado, encaminhando para outros serviços da RAS os casos não solucionáveis pela Atenção Básica, operacionalizando o princípio da integralidade da atenção à Saúde (BRASIL, 2017a).

Para isso a PNAB define alguns tipos de equipes que estarão desenvolvendo essas ações: Equipes de Saúde da Família (eSF), considerada a estratégia prioritária de atenção à saúde, composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde; Equipes de Saúde Bucal (eSB), composta por um cirurgião-dentista e um técnico e/ou auxiliar de saúde bucal; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias profissionais de saúde, responsáveis por dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica como um todo; e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), pois a PNAB também admite a implantação dos agentes comunitários de saúde diretamente na UBS, coordenados por um enfermeiro, apesar da política orientar que esses profissionais devem ser inseridos gradualmente nas equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2017a)

No contexto das equipes de atenção básica, o profissional da enfermagem ganha bastante destaque, sobretudo pelo fato de poder integrar todas as equipes, com exceção apenas para a equipe de Saúde Bucal. Essa importância, de acordo com Barbosa et al. (2012) deve-se ao fato do enfermeiro ser colocado como agente centralizador das atividades administrativas e responsável pela organização do trabalho da equipe, atuando mais especificamente na orientação e educação permanente de agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem. Bassoto (2012) considera o enfermeiro como fundamentalmente um educador, pois apesar de desenvolver diversas atividades em seu cotidiano, depara-se frequentemente com a necessidade de ensinar o paciente, a família, a comunidade e até mesmo sua equipe, valendo-se de sua liderança para melhorar a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Apesar de cada profissional ter suas atribuições específicas, a PNAB também traz as atribuições que são comuns a todos os profissionais que integram este nível de atenção, das quais destacamos: atuar identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a risco em seu território; cadastrar e manter atualizado o cadastro e outros dados de saúde das famílias e indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente; realizar o cuidado integral à saúde da população adstrita no âmbito da UBS; realizar ações de atenção à saúde conforme necessidade da população local; participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado; praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais; utilizar o sistema de informação da Atenção Básica vigente para registro de ações de saúde na Atenção Básica; participar de reuniões de equipe a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, dentre outras. (BRASIL, 2017a)

Com relação ao financiamento, a PNAB definiu que os recursos financeiros destinados à Atenção Básica devem compor um bloco de financiamento (bloco AB) no orçamento do Ministério da Saúde, com repasses a serem realizados aos municípios em conta aberta para esta finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento e fiscalização dos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, estados e do Distrito Federal. Assim o financiamento federal passa a ser condicionado ao atendimento de cinco critérios básicos, conforme esquematizado na Figura4 abaixo:

Figura 4- Condicionantes para repasse de recursos federais aos municípios



Fonte: Elaborado a partir de BRASIL (2017a)

Além dessas condicionantes, o recebimento desses recursos, segundo a PNAB, fica na dependência: da efetivação do serviço por meio de edição de portaria autorizativa do Ministério da Saúde; do cadastro da estratégia ou programa no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e da alimentação dos dados referentes à execução das ações, no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando obrigatoriamente que os serviços foram prestados à população. A PNAB prevê também a suspensão, pelo Ministério da Saúde, dos repasses de recursos mediante: A falta de alimentação regular dos sistemas de informação, seja por inconsistências no SCNES, seja pelo não envio de informações (produção) ao sistema de informação da Atenção Básica vigente, por três meses consecutivos; inexistência de unidade básica ou equipe cadastrada; ausência de profissionais por período

superior a 60 dias nas equipes cadastradas; e descumprimento de carga horária mínima prevista por profissional (BRASIL, 2017a).

Em setembro de 2017, quando a nova Política Nacional da Atenção Básica foi editada, até os dias atuais, o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão dos programas e estratégias da PNAB, é o Sistema de Informação para a Atenção Básica – SISAB, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, em substituição ao antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho do SUS (BRASIL, 2018a). Dada a sua relevância para esse nível de atenção à saúde, e por tratar-se do objeto de estudo deste trabalho, dedicaremos o capítulo seguinte à descrição e caracterização da estratégia e-SUS AB e do SISAB.

2.4 ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA

Elaborado pelo Ministério da Saúde, o e-SUS Atenção Básica é uma estratégia que visa reestruturar as informações referentes à atenção básica no país, por meio da modernização das plataformas tecnológicas dos sistemas de informação em saúde e da informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desse modo o e-SUS Atenção Básica surge como uma proposta que possibilita a ampliação do cuidado e um melhor acompanhamento do processo de gestão, reduzindo o trabalho na coleta, inserção e uso das informações, permitindo que a coleta de dados seja realizada durante o desenvolvimento das atividades do profissional e não de forma separada. Dentre as premissas do e-SUS podem ser destacadas: a redução do retrabalho na coleta de dados; individualização do registro; produção de informações integradas; cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território; e desenvolvimento orientado pelas demandas do usuário (BRASIL, 2013).

Nesse contexto a estratégia e-SUS busca implementar tecnologias que tornem o processo de trabalho das equipes de saúde e de gestão mais fáceis, reduzindo o tempo com burocracia do uso e alimentação de sistemas. Para isso, foram desenvolvidos dois *softwares* para coleta de informações: o sistema com Coleta Simplificado de Dados - CDS e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC (BRASIL, 2015a). É por meio desses *softwares* que as informações são coletadas e enviadas ao Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – SISAB, permitindo, além de outras coisas, acompanhar o histórico de atendimento dos

usuários, assim como a produção de cada profissional integrante da Atenção Básica. Outro importante avanço do SISAB é a integração de vários outros sistemas existentes na Atenção Básica, ao concentrar as informações em um único sistema, evita-se o registro de informações similares em mais de um instrumento, o que otimiza o trabalho dos profissionais (BRASIL, 2014).

O sistema com Coleta de Dados Simplificados (CDS) foi criado para atender as equipes de atenção básica lotadas em Unidades Básicas de Saúde sem infraestrutura tecnológica de informática para a utilização do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Assim o sistema com CDS acaba assumindo uma condição de sistema de transição, que na versão atual (v. 2.1) utiliza dez tipos de fichas para registro de informações: Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual, Ficha Complementar, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar, Avaliação de Elegibilidade e Admissão, e Ficha de Atendimento Domiciliar. Todas essas fichas devem ser digitadas no próprio sistema e enviadas ao SISAB, permitindo que a entrada dos dados seja orientada pelo curso natural do atendimento e não focada somente no problema de saúde. (BRASIL, 2016)

Quadro 7- Instrumentos de coleta de dados utilizados no sistema CDS

INSTRUMENTOS	INFORMAÇÕES A SEREM COLETADAS
Ficha de Cadastro Individual	Identificação e caracterização sociodemográfica do cidadão; problemas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.
Ficha de Cadastro Domiciliar	Características socio sanitárias dos domicílios, identificação do núcleo familiar e seu responsável.
Ficha de Atendimento Individual	Resumo do atendimento realizado por profissional de nível superior.
Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar	Registro de marcadores positivos e negativos da alimentação e de alguns indicadores alimentares.
Ficha de Atendimento Odontológico Individual	Procedimentos realizados individualmente pelos profissionais da Saúde Bucal.
Ficha de Atividade Coletiva	Registro tanto das atividades administrativas (reuniões de equipe) como de atividades de saúde (atendimento em grupo).
Ficha de Procedimentos	Pequenas cirurgias e procedimentos específicos realizados por técnicos de nível médio.
Ficha de Visita Domiciliar	Realização de visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão	Registro das ações coletivas realizadas pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad)
Ficha de Atendimento Domiciliar	Registro de conduta realizada por profissional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

FONTE: Adaptado de BRASIL (2016)

Figura 5- Tela inicial do Sistema e-SUS com Coleta de Dados Simplificado

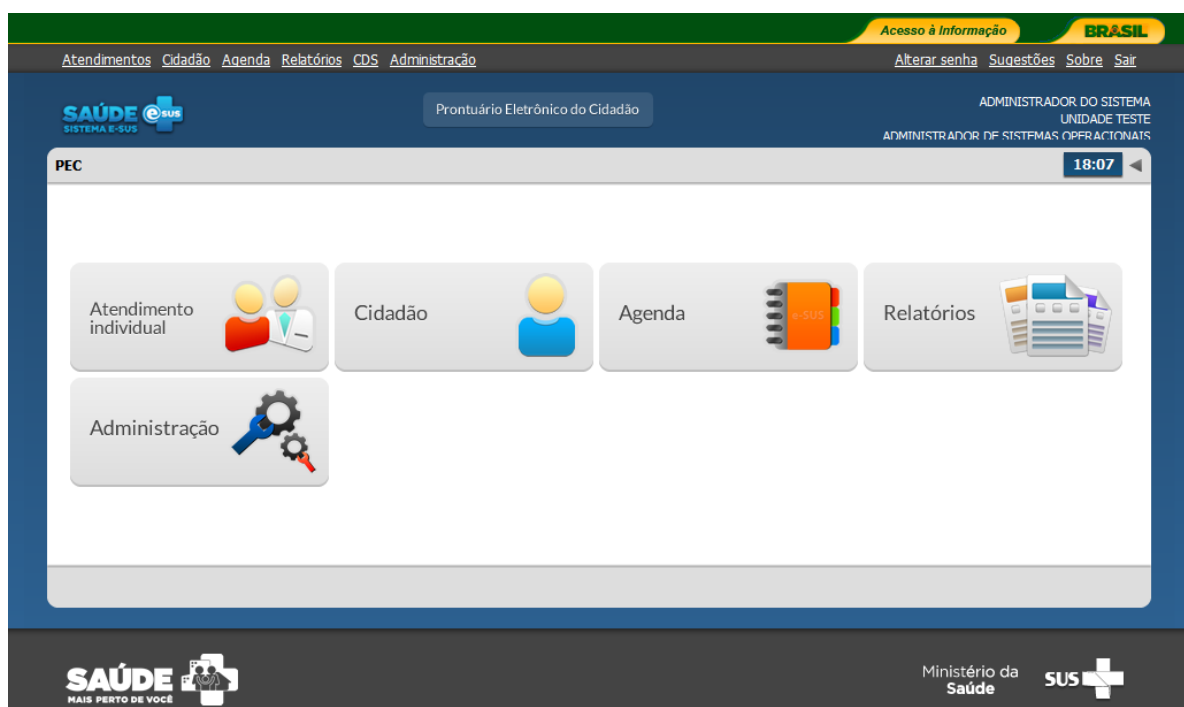


Fonte: BRASIL (2016)

Enquanto o sistema com CDS foi elaborado para unidades de saúde sem infraestrutura de informática, o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi pensado para atender as necessidades das equipes de atenção básica lotadas em UBS parcialmente ou totalmente informatizadas. O objetivo central do sistema com PEC é, a partir de variadas formas de implantação, ampliar a integração das informações e melhorar a gestão do cuidado pelos profissionais, respeitando os processos de trabalho de cada equipe. Para isso deve conter todas as informações e funções referentes: as atividades essenciais na prática de saúde, a análise das condições de saúde da população e as ações de gestão da Atenção Básica. Nesse sentido alguns processos essenciais são desempenhados pelo *software* que passa a dar suporte a questões como: territorialização, acolhimento, agendamento, gestão do cuidado, gestão do acesso e qualidade dos serviços (BRASIL, 2015a).

O sistema com PEC é composto por cinco módulos de operação, conforme tela inicial apresentada na Figura 6, são eles: o módulo Cidadão, Agenda, Atendimento Individual, Relatórios e Administração.

Figura 6- Tela inicial do Sistema e-SUS com Prontuário Eletrônico do Cidadão



Fonte: BRASIL, 2016.

Dentro de cada módulo estão contidas uma variedade de outras informações, conforme sintetizado no Quadro 6 a seguir:

Quadro 8 - Ícones, módulos e informações disponíveis no Sistema com PEC

Ícone	Módulo	Informações disponíveis
	Atendimento Individual	Fluxo do paciente dentro da unidade, dados do acolhimento à demanda espontânea e o prontuário eletrônico com todas as informações clínicas e de conduta do usuário;
	Cidadão	O cadastro completo do cidadão, independentemente de ter ou não o Cartão do SUS;
	Agenda	A agenda dos profissionais, marcação de consultas, controle de chegada, controle de faltosos, reserva de horários para atividades administrativas e de ações da equipe ou dos profissionais
	Relatório	Geração de relatórios de cadastro, situação de saúde da população, atendimentos do território entre outros relatórios de interesse da equipe e dos gestores de saúde;
	Administração	Cadastro geral da unidade, cadastro de profissionais, controle dos perfis de usuário, importações dos dados contidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), exportação dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA).

Fonte: Elaborado a partir de BRASIL (2015a)

Desse modo o sistema com PEC é considerado um sistema complexo pois não se limita apenas ao registro do prontuário eletrônico do paciente, mas aglutina um conjunto de ferramentas e funcionalidades que servem de apoio a organização dos serviços da Atenção Básica e a troca de informações ter os profissionais das equipes de AB. (BRASIL,2016)

É importante destacar que tanto o e-SUS com CDS como o sistema com PEC possibilita o envio das mesmas informações ao SISAB, distinguindo apenas no modo de envio. Enquanto o sistema com PEC os dados são enviados ao SISAB ao mesmo tempo em que as informações vão sendo inseridas na plataforma, no sistema com CDS as informações tanto podem ser coletadas por meio de fichas impressas, que serão posteriormente digitadas na plataforma, como inseridas diretamente no sistema no modo *off-line*, ou seja, sem conexão com a internet. Assim após o profissional concluir a inclusão das informações, estas são repassadas por mídia digital para um módulo centralizador, que realiza o envio ao SISAB (BRASIL, 2015a). Segundo Gaete e Leite (2014), a partir do seu lançamento, o e-SUS passou por diversas atualizações com melhorias e incrementos de funcionalidades, no sentido de atender tanto as unidades de saúde não informatizadas como aquelas com algum tipo de informatização.

Nesse contexto, destacamos dois estudos que retratam a realidade de implementação do e-SUS tanto com o sistema CDS como com o sistema PEC, desenvolvidos por Cavalcante et al. (2018) e Alves et al. (2017). No primeiro trabalho, a pesquisa foi realizada em 54 municípios do Oeste de Minas Gerais, revelando que em 44 deles o sistema implementado era o CDS, 6 tinham sistema próprio, 3 possuíam o sistema com PEC e apenas 1 município relatou não utilizar nenhum sistema. Argumentam que essas diferenças decorrem sobretudo de fragilidades relacionadas à infraestrutura, deficiências nas capacitações e resistência dos profissionais. Já Alves et al. (2017) enfatizaram em seu trabalho, que a infraestrutura fornecida pelo SUS é insuficiente para a implementação do sistema com PEC, forçando as unidades de saúde a utilizarem o CDS ou até mesmo permanecer no antigo sistema (SIAB), tornando a coleta de dados centralizada, o que dificulta o planejamento das equipes.

Desse modo, as diversidades locais e regionais que marcam nosso país, acabou por colaborar para o desenvolvimento de sistemas capazes de operar em diversos cenários (BRASIL, 2013). Foi nesse contexto que o Ministério da Saúde definiu seis cenários distintos onde o e-SUS poderia ser implantado, podendo ser considerados como diferentes estágios de implantação do programa. Cada cenário passa a variar de acordo com a realidade de cada unidade de saúde, dependendo de fatores que passam: pela quantidade de computadores existentes na secretaria municipal de saúde (SMS), nas unidades básicas de saúde (UBS) e nos

consultórios; pela qualidade da conectividade com a internet; e pela capacidade técnica dos profissionais em operar os sistemas do e-SUS (BRASIL, 2018b).

Desse modo no cenário 1, somente a secretaria de saúde tem computadores, devendo os profissionais das unidades de saúde registrarem as informações por meio das 10 fichas impressas do sistema com coleta de dados simplificado (CDS), enviando-as posteriormente à secretaria municipal. No cenário 2, tanto a secretaria municipal como as unidades de saúde têm computadores, porém somente a secretaria tem acesso à internet, nesse caso cabe aos profissionais das unidades de saúde realizar o preenchimento das fichas diretamente na plataforma do sistema com CDS no modo *off-line*, enviando, posteriormente todos os dados à secretaria municipal. No cenário 3, tanto a secretaria municipal como as unidades de saúde possuem computadores com acesso à internet, porém esse acesso é bastante limitado, nesse caso cabe a secretaria municipal enviar uma parte das informações ao servidor central do SISAB e a unidade de saúde outra parte.

Figura 7- Cenário 1 - UBS sem computador e sem conexão à internet



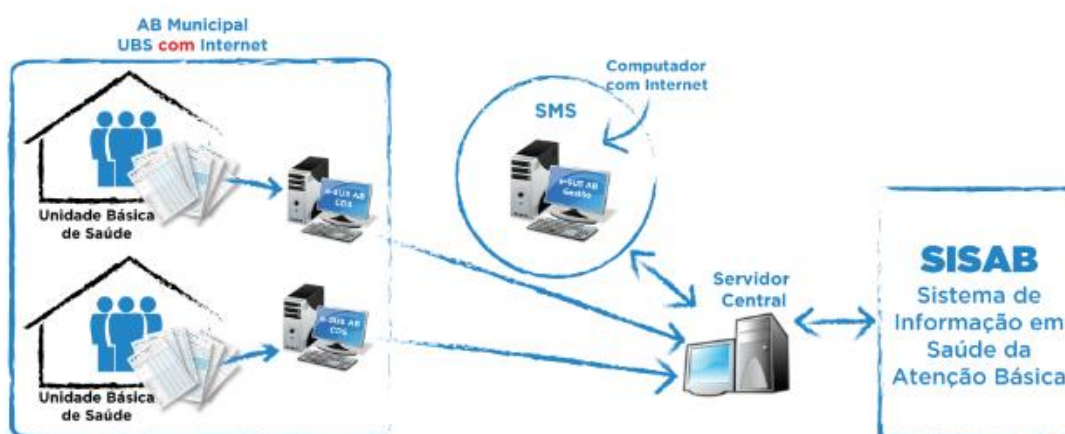
Fonte: BRASIL, 2018b.

Figura 8 - Cenário 2 - UBS com computador e sem conexão à internet



Fonte: BRASIL, 2018b.

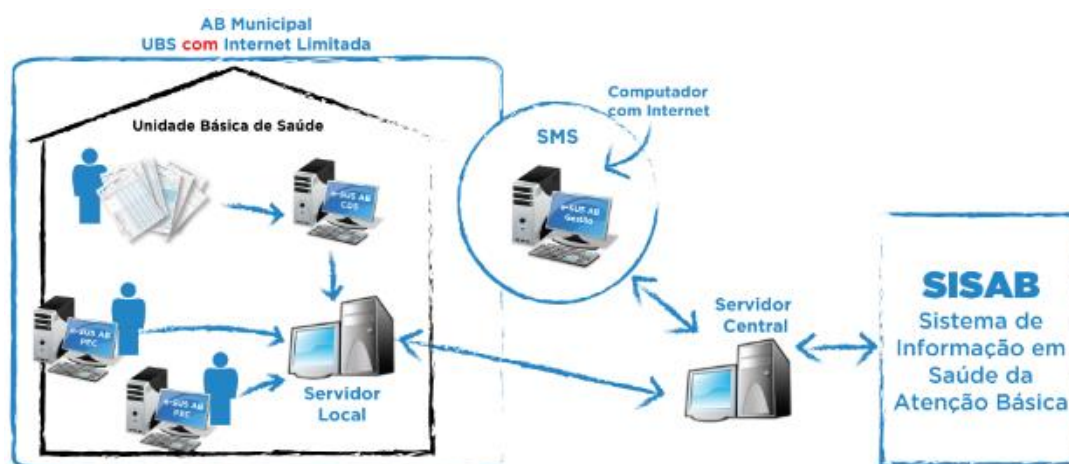
Figura 9- Cenário 3 - UBS com computador e conexão limitada à internet



Fonte: BRASIL, 2018b.

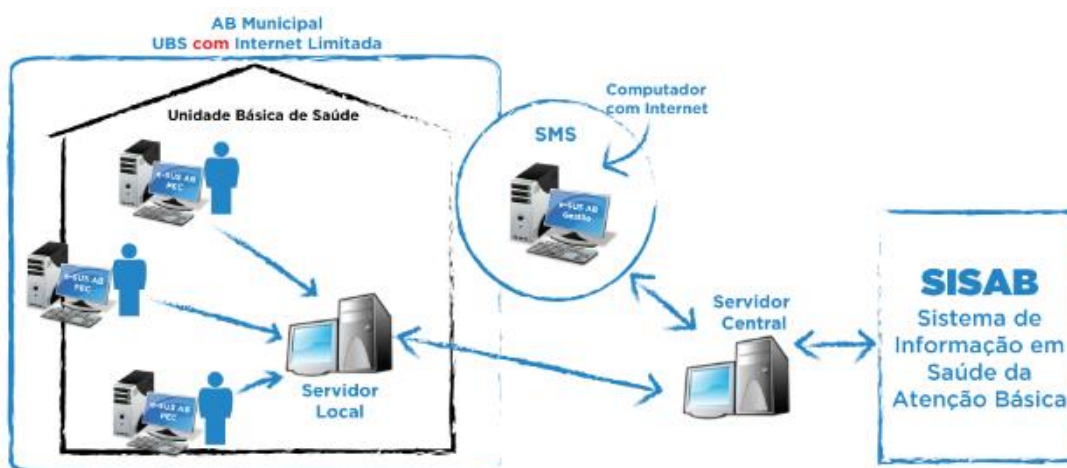
Nos demais cenários, o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) já passa a ser utilizado, e que além da secretaria municipal e das unidades de saúde, os consultórios também passam a dispor de acesso à internet. No cenário 4, apesar da maioria dos consultórios possuírem o sistema com PEC implantado, ainda subsiste o sistema com CDS. Nesse cenário há a utilização de um servidor local, pois como a conexão ainda é limitada nos consultórios, este servidor acaba recebendo todas as informações da unidade e enviando-as para o servidor central do SISAB. No cenário 5 apesar de todos os consultórios possuírem acesso à internet e terem o sistema com PEC implantado, o uso de servidor local permanece. Já o cenário 6 representa o estágio ideal para funcionamento do sistema com PEC, pois todos os consultórios passam a ter computador com internet de boa qualidade, permitindo enviar informações do profissional diretamente para o servidor central do SISAB.

Figura 10- Consultório com computador e conexão limitada à internet



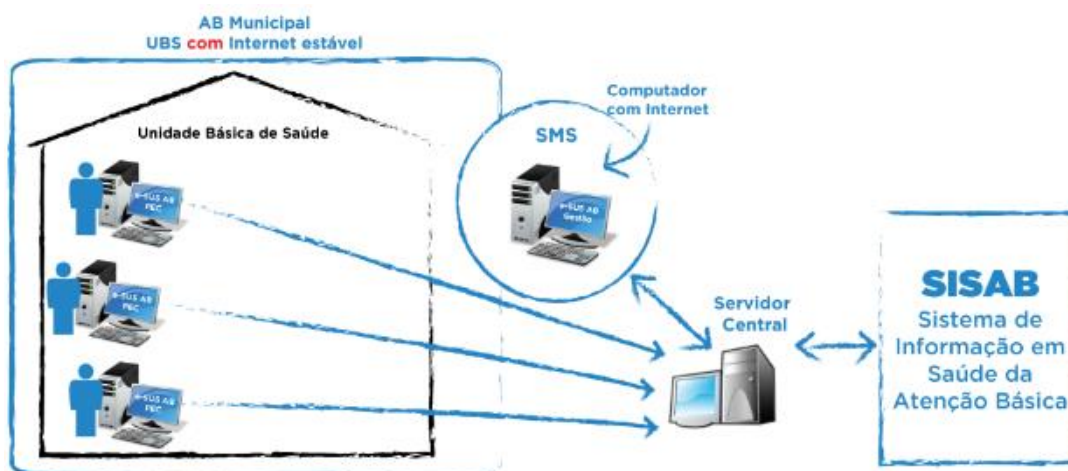
Fonte: BRASIL, 2018b.

Figura 11- Cenário 5 – Consultório com computador e conexão limitada à internet



Fonte: BRASIL, 2018b.

Figura 12- Cenário 6 - Consultório com computador e boa conexão à internet



Fonte: BRASIL, 2018b

Desse modo para a operacionalização correta da estratégia e-SUS alguns requisitos foram exigidos, além de fatores relacionados a características tecnológicas (conectividade à internet, computadores e impressoras), seria necessário também: recursos humanos para prestar suporte à informatização das unidades, o planejamento e capacitação das equipes e dos profissionais de saúde para alimentarem o sistema, a definição dos responsáveis no município pela implementação do Cartão Nacional de Saúde e do e-SUS AB, e a articulação junto a outras instâncias de gestão (SES, COSEMS, CIR, CIB...) para definição de estratégias de implementação do sistema.

Com relação aos recursos humanos, vários estudos sobre a implementação de sistemas de informação foram realizados, apontando para existência de fatores impeditivos ao bom funcionamento dos sistemas, dentre os mais citados temos: desajustes no momento de preparação dos profissionais destinados a operacionalização desses sistemas, sobretudo em relação à deficiência na oferta de capacitação aos profissionais e resistência à mudança por parte de alguns membros das equipes de saúde. Dentre esses estudos, destacamos os trabalhos realizados por Cavalcante e Pinheiro (2011), Pinheiro et al. (2016), Paiva e Jatene (2005), Fonseca e Santos (2007), Bezerra (2009), Salum e Prado (2014), Medeiros et al. (2010) e Silva et al. (2012), cujos resultados serão descritos a seguir.

No primeiro estudo, desenvolvido por Cavalcante e Pinheiro (2011), realizou-se uma análise do processo de capacitação de profissionais e gestores em relação ao Sistema de Informação para Atenção Básica, verificando a forma incipiente, não sistemática e descontínua do processo de capacitação, aferindo inexistência de capacitação para alguns profissionais e

permanência de dúvidas para outros que participaram do treinamento. Já Pinheiro et al. (2016) analisou a utilização de sistemas de informação para tomada de decisão por parte dos gestores de saúde em municípios do sul da Bahia, constando que a produção de conhecimento a partir desses sistemas ainda é muito incipiente, sobretudo pela constatação de ausência de capacitação e treinamento para esses gestores.

Dentro desse contexto de falha na capacitação dos profissionais, Paiva e Jatene (2005) argumentam que embora a necessidade de aperfeiçoamento constante seja inquestionável, ainda existe resistência de alguns profissionais, sobretudo aqueles graduados há mais tempo, pois imaginam que a prática e a experiência compensam a falta de atualização, citando o caso dos médicos, que possuem pouco tempo para dedicar-se a educação permanente. O estudo conduzido por Silva et al. (2012) apontou desafios na construção de uma proposta de Educação Permanente em serviços de saúde, evidenciando tanto questões de ordem organizacional: quando a educação não é tratada como ação estratégica de desenvolvimento de pessoal e não assume um caráter permanente, como de ordem cultural: quando a capacitação é tida como ação finalizadora e não como ponto de partida, deixando de reconhecer os treinamentos como ferramenta de desenvolvimento integral dos sujeito.

A Educação Permanente em Saúde também foi objeto de estudo para as pesquisas desenvolvidas por Salum e Prado (2014) e Medeiros et al. (2010). No primeiro trabalho foi identificado o potencial da educação permanente no desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, comunicacionais, éticas e políticas em profissionais da enfermagem, onde verificou-se contribuição significativa para o desenvolvimento dos profissionais em todas dimensões, sobretudo na dimensão técnica, consolidando essas contribuições tanto relacionamento interpessoal, como na organização do trabalho. Já Medeiros et al (2010) analisou a importância da educação permanente nas estratégias de gestão e no processo de tomada de decisão com enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, constatando sua importância tanto na promoção da autonomia, como na valorização, competência técnica e construção do trabalho da equipe.

Em relação à resistência dos profissionais a informatização do processo de trabalho, o estudo de Bezerra (2009) revelou ser um dos principais desafios para implementação do Prontuário Eletrônico em unidades hospitalares, demonstrando que a insegurança dos profissionais decorria em grande parte pela interferência tecnológica provocada pelos sistemas de informação na relação existente entre profissional e paciente. Em pesquisa também realizada em unidades hospitalares, porém com foco no trabalho do enfermeiro, Fonseca e Santos (2007) observaram, do mesmo modo que a pesquisa anterior, a presença de resistência a mudança por

parte desses profissionais, além de dificuldades na organização do trabalho, em especial nos primeiros momentos após a inserção dos sistemas de informação, levando as enfermeiras a não conceberem a informatização de forma positiva.

Outro fator relacionado com os recursos humanos, apontado pela literatura, como capaz de exercer influência sobre a aceitação dos profissionais ao processo de informatização dos serviços de saúde é a faixa etária. Conforme evidenciado por Narciso et al. (2014), que em seu estudo demonstrou a relação entre a tecnologia da informação e a gestão do cuidado, enfatizando tanto os fatores influenciadores como bloqueadores a adesão dos profissionais a esses recursos tecnológicos, os profissionais que raramente utilizam ou nunca utilizaram computador, em especial os situados na faixa etária de 51 a 60 anos, sentem bem mais insatisfação ao manusear os sistemas de informação.

Em relação a articulação dos municípios junto a outras instâncias de gestão para implementação do e-SUS AB, a proposta definiu os compromissos a serem assumidos tanto pelo governo federal como pelos governos dos estados. Assim ao Ministério da Saúde caberia: fornecer o *software* e-SUS AB e suas atualizações; garantir capacitação para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES); monitorar a implantação do e-SUS AB; garantir conectividade para as UBS inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); incentivar a informatização das UBS, por meio do programa Requalifica UBS (BRASIL, 2013). Instituído em 2011, o Requalifica UBS tem como objetivo destinar incentivos financeiros para reforma, ampliação e construção de UBS, buscando promover condições satisfatórias para o desempenho das ações de saúde. Além das obras de engenharia, o programa também contempla a informatização das unidades (BRASIL, 2018c).

Já a participação das SES na implantação da estratégia e-SUS AB ficou condicionada a assinatura de termos de compromisso entre o governo dos estados e o Ministério da Saúde, estando entre os compromissos a serem assumidos: a informatização das SMS; organização de *Datacenter* regional e estadual; oferecer conectividade e equipamentos para as UBS; capacitar profissionais de informática e de saúde por meio da oferta de cursos de Educação à Distância (EAD), cursos através dos núcleos de Telessaúde e pela disponibilização de equipes permanentes de apoio aos profissionais dos municípios; destinar equipes itinerantes de suporte de Tecnologia da Informação (TI), fornecendo-lhes recursos humanos, passagens, hospedagem e todo suporte necessário; articular junto a empresas de TI, universidades e outros parceiros melhores formas para implantação do sistema; monitorar a implantação dos *softwares* e-SUS AB nos municípios e auxiliar no desenvolvimento de aplicativos. (BRASIL, 2013)

Desse modo ao final da elaboração da estratégia e-SUS definiu-se através da portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013 que a substituição total do sistema em operação até então, o SIAB, pelo SISAB deveria ser feita no prazo máximo de um ano, a contar da data de publicação do referido documento. Porém no dia 30 de junho de 2014, durante a 5ª reunião ordinária da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), representantes do CONASEMS e do CONASS decidiram prorrogar o prazo final de migração do SIAB para o SISAB, no máximo até o dia 20 de julho de 2015. Essa decisão levou o Ministério da Saúde a publicar, em 12 de setembro de 2014, a Portaria GM/MS nº 1.976, modificando a portaria anterior (BRASIL, 2014a). Em 31 de Julho de 2015 uma nova portaria foi editada, a Portaria GM/MS nº 1.113, que prorrogava, mais uma vez, o prazo máximo para substituição do SIAB pelo SISAB, dessa vez para a competência de janeiro de 2016.

Em 06 de outubro de 2016 o governo federal lança um novo prontuário eletrônico, definindo que em 60 dias, ou seja, até dezembro de 2016, todas as Unidades Básicas de Saúde do Brasil deveriam ter implantado o sistema e-SUS com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que a não implantação do sistema geraria bloqueios no repasse de recursos financeiros por meio da suspensão do pagamento do Piso da Atenção Básica - PAB (LABOISSIÈRE, 2016). Segundo dados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2018) na época do lançamento do novo prontuário, 920 unidades estavam informatizadas e ao final do prazo dos 60 dias, esse número havia subido para 11 mil unidades. Porém um ano após o término desse prazo, a meta do governo apresentou-se ainda muito distante de ser cumprida, pois em dezembro de 2017 das mais de 41 mil unidades de saúde do Brasil, apenas 17 mil tinham o sistema com PEC implantado, o que representa apenas 40% do total.

Feita a apresentação e caracterização da estratégia e-SUS atenção básica, passaremos no tópico a seguir, a descrever os caminhos metodológicos utilizados pelo pesquisador, no alcance dos objetivos do presente trabalho.

3 METODOLOGIA

Para realização do presente estudo, alguns procedimentos metodológicos foram adotados, no sentido de alcançar os objetivos propostos inicialmente. Nessa seção faremos a apresentação do caminho metodológico que percorremos para analisar o processo de implementação da Estratégia e-SUS Atenção Básica no município de Apodi-RN, por meio do modelo do ciclo de políticas públicas.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para caracterização desta pesquisa, utilizamos algumas classificações apresentadas pela literatura, organizando essa tipificação a partir: da definição do objeto de pesquisa, da escolha do objeto de estudo e da identificação da natureza da pesquisa. Dentro desse contexto consideramos este trabalho como uma pesquisa descritiva, uma vez que descrevemos a implementação de uma política de saúde, a Estratégia e-SUS Atenção Básica, nas unidades de saúde situadas exclusivamente no município de Apodi. Nesse sentido, Vergara (2000) argumenta que a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou fenômeno, definindo sua natureza e realizando correlações entre variáveis, não tendo o compromisso de explicar os fatos que descreve, embora sirva de embasamento para tal explicação. Para Castro (1976) a pesquisa descritiva limita-se na descrição pura e simples de cada uma das variáveis, sem necessariamente examinar suas associações ou interações.

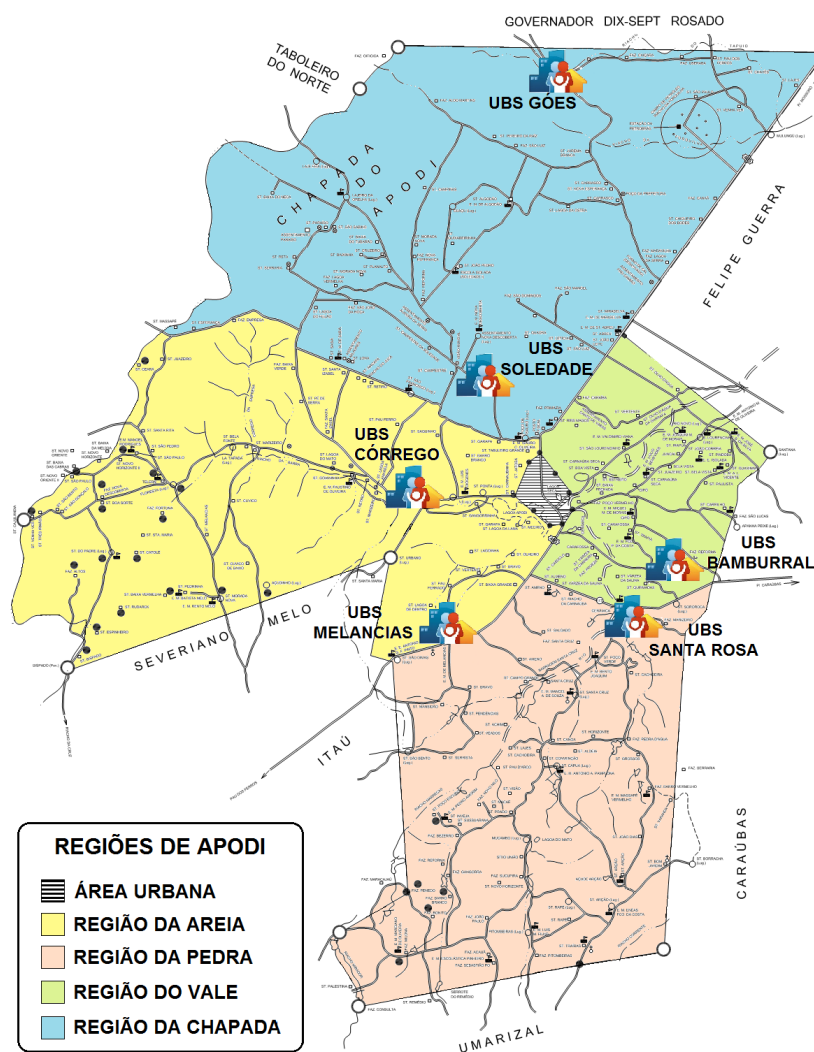
O local de desenvolvimento da pesquisa é o município de Apodi, localizado na região Oeste do estado de Rio Grande do Norte, a 328 Km da capital. Segundo dados do IBGE (2010) o município possui 34.763 habitantes e uma densidade demográfica de 21,69 hab/km². (IBGE, 2018). O município ocupa uma área de 1.602,477 Km² de extensão, equivalente a 3,04% do território estadual, fazendo limite com as cidades de: Governador Dix-Sept Rosado, Felipe Guerra, Umarizal, Itaú, Severiano Melo, Caraúbas, e com o estado do Ceará (IDEMA, 2008). Em 2016, o salário médio mensal era de 1,6 salários mínimos, 10,3% de sua população estava formalmente ocupada e o PIB per capita era de R\$ 11.573,86. Em 2017 o município teve um total de receitas realizadas na casa dos 65 milhões de reais, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) atingiu a marca de 0,639. (IBGE, 2018).

Com relação ao objeto de estudo, classificamos a presente pesquisa como um estudo de caso, pois de acordo com Gil (2002) o estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, que permita proporcionar um amplo e detalhado conhecimento. Schramm citado por Yin (2001) argumenta que por meio do estudo de caso é possível elucidar uma decisão ou conjunto de decisões, de que modo foram implementadas e as quais resultados chegaram. Desse modo, adotamos para o desenvolvimento desta pesquisa, um estudo de implementação do tipo avaliação de eficiência ou de processos, que de acordo com Viana (1998) consiste na aferição da adequação entre os meios e os fins, levando em consideração aspectos organizacionais, institucionais e sociais, no sentido de reorientar o modelo de

implementação em função do que foi planejado. Para Cotta (1998) avaliar a eficiência diz respeito a relação entre os resultados e os custos envolvidos na implementação do programa.

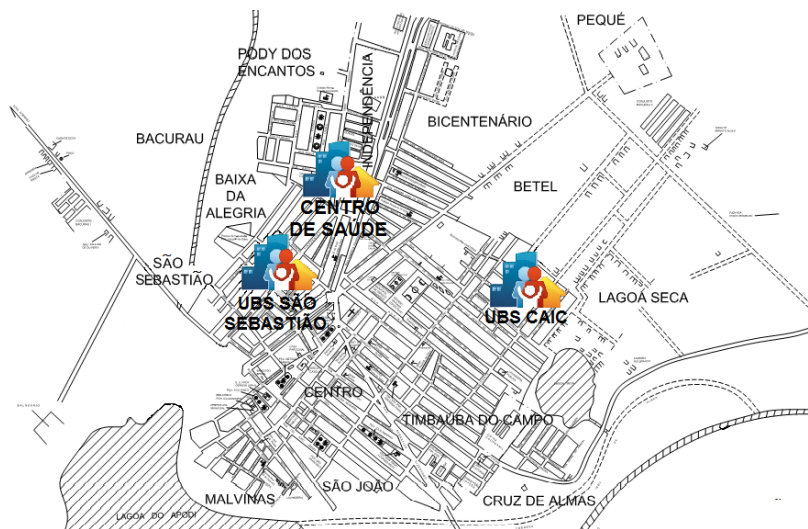
A pesquisa de campo foi realizada nas 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde do município de Apodi, que possuíam equipes de atenção básica cadastradas e em funcionamento, são elas: UBS Bamburral, localizada no sítio Bamburral; UBS CAIC, localizada no bairro Lagoa Seca; UBS Centro de Saúde, localizada no bairro São Sebastião; UBS Córrego, localizada no Distrito do Córrego; UBS Goes, localizada no sítio do Gois; UBS Melancias, localizada no Distrito de Melancias; UBS Santa Rosa, localizada no sítio Santa Rosa; UBS São Sebastião, localizada no bairro São Sebastião; e UBS Soledade, localizada no Distrito de Soledade. A distribuição das unidades de saúde no território do município, tanto na zona urbana como rural, estão dispostas conforme indicado nas Figuras 13 e 14:

Figura 13- Distribuição geográfica das UBS na zona rural do município de Apodi-RN



Fonte: Elaborado a partir de MEDEIROS (2011)

Figura 14- Distribuição geográfica das UBS na zona urbana do município de Apodi-RN



Fonte: Elaborado a partir de MEDEIROS (2011)

Com relação aos atores sociais a pesquisa, podemos constatar que é composto pelos: profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB) em atividade nas nove unidades básicas de saúde e da Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) cadastrada na UBS Centro de Saúde, que levando em consideração o quantitativo de profissionais cadastrados no CNES na competência de outubro de 2018, somam 135 profissionais, sendo: 9 médicos, 11 enfermeiros (desses, 9 exercem também a função de gerente da UBS), 9 técnicos de enfermagem, 9 Cirurgiões-dentistas, 9 técnicos de saúde bucal e 88 agentes de saúde, destes 18 integrantes do EACS; 1 (um) ex-coordenador e 1 (um) coordenador da Atenção Básica.

Dessa maneira, ao todo pretendeu-se pesquisar uma amostra de 137 profissionais. Apesar dos esforços empreendidos, no momento da visita do pesquisador às Unidades Básicas de Saúde, alguns membros da equipe encontravam-se ausentes, seja por razão do gozo de direitos (férias, afastamento ou licenças), seja por encontrarem-se em atividade fora da UBS no horário da visita, além de alguns profissionais, sobretudo, Agentes Comunitários de Saúde, que estavam desenvolvendo atividades diversas, principalmente de cunho administrativo, à serviço da Secretaria Municipal de Saúde, em outros setores do órgão. Assim, devido a esses fatores, a pesquisa foi realizada com a participação de 85 membros da atenção básica, equivalendo a aproximadamente 38% do universo de profissionais de saúde em atuação na rede municipal.

No Quadro 9 a seguir, estão representados o quantitativo de profissionais abrangidos pela pesquisa em relação à quantidade total de profissionais cadastrados no CNES, no mês de competência outubro de 2018, ambos divididos por tipo de cargo ocupado:

Quadro 9 - Relação entre o total de profissionais e o total de participantes da pesquisa.

Cargo	Total de Profissionais	Participantes da pesquisa	Equivalência (%)
Agente Comunitário de Saúde	88	53	60%
Cirurgião-Dentista	9	6	66%
Coordenador da AB	1	1	100%
Enfermeiro (Gerente da UBS)	11	8	72%
Ex-coordenador da AB	1	1	100%
Médico	9	3	33%
Técnico de Enfermagem	9	7	77%
Técnico de Saúde Bucal	9	6	66%
TOTAL	137	85	62%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do CNES (2018) e dos dados primários.

Os dados representados no Quadro 9, demonstram que a pesquisa conseguiu atingir um percentual considerável de profissionais em relação ao total de membros cadastros, que em todos os tipos de ocupação, o índice superou a casa dos 50%, com exceção da categoria de médicos, cujos os entrevistados representaram apenas um terço do total de profissionais, desses 2 eram cubanos, integrantes do Programa Mais Médicos e 1 de nacionalidade brasileira. Outro fato relevante é a predominância dos profissionais da enfermagem, tanto os bacharéis como os técnicos, na participação da pesquisa, em relação aos demais membros da atenção básica. A Equipe de Saúde Bucal apresentou os mesmos índices tanto para Cirurgião-dentista como para técnico, revelando que em todas as unidades de saúde visitadas, a equipe estava atuando com sua formação completa.

A escolha desses atores sociais está relacionada diretamente com a natureza da política pública objeto de nosso estudo, pois como Estratégia e-SUS AB é voltada para a atenção básica, optamos por estudar as três modalidades de equipe que agrupa o maior número de profissionais e cujas as ações são desenvolvidas quase que exclusivamente dentro das UBS. Preferimos ouvir cada um desses membros, por acreditar que para conseguirmos traçar um perfil fidedigno das equipes e dos profissionais que integram a atenção básica, fazia-se necessário coletar de forma individual a percepção de cada um deles sobre suas aptidões para operar o sistema, sobre as formas adotadas para inclusão de dados referentes às ações desenvolvidas por ele ou pela equipe

que integra, sobre a infraestrutura disponível para operacionalização dos softwares e sua avaliação sobre a influência do e-SUS no seu trabalho diário e no de sua equipe.

3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Com relação às técnicas de coleta de dados a serem utilizadas neste trabalho, empregamos como fonte de dados: a pesquisa documental, a pesquisa bibliográfica, a aplicação de questionário e a realização de entrevistas semiestruturadas. Na pesquisa documental, foram analisadas as portarias e manuais editados pelo Ministério da Saúde, as notas técnicas expedidas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as resoluções elaboradas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e demais documentos que tratem da formulação e implantação do sistema. De acordo com Gil (2002) a pesquisa documental utiliza-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico e podem ser reelaborados a depender do objeto a ser pesquisado. Zanella (2012) complementa que a pesquisa documental envolve a investigação tanto de documentos internos (da organização) como externos, utilizada tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

Já na pesquisa bibliográfica, foram consultadas as principais fontes bibliográficas disponíveis na internet, que versavam sobre análise de políticas públicas, mas especificamente sobre implementação e avaliação das políticas de saúde, como forma de conseguirmos um melhor suporte teórico para coleta e verificação dos dados da pesquisa. Segundo Cervo e Bervian (2003), a pesquisa bibliográfica caracteriza-se por tentar explicar um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos, se constituindo como uma fase da pesquisa descritiva ou experimental. Para Koche (1997) umas das finalidades da pesquisa bibliográfica é ampliar o conhecimento na área, para depois utilizá-lo como modelo teórico que dará sustentação ao problema de pesquisa. O autor complementa ainda que a pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador descrever e sistematizar o estado da arte na área a ser estudada.

Um dos instrumentos de coleta de dados primários que utilizamos nessa pesquisa foi a aplicação de questionários (anexo II), destinado a todos os 135 profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF), das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) do município de Apodi, buscando atingir alguns objetivos conforme descritos no quadro 8. Para Gil (2002) o questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões submetidas as pessoas de quem se pretende obter as informações. Segundo o autor construir um questionário significa basicamente traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. Zanella (2012) argumenta que as questões

podem ser: descritivas, quando busca descrever o perfil dos participantes; comportamentais, quando o propósito é conhecer o comportamento das pessoas; e preferenciais, quando avalia opiniões e preferências.

Quadro 10 - Estrutura do questionário de avaliação

Bloco de questões	Objetivo	Nº de questões
1. Perfil Profissional do Entrevistado	Conhecer a ocupação e a experiência do entrevistado na Atenção Básica.	5
2. Perfil da Capacidade Operacional da Equipe	Observar a capacidade das equipes e dos profissionais de saúde em operar os <i>softwares</i> .	14
3. Perfil da UBS	Aferir a existência de infraestrutura mínima para funcionamento do e-SUS nas unidades de saúde.	8

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além da aplicação de questionário, realizou-se também entrevistas semiestruturadas (anexo II) que foram gravadas e tiveram seu conteúdo analisado e os trechos relevantes foram transcritos nos resultados. As entrevistas tiveram como destinatários: 1 ex-coordenador da atenção básica (ocupante do cargo entre 2013 e 2016), o atual coordenador da Atenção Básica e os 9 gerentes das UBS, que em Apodi, são os próprios enfermeiros da ESF, pois são nesses profissionais que se concentram as informações referentes a atenção básica. A entrevista teve como objetivo realizar, a partir da visão desses gestores, um resgate histórico de como se deu a implementação da estratégia no município e como entra-se nos dias atuais. De acordo com Prodanov (2013), a entrevista é uma técnica onde a obtenção de informações sobre determinado assunto, é realizada por meio da descrição verbal dos informantes. Para Gil (2002) é uma das técnicas mais utilizadas nas ciências sociais, pois permite coletar informações do que as pessoas sabem, creem, esperam ou desejam, permitindo ao entrevistador captar outros tipos de informação não verbal.

3.3 MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA

Para a análise dos dados e organização dos resultados foram utilizados conhecimentos trazidos pelo modelo do ciclo de políticas públicas, mais especificamente os atribuídos à fase de implementação. A partir das contribuições do modelo, buscou-se avaliar a eficiência desse processo de implementação na Estratégia e-SUS Atenção Básica no município de Apodi-RN, analisando para isso: a influência das principais características dos pesquisados para implementação do e-SUS, o perfil dos profissionais e das equipes que operam os softwares do programa e a infraestrutura básica das unidades de saúde do município de Apodi-RN.

Para efeitos dessa pesquisa, implementação é fase em que ocorre a materialização da solução indicada, onde os recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos são utilizados para executar a política (SARAIVA e FERRAREZI, 2006). A análise dessa etapa permite identificar quais variáveis influenciaram o alcance dos objetivos, dividindo essas variáveis de acordo com grau de dificuldade de enfrentamento do problema, capacidade dos instrumentos legais e efeitos do contexto político (SABATIER e MAZMANIAN, 1980). Para essa fase do ciclo, nossa pesquisa pretende elucidar, por meio da análise de documentos (instrumentos legais) e realização de entrevistas com gestores e ex-gestores da Atenção Básica, os fatores operacionais, normativos e políticos que determinaram a implementação da estratégia e-SUS em Apodi-RN.

Já a avaliação, para efeito de nossa pesquisa, considerou-se como um processo de conhecimento da política, que possibilita mensurar sua viabilidade, impactos e resultados (CARNEIRO, 2013), seguindo uma classificação conforme a descrita por Boschetti (2009), que caracteriza a avaliação de acordo com: seus objetivos (eficiência, eficácia e efetividade); momento em que se realizam: (*ex-ante* e *ex-post*) e da posição de quem realiza (interna e externa). Dessa maneira, para que esse trabalho cumprisse com os objetivos propostos, optamos por realizar uma avaliação: *ex-ante*, buscando aferir a eficiência na implementação da estratégia e-SUS AB no município de Apodi, conduzida por membro externo às equipes estudadas. Para tanto, aplicamos os questionários (anexo II) com os profissionais integrantes das Equipes de Atenção Básica, que operam o sistema cotidianamente.

Para análise desses dados realizou-se uma pesquisa baseada no método qualitativo com análise de conteúdo, que de acordo com Godoy (1995) não procura enumerar ou medir os eventos estudados com emprego de instrumental estatístico, mas descreve pessoas, fenômenos e processos interativos por meio do contato direto entre pesquisador e situação estudada. Gil (2002) complementa que a análise dos dados com emprego da abordagem qualitativa, não depende de fórmulas ou receitas pré-estabelecidas definidas previamente para orientar os pesquisadores, mas depender muito mais da capacidade e do estilo do pesquisador.

Já a análise de conteúdo, segundo Bardin (2000) consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações com objetivo de obter, através de procedimentos de descrição do conteúdo das mensagens, informações que estão sendo ditas sobre determinado tema. De acordo com Morais (1999), a análise de conteúdo constitui de uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de todos tipos de documento, oriundos de comunicação verbal e não verbal, aplicável tanto nas abordagens quantitativas como qualitativas, permitindo através da reinterpretação das mensagens, uma compreensão de seus significados para além de uma leitura comum. O autor argumenta ainda que essas informações costumam chegar em estado bruto ao pesquisador, necessitando então de serem processadas, e posteriormente captadas seu conteúdo.

Desse modo, nossa pesquisa se concentra em analisar o conteúdo das informações provenientes dos profissionais da atenção básica, que nos chegou através dos questionários e dos relatos das entrevistas. Nosso intuito é fornecer ao leitor uma compreensão de como encontra-se a implementação do e-SUS no município, a partir do significado das manifestações de cada participante, conforme veremos no tópico a seguir.

Quadro 11 - Resumo Metodológico

Objetivos	Instrumentos	Sujeitos
Identificar as características pessoais e a influência do perfil profissional dos participantes do programa no seu processo de implementação.	Pesquisa Bibliográfica e Questionários	Membros das equipes: Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal (ESB) e de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).
Verificar a capacidade operacional das equipes e dos profissionais.	Questionários e Entrevistas	Todos os sujeitos da pesquisa
Avaliar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde	Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa Documental, Questionários e Entrevistas	Todos os sujeitos da pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa, cuja descrição dos dados manteve intima relação com o processo de implementação da Estratégia e-SUS Atenção Básica no município de Apodi-RN, permitindo a partir da análise desses dados, a

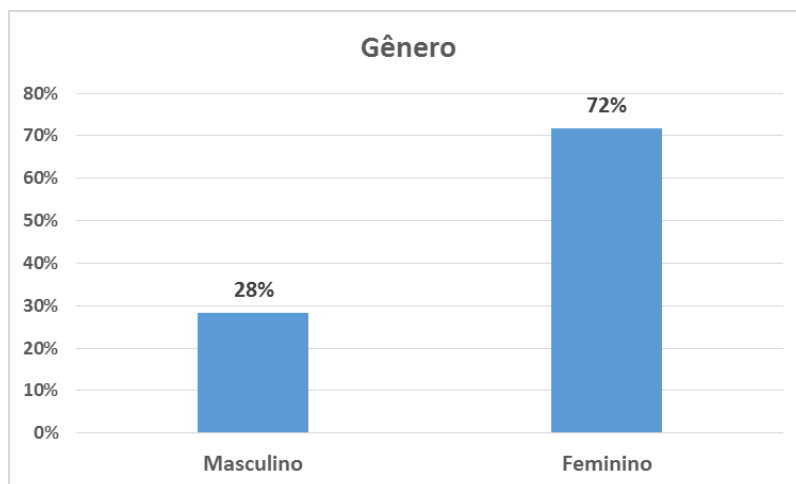
realização de avaliação do processo de implementação. Para melhor compreensão e organização dos resultados, essa seção foi dividida entre três tópicos: 1 - Caracterização pessoal e profissional dos participantes da pesquisa, levantando informações sobre: a quantidade de profissionais que compõe as equipes, tipo de vínculo, faixa etária, gênero, tempo de atuação na atenção básica e escolaridade; 2 – Capacidade Operacional das Equipes e dos Profissionais da Atenção Básica, em termos de aspectos relevantes das equipes para implementação do e-SUS AB e por fim, 3 - Cenário das Unidades Básicas de Saúde, onde foram levantados dados estruturais e operacionais das unidades, permitindo analisar em que situação se encontra o processo de implementação da estratégia em cada uma delas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para que os objetivos deste trabalho expressassem um retrato mais fidedigno da realidade da Atenção Básica do município de Apodi-RN, e adquirisse uma maior abrangência de estudo, pretendeu-se que a coleta de dados fosse realizada com 137 profissionais, sendo: 1 ex-coordenador, 1 coordenador da atenção básica e 135 profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família, das Equipes de Saúde Bucal e da Equipe de Agentes Comunitários de Saúde. Porém conforme apresentado no tópico 3.1 deste trabalho, devido à ausência de alguns profissionais no momento da visita do pesquisador às Unidades Básicas de Saúde, a pesquisa contou com a participação de 85 profissionais, com a coleta de dados se dando através de encontros para aplicação do questionário ou realização das entrevistas, ocorrendo entre os meses de outubro e novembro de 2018.

Feito o levantamento dos quantitativos de profissionais abrangidos neste estudo, a pesquisa iniciou sua investigação, fazendo uma sondagem sobre qual gênero era predominante entre esses profissionais de saúde, revelando os seguintes dados conforme representados no gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Profissionais por Gênero



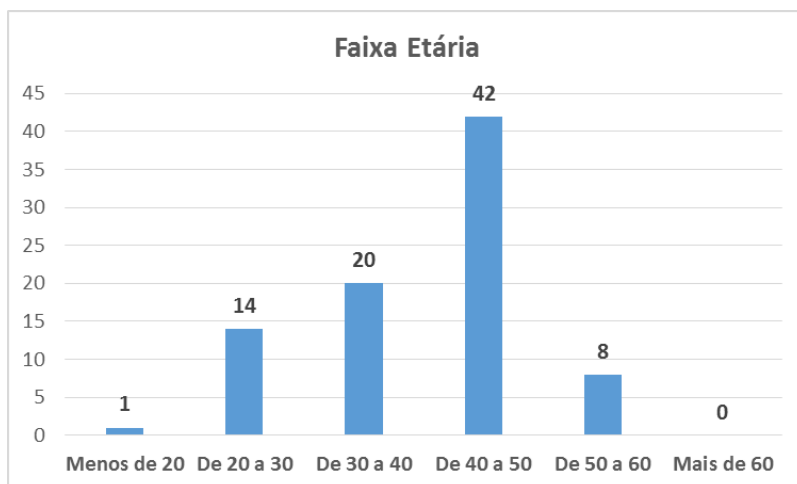
Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

A partir da análise dos dados, podemos observar que no município de Apodi-RN, entre os membros das equipes de atenção básica, há uma larga predominância do gênero feminino na composição das equipes, com as mulheres sendo maioria entre os ocupantes de todos os cargos abrangidos pela pesquisa, inclusive para os cargos de técnico de enfermagem e técnico de saúde bucal, onde todas são mulheres. Os dados revelam que o município em estudo apresenta uma acentuada feminilização do mercado de trabalho em saúde, fenômeno que tem sido observado cada vez com mais frequência na força de trabalho brasileira, conforme evidenciado nos últimos censos do IBGE e nos estudos que se seguem.

Assim os dados coletados pelo nosso estudo, apresentou índices bastante semelhantes aos resultados mensurados na pesquisa desenvolvida por Wermelinger et al (2010), que apontam um significativo aumento da presença das mulheres nos postos de trabalho da área da saúde, revelando que dentre os cargos de nível superior, as mulheres já ocupam 61,75% das vagas no mercado de trabalho, enquanto para os cargos de nível técnico e auxiliar, o percentual sobe para 73,7%, acentuando-se ainda mais quando considerado apenas o cargo de técnico de enfermagem, quando o índice chega 86,9%. Nesse sentido Machado et al. (2006) apresentam que no Rio Grande do Norte, 62% da força de trabalho em saúde é composta por mulheres, que são maioria tanto nos cargos de nível médio, como de nível superior, sendo exceção apenas os cargos de médico, cirurgião-dentista e veterinário.

Outro aspecto investigado pelo presente estudo, foi a faixa etária dos membros da atenção básica, cujos os dados foram demonstrados conforme gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Profissionais por Faixa Etária



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

Um fato relevante que nos chamou a atenção, é que nenhum profissional pesquisado relatou ter idade acima dos 60 anos e apenas 1 profissional expressou ter menos de 20 anos, mostrando uma prevalência muito baixa de profissionais com idades marginais. Os dados revelam ainda que uma significativa parcela dos profissionais das equipes de saúde do município, em torno de 73%, concentra-se na faixa etária entre os 30 e 50 anos, que de acordo com Garcia et al. (2013) pode ser considerado como um público de meia-idade. Outro detalhe observado pela pesquisa é que quase todos os profissionais acima de 40 anos, são ocupantes do cargo de agente comunitário de saúde, revelando ser a categoria profissional de maior faixa etária da pesquisa.

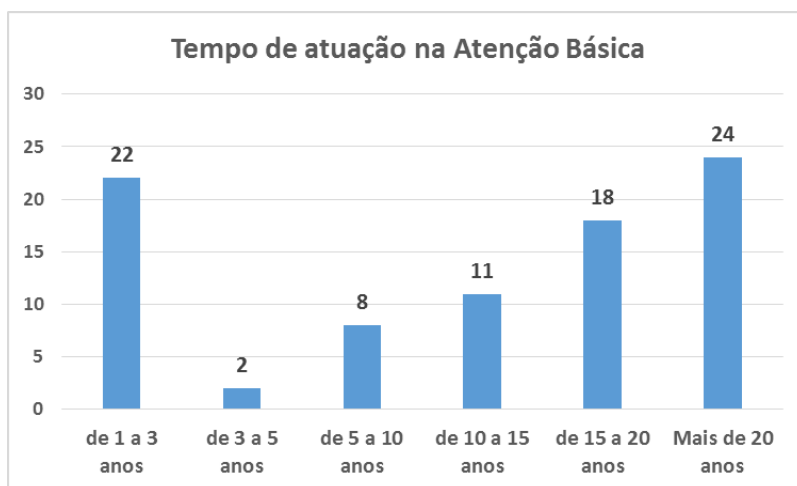
No estudo realizado pelo referido autor, relacionando a faixa etária dos profissionais de saúde com a percepção deles em relação a algumas variáveis organizacionais e de satisfação no trabalho, revelou que os profissionais mais jovens apresentaram como satisfatórios aspectos referentes ao desejo de aprendizado e a busca em adquirir experiência, pontos considerados insatisfatórios pelos profissionais de meia-idade. Assim se considerarmos os dados do estudo e correlacionar com o fato da Estratégia e-SUS AB exigir dos profissionais a adoção de uma nova metodologia de trabalho, podemos perceber que a presença de profissionais com idade acima dos 40anos, representou uma das dificuldades para implementação e utilização dos *softwares* pelas equipes, fato confirmado por um de nossos entrevistados:

“Acredito que um dos fatores que também dificultaram para implantação do e-SUS na nossa cidade, foi o perfil dos profissionais de saúde: a maioria não tinha aproximação com a informática, alguns

com idade igual ou superior a 50 anos, isso dificultava muito o interesse deles” (E6).

A faixa etária também tem relação com outra característica observada pela pesquisa: o tempo de serviço na atenção básica. Os resultados demonstraram certa equivalência entre as categorias da extremidade, conforme representado no gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Quantidade de profissionais por tempo de serviço



Fonte: Elaborado pelo autor, conforme dados primários.

Desse modo podemos perceber que a grande maioria dos profissionais, aproximadamente 72%, tem mais de 5 anos de atuação na atenção básica, que a época em que iniciaram suas atividades o SIAB, antigo sistema de informação da Atenção Básica, ainda estava vigente, revelando que de fato vivenciaram um intenso processo de adaptação para o novo sistema. Essa parcela de profissionais com mais de 5 anos de atuação, é composta basicamente por servidores de vínculo efetivo com a Prefeitura Municipal de Apodi-RN, cujos cargos ocupados e os quantitativos estão expressos no quadro 9.

Já os outros 28%, representam os profissionais temporários contratados por meio de processos seletivos simplificados, já que há mais de 10 anos o município não realiza concurso público para área da saúde. Esse regime de contratação acaba representando uma barreira para que os profissionais, com certa experiência na utilização do sistema, permaneça na equipe, uma vez que, como os contratos são celebrados por tempo determinado, à medida que expiram a validade e/ou ocorrem mudanças de gestão municipal, esses profissionais são substituídos por outros, que na maioria das vezes, não possuem familiaridade com o sistema. Desse modo, podemos perceber que essa rotatividade frequente nas equipes, acaba por retardar o processo

de implementação da estratégia e-SUS AB, já que a cada período de transição, há a necessidade dos profissionais passarem por um novo treinamento, levando um certo tempo para iniciarem a operacionalização dos sistemas.

No município de Apodi-RN, esse modelo de contratação foi adotado no recrutamento de profissionais para atuarem tanto nas equipes de Saúde da Família como nas equipes de Saúde Bucal, cujas funções e quantidades foram definidas de acordo com o déficit de servidores efetivos para suprir as necessidades das unidades de saúde, havendo a necessidade de contratação tanto de médicos, como de enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal. Apesar de não terem vivenciado o período de transição entre SIAB e e-SUS, esses profissionais forneceram informações relevantes para pesquisa, sobretudo em relação à situação atual da estratégia no município e infraestrutura das UBS.

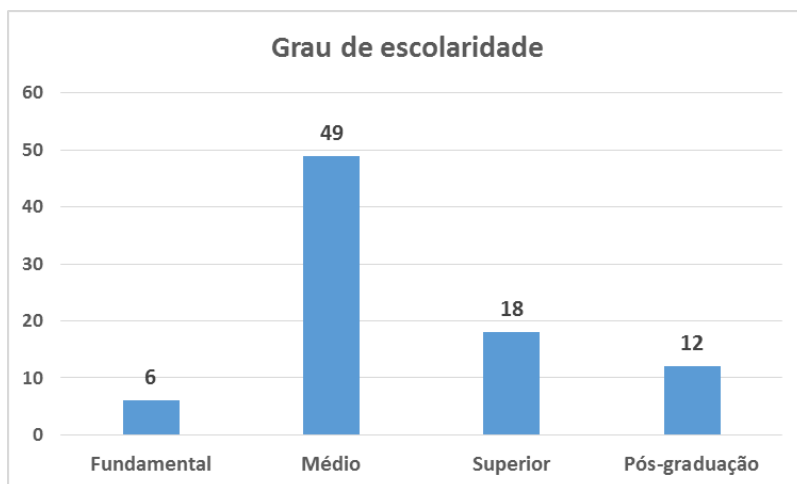
Quadro 12 – Participantes com vínculo efetivo em relação ao total pesquisado

Cargo	Quantidades com vínculo efetivo (%)	Total de profissionais pesquisados
Agente Comunitário de Saúde	53 (100%)	53
Cirurgião Dentista	1 (16,5%)	6
Enfermeiro	1 (12,5%)	8
Médico	0 (0%)	3
Técnico de Enfermagem	3 (42%)	7
Técnico de Saúde Bucal	0 (0%)	6
TOTAL	58 (68,2%)	85

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de CNES (2018)

Outra investigação realizada pela pesquisa foi sobre o grau de escolaridade desses profissionais, cujos resultados são demonstrados logo abaixo:

Gráfico 4 - Quantidade de profissionais por Grau de Escolaridade



Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados primários.

Alguns desses números se devem sobretudo aos pré-requisitos mínimos exigidos para o provimento dos cargos, fazendo-se uma ressalva sobretudo para os ocupantes do cargo de Agente Comunitários de Saúde, pois na época de realização do concurso a exigência era ensino fundamental completo, e hoje quase a totalidade deles já adquiriram outros níveis de escolaridade. Os profissionais participantes da pesquisa que atingiram níveis educacionais mais elevados, estão demonstrados logo abaixo, conforme Quadro 13:

Quadro 13- Número de profissionais com escolaridade acima do pré-requisito do cargo

Nível de escolaridade	Cargo	Nº de profissionais (%)	Total de pesquisados
Pós-graduação (<i>Stricto Sensu</i>)	Ex-coordenadora AB	1 (100%)	1
Pós-graduação (<i>Lato Sensu</i>)	Agente Comunitário de Saúde	1 (1,88%)	53
	Médico	1 (33,3%)	3
	Cirurgião Dentista	5 (83,3%)	6
	Enfermeira	4 (50%)	8
	Coordenadora AB	1 (100%)	1
Superior	Agente Comunitário de Saúde	7 (13,2%)	53
	Técnico de Enfermagem	2 (28,5%)	7
	Técnico de Saúde Bucal	1 (16,6%)	6
Médio	Agente Comunitário de Saúde	38 (71,6%)	53

Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados demonstram que para algumas categorias profissionais, o nível de escolaridade dos servidores foi acima do mínimo exigido para seus respectivos cargos, a exemplo: dos agentes comunitários de saúde, uma vez que dos 53 ACS pesquisados apenas 6 permaneceram no nível que se inseriram na atenção básica (fundamental); dos enfermeiros, pois de 8 pesquisados 4 possuíam pós-graduação; e dos cirurgiões-dentistas, dos 6 pesquisados 5 já se encontravam com pós-graduação concluída. Porém outras categorias apresentaram um índice menor, não atingido nem 50% dos seus profissionais com nível de escolaridade superior ao mínimo, dos quais citamos: os técnicos de enfermagem, pois dos 7 pesquisados somente 2 tinham superior; técnicos de saúde bucal, uma vez que dos 6 técnicos apenas 1 possuía superior e pôr fim a categoria dos médicos, dos 3 participantes da pesquisa, apenas 1 apresentou pós-graduação.

Silva et al. (2012) argumentam que alguns fatores podem ser elencados como responsáveis pela estagnação do processo de qualificação profissional dos colaboradores do SUS, citando entre eles: a não participação de todos os profissionais da equipe, resistência de alguns profissionais aos novos conhecimentos, falta de tempo, excessivas demandas de tarefas, falta de incentivos financeiros e ausência de estímulo por parte dos gestores para que o profissional se atualize. Com relação aos médicos, Paiva e Jatene (2005) explicam que sua maioria tem pouco tempo de estudar, dada sua vasta jornada de trabalho, ressaltando que a participação em congressos, simpósios e cursos apresentam um custo elevado, sobretudo por serem ofertados em centros distantes de onde residem. O autor argumenta ainda que os médicos mais jovens, por terem mais afeitos ao estudo, acabam tendo uma resistência menor que os graduados há mais tempo.

Apesar dessas realidades, Salum e Prado (2014) argumentam que no âmbito do trabalho em saúde, um dos aspectos cruciais frente as constantes transformações nos modelos assistenciais, são os investimentos em formação profissional, voltados sobretudo para o atendimento às necessidades da população e das equipes. Para Medeiros et al. (2010) a adoção de práticas de Educação Permanente em Saúde tem surgido como uma estratégia para identificação de fragilidades no cuidado e preparação dos profissionais para situações inovadoras emergidas no cotidiano. É justamente devido sua importância, que o Ministério da Saúde lançou em 2007 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com objetivo de fomentar a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, tanto de nível técnico e como superior, envolvidos na assistência e na gestão (BRASIL, 2018).

Realizada a caracterização dos participantes da pesquisa, traçaremos a partir do tópico a seguir, o perfil dos profissionais e das equipes da atenção básica em relação a utilização da

Estratégia e-SUS, sobretudo em relação: a aptidão dos profissionais e das equipes na operacionalização dos *softwares*, ao apoio recebido para manuseio das plataformas, as capacitações, as formas de inserção de informações, aos tipos de sistema utilizado e a percepção sobre melhorias trazidas pelo programa.

4.2 CAPACIDADE OPERACIONAL DAS EQUIPES E DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Iniciamos este tópico tratando de uma questão indispensável para a utilização da Estratégia e-SUS, trata-se da aptidão do profissional no manuseio de computadores e na utilização de ferramentas da internet. Conforme visto nas discussões apresentadas no Referencial Teórico, apesar de um dos sistemas da Estratégia e-SUS não necessitar de conexão à rede de internet para operar, pois no sistema com CDS as informações podem ser inseridas com a utilização de fichas impressas (que posteriormente serão enviadas para digitação e inserção dos dados no SISAB), a proposta do e-SUS é equipar todas as Unidades Básicas de Saúde com o sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão, cujo funcionamento exige que as informações sejam inseridas em tempo real, no momento que os profissionais realizarem os procedimentos. Dessa maneira, para que o e-SUS funcione nesses moldes, faz-se necessário que o mesmo tenha domínio no uso de computadores e ferramentas da rede de internet.

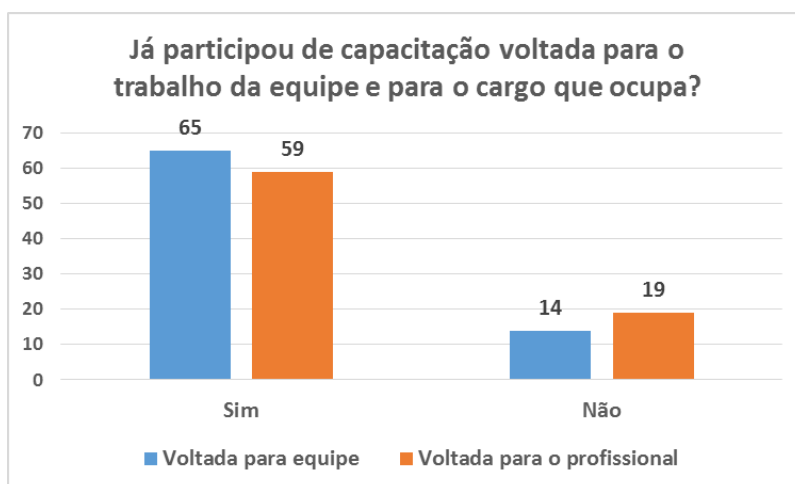
Justamente devido sua importância, iniciamos a construção do perfil dos profissionais da atenção básica do município de Apodi-RN, a partir dos dados referentes a aptidão desses profissionais para uso de computador e internet. Os resultados revelaram que a grande maioria deles, ou seja, 68 profissionais relataram ter aptidão para uso dessas ferramentas informacionais. Merece destaque o fato de 10 deles terem expressado não saber utilizar computador, dos quais 8 são ocupantes do cargo de agentes comunitários de saúde e 2 técnicos de enfermagem. Esses profissionais, com certeza, enfrentarão uma dificuldade adicional na utilização do sistema e talvez permaneçam utilizando permanentemente as fichas impressas. Esses números acabam se somando ao relato de um dos entrevistados:

“Os ACS foram os que tiveram mais dificuldade, os que tinham mais jeito com computador ensinavam os que tinham mais dificuldade e assim foi seguindo, porque muitos deles tem dificuldade com informática, talvez um curso de informática básica teria ajudado muito no início” (E3).

De acordo com estudo desenvolvido por Narciso et al. (2014) os profissionais que raramente utilizaram ou nunca utilizaram um computador, especialmente na faixa etária de 51-60 anos sentem uma maior insatisfação com a utilização dos sistemas de informação, adquirindo uma maior resistência. Apesar disso, podemos observar um percentual bastante elevado de profissionais com conhecimento para utilizar as ferramentas básicas de operacionalização do e-SUS, o computador e a internet. Apesar do processo de inserção de informações no sistema necessitar de um conhecimento adicional sobre as funcionalidades dos *softwares*.

Dentro desse contexto, surge a necessidade de realização frequente de capacitações sobre a utilização dos computadores, para os profissionais com maiores dificuldades, e sobre as funcionalidades dos *softwares* do e-SUS com todos os membros das equipes, sobretudo pelo fato do sistema passar constantemente por atualizações. Assim em relação a realização de capacitação voltada para o trabalho das equipes como um todo e voltada exclusivamente para os cargos ocupados pelos profissionais, a pesquisa demonstrou alguns resultados, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 5 - Quantidade de participantes da capacitação



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

Em relação aos profissionais que revelaram ter participado de pelo menos uma capacitação, junto com a equipe, destacamos apenas os 14 profissionais que relataram não ter participado de nenhuma capacitação para equipe que integram. Como tratam-se de profissionais pertencentes a equipes de saúde diferentes, e com tempo de atuação divergentes entre si, é sugestivo que esses pesquisados não estivessem presentes no momento em que a capacitação

foi realizada para equipe que integram, expressando também que as capacitações não são ofertadas com certa regularidade, uma vez por ano, por exemplo.

No tocante aos profissionais que participaram de capacitação voltada para o cargo que ocupam, notamos que a quantidade foi menor do que os participantes de capacitação para as equipes. Mas o fato que chamou a atenção é que dos 59 membros que disseram ter participado da capacitação para seus cargos, todos tinham mais de 3 anos de atuação na atenção básica e a grande maioria era ocupante do cargo de agente comunitário de saúde, já dos 19 que não tinham participado de nenhuma capacitação, todos expressaram ter de 1 a 3 anos de atuação e serem ocupantes de outros cargos que não o de ACS, o que sugere que a capacitação quando realizada foi destinada quase que exclusivamente para agentes comunitários de saúde, ficando pendente a capacitação voltada para as demais formações profissionais, conforme relatado por alguns entrevistados:

“Não recebi nenhuma capacitação sobre o e-SUS, descobri como era quando entrei na atenção básica, quando a coordenadora me apresentou as fichas do sistema e o digitador me explicou como preencher, foi uma breve conversa sobre o sistema” (E2).

“Quando o sistema chegou ao nosso município nós não tivemos uma construção de longo período mostrando como funcionava e porque estava se implantando, não, foi só repassado como preencher as fichas, sem falar sobre a importância desses dados para nosso trabalho. Soube mais sobre o e-SUS através dos artigos e revistas, aqui a nível local nunca fui convidado para dizer como seria implantado” (E3).

“Nossa dificuldade consiste no fato de não termos tido nenhuma capacitação mais profunda do sistema, eu por exemplo, coloco as informações no sistema de acordo com que outra profissional do setor me orienta a fazer” (E7).

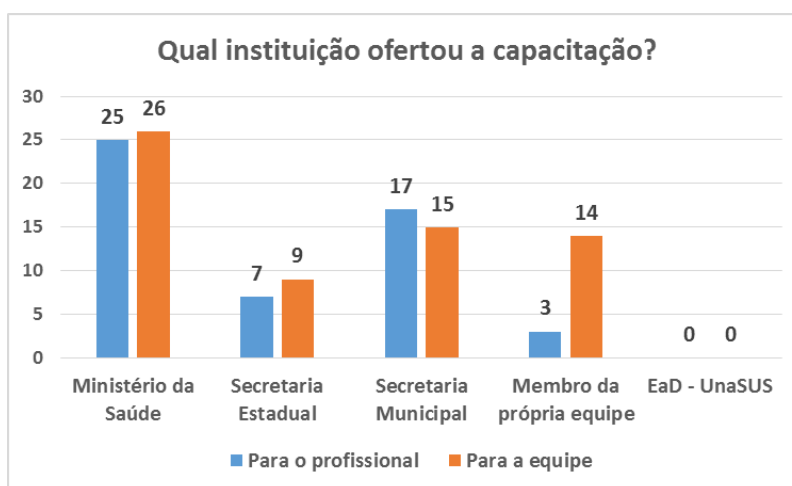
Para Cavalcante e Pinheiro (2011) o fato das capacitações ocorrerem, não é o bastante para que o profissional receba as orientações corretas de como utilizar um sistema de informação e dominar os processos de trabalho atrelados a ele, chamando a atenção para os casos em que as capacitações adquirem um caráter pontual e descontinuado. Em estudo realizado pelos autores, um dos pontos conflitantes entre os participantes da pesquisa, foi justamente o quesito capacitação, demonstrando a falta de treinamentos específicos para preenchimento de fichas e a ausência na compreensão da importância dos dados produzidos para o planejamento local. Em outro estudo realizado por Pinheiro et al (2016) evidenciou que o conhecimento e experiência para utilização do e-SUS, tanto de gestores como de

profissionais, ainda é muito limitado, e atribui a falta de capacitações voltadas para utilização dos sistemas e dos dados produzidos.

Podemos observar que a realidade do município de Apodi-RN não é diferente de tantas outras localidades do país, conforme vistos nos relatos dos autores, bem diferente do que preconiza o manual de implantação do e-SUS AB (2014b), que define que a capacitação deva ser o primeiro passo na iniciação do uso do sistema e os profissionais necessitam de um entendimento claro não somente do funcionamento dos programas, mas de como está organizado o serviço de saúde do seu município. O documento traz ainda que essa capacitação deva ser feita por etapas, iniciando com a realização de uma discussão inicial seguindo com a organização de um treinamento sobre o uso do sistema e uma simulação de operação no ambiente de trabalho do profissional e por fim, a operação assistida, período para envio de dados com apoio rápido de uma equipe de apoio. A partir da observação desse passo-a-passo e dos dados coletados pela pesquisa, percebemos que isso não tem ocorrido na prática.

Outro quesito analisado pela pesquisa, trata-se da instituição responsável pela oferta da capacitação, separando entre a capacitação voltada para o trabalho da equipe e a realizada para os profissionais de acordo com os cargos ocupados pelos mesmos. Os dados demonstraram uma certa confusão entre os pesquisados sobre qual instituição havia realmente ofertado o treinamento, conforme representado no gráfico abaixo:

Gráfico 6 - Instituições ofertantes da capacitação



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

Sobre as instituições ofertantes das capacitação, tanto voltadas para as equipes, como para os profissionais, observamos uma certa equivalência entre ambos os quesitos em análise,

sugerindo que para a maioria dos pesquisados, o curso foi oferecido nas duas modalidades pela mesma instituição. Porém merece destaque que entre os três entes federativos, a Secretaria Estadual de Saúde obteve o menor número de indicações por parte dos profissionais, justamente o órgão que possui, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), a competência de disponibilizar aos municípios, Educação Permanente em Saúde aos profissionais integrantes das equipes da atenção básica.

‘Bom... a Secretaria Estadual tem oferecido várias capacitações, mas em relação ao e-SUS está deixando a desejar, nesse ponto a secretaria está muito fechada para o município de Apodi’ (E1).

“Com relação a Secretaria Estadual só tivemos um momento sobre o e-SUS, que foi muito rápido e por meio do Telesaúde e nada mais” (E2).

“O que foi feito foi um momento com a Secretaria do Estado, uma tarde, de 13:30 às 16:00 com o grupo dos agentes e a partir das 16:00 com os enfermeiros, e foi passado somente questão de alimentação do sistema, nada de analisar dados [...] Nem considero isso uma capacitação, foram apenas informes” (E3).

“O Ministério da Saúde creio que deveria ter feito mais reuniões, dado mais suporte. Deveria ter disponibilizado mais facilmente uma plataforma só para responder nossas dúvidas e dos membros de nossa equipe” (E5).

“Observei pouca capacitação principalmente para os profissionais que estavam à frente da implantação do e-SUS no município, em alguns momentos me dirigia a Regional para tirar dúvidas sobre o sistema, mas não existia uma pessoa responsável para sanar meus questionamentos” (E6).

Os trechos das entrevistas não deixam dúvidas que a Secretaria Estadual de Saúde tem sido ineficaz no que diz respeito a oferta de capacitações aos profissionais. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do RN (SESAP, 2004), o município de Apodi-RN integra a área da 2ª Regional de Saúde (Macrorregião Oeste), cuja as ações de Educação Permanente em Saúde ficam sob a responsabilidade da II URSAP (Unidade Regional de Saúde Pública), localizada na cidade de Mossoró-RN.

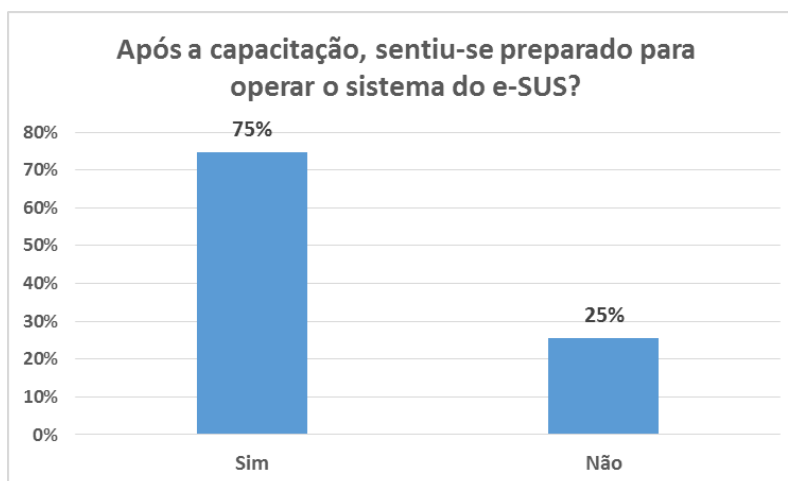
Porém, além da cidade de Apodi-RN, outros 24 municípios da região Oeste do estado, também dependem dessas ações da II URSAP, e se considerarmos que o estado do Rio Grande do Norte enfrenta a maior crise econômica de sua história, podemos concluir que a limitação de recursos financeiros, o déficit de profissionais e a falta de infraestrutura dessas unidades,

impediram que a oferta de capacitações e treinamentos fossem efetivamente realizadas. O déficit de profissionais pode ser observado a partir de alguns trechos das entrevistas, onde em uma delas, revelou-se que na II URSAP não existiam profissionais habilitados para dar suporte aos membros da atenção básica em relação a utilização do e-SUS AB, e em outra, que a capacitação foi realizada em apenas um turno, sugerindo a adoção de capacitações rápidas, pelo II URSAP, no sentido de alcançar mais municípios, em um menor tempo, reduzindo os custos com diárias e hospedagem.

Outro fator relevante é a participação dos próprios membros da equipe na capacitação dos colegas, que no caso em estudo, apresentou uma participação maior em questões referentes ao trabalho da equipe. Essa realidade também foi evidenciada em estudo realizado por Barbosa et al. (2012), cujo o enfermeiro foi colocado como agente centralizador de atividades administrativas e de organização do trabalho da equipe, sendo na maioria das vezes, responsável pela educação permanente dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Além do profissional da enfermagem, desde a edição da Portaria nº 267 de 6 de março de 2001 pelo Ministério da Saúde, que o cirurgião-dentista também possui a atribuição de capacitar as equipes de saúde da família em relação às ações educativas e preventivas em saúde bucal, além de atuar e coordenar as ações de Educação Permanente em Saúde voltadas para técnicos e auxiliares em saúde bucal.

Para aqueles que disseram ter participado de alguma capacitação sobre o e-SUS, realizamos um questionamento com objetivo de elucidar se após a realização da referida qualificação, o profissional sentiu preparado para utilizar as funcionalidades do e-e-SUS, cujo os dados estão representados a seguir:

Gráfico 7 - Profissionais preparados após a capacitação



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

Os dados demonstram que as capacitações realizadas tiveram um resultado bastante satisfatório, uma vez que a grande maioria dos participantes relataram sentir-se preparados para operar o sistema após o treinamento. Porém para 25% dos profissionais e alguns entrevistados, a capacitação não atingiu seus objetivos, deixando-os inseguros quanto a utilização do sistema. Alguns motivos foram apresentados, pelos profissionais pesquisados e participantes da entrevista, como responsáveis por essa insegurança, dos quais destacamos:

“A capacitação foi muito resumida” (P1)

“Os itens que compõem a plataforma não foram bem esclarecidos” (P2, P3 e P4)

“Foram repassadas informações referentes somente ao cadastro do e-SUS” (P5)

“As informações não foram detalhadas e precisas” (P6 e P7)

“Pouca informação sobre como preencher as fichas” (P8)

“Equipamentos nós temos para ir se virando, o que está faltando mesmo é a capacitação, para não ocorrer como aconteceu há um mês, quando o dentista inseriu sua produção do mês e acabou tendo que colocar tudo outra vez ou como aconteceu comigo, de realizar 40 preventivos no mês e no relatório só apareceu 25, não sei porque deu esse erro” (E2)

“A capacitação deveria ser uma coisa contínua, pois uma coisa que a gente nota é que o sistema apresenta mudanças, ele sempre está atualizando alguns dados novos, aprimorando alguns campos, a gente percebe isso, aqui acolá aparece uma novidade no sistema” (E3)

“Acredito que poderiam ter trabalhado melhor para mostrar a importância de item por item, pois acredito ser um dos motivos pelos quais alguns profissionais não preenchem completamente as fichas” (E4)

O estudo realizado por Fonseca e Santos (2007) com profissionais da enfermagem, também revelou o “treinamento insuficiente” como um dos fatores de stress e dificuldade na realização de trabalhos informatizados, mencionando a formação recebida como sendo rápida e insuficiente, com profissionais alegam terem aprendido sozinhos ou com a ajuda de manuais. Corroborando com as autoras, Bezerra (2009) argumenta que no início, todo processo de

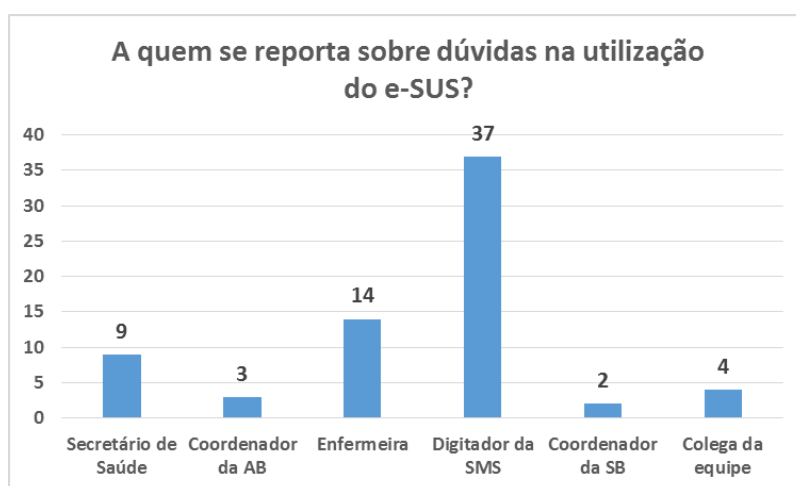
informatização pode gerar insegurança nos profissionais de saúde, sobretudo em decorrência da interferência que a tecnologia provoca nas relações de trabalho do profissional, mas que um treinamento adequado, em que se alcance o domínio das ferramentas, é suficiente para superação desses sentimentos de incertezas. Fato que de acordo com os entrevistados ainda não foi superado pelas equipes:

“Ainda percebo uma falta de conhecimento por parte de alguns profissionais que utilizam esta ferramenta, pois pelo menos na minha equipe observo que alguns deixam de colocar algumas informações importantes, talvez pela alta demanda ou dificuldade mesmo com o sistema” (E4)

“Existiu a capacitação, mesmo que pontual mas existiu, vieram pessoas da SESAP para nos repassar algumas orientações de como usar o e-SUS, porém não foi suficiente para clarear o processo de trabalho” (E6)

Diante dessa realidade de receios e inseguranças quanto a utilização dos sistemas informatizados de saúde, a pesquisa investigou junto aos profissionais, a quem os mesmos costumavam se reportar, no momento em que surgia alguma dúvida sobre o sistema, cujos os dados estão expressos abaixo:

Gráfico 8 - Profissionais referenciados no momento de dúvidas sobre o sistema



Fonte: Elaborado pelo autor, conforme dados extraídos da pesquisa.

Os dados revelam que a grande maioria dos profissionais costumam se reportar ao servidor da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela digitação e envio das informações ao Sistema de Informação de Saúde para Atenção Básica (SISAB), identificado no questionário

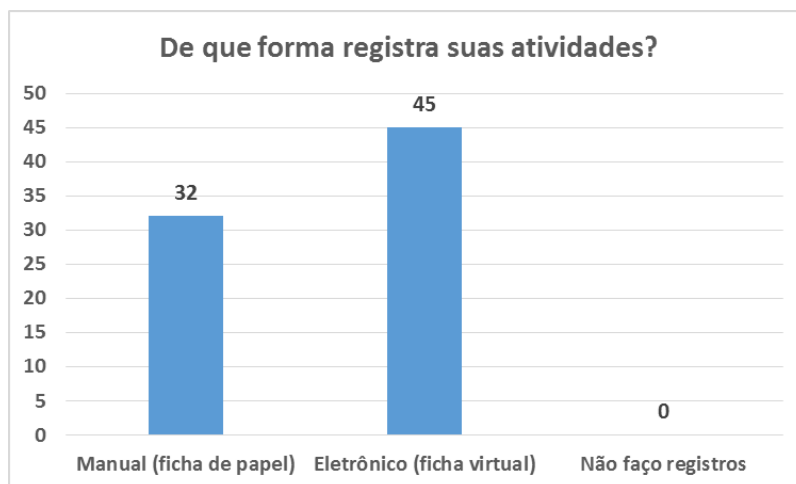
como “digitador da SMS”. Como veremos melhor mais à frente, o sistema utilizado nas UBS do município de Apodi-RN é o Cadastro de Dados Simplificado – CDS, que em seu formato necessita da figura do digitador. Conforme consta no Manual do Digitador (2013) elaborado pelo Ministério da Saúde, o papel desse profissional é receber os dados sobre a produtividade de cada membro da atenção básica e digitar nos campos existentes nos *softwares* do e-SUS, isso no caso das informações estarem em fichas impressas com preenchimento manuscrito. Caso os dados já estejam contidos em mídia virtual, preenchidos na plataforma *off-line*, o digitador realiza apenas o envio à base nacional de dados (SISAB).

Assim, como trata-se de um profissional que trabalha exclusivamente com a operacionalização dos *softwares* do e-SUS, acaba tornando-se uma referência para os membros das equipes, o que explicaria sua larga vantagem em relação aos demais profissionais contidos na pesquisa. Outros trabalhos também evidenciaram a importância do profissional da informática na prestação de auxílio aos membros das equipes, sobretudo em relação ao preenchimento das fichas, a exemplo do estudo desenvolvido por Silva et al. (2018) que constatou que no processo de difusão do e-SUS nas Equipes de Saúde da Família, os profissionais da área de informática desempenham um papel importante no suporte técnico as equipes.

Outro detalhe que podemos destacar, é a larga predominância do enfermeiro em relação aos demais membros que compõe a atenção básica, mostrando certa confiança dos pesquisados neste profissional. Esses resultados se afinam com os achados de Cavalcante e Pinheiro (2011) à época, estudando sobre o SIAB. Os autores evidenciaram que dentro das equipes de saúde da família, o enfermeiro assume, predominantemente, o papel de capacitar e orientar os demais profissionais, sobretudo os agentes comunitários de saúde, sobre a utilização do sistema de informação. Nesse sentido Bassoto (2012) argumenta que dentro das equipes de saúde, o enfermeiro é fundamentalmente um educador, pois entre outras atividades do seu cotidiano, depara-se sempre com a necessidade de ensinar seja o paciente, a família, a comunidade e até mesmo sua equipe, utilizando sua liderança na melhoria da qualidade da assistência.

Dentro desse contexto, a presente pesquisa buscou analisar outro aspecto bastante importante para definição do tipo de sistema e-SUS utilizado pelo município, que é a forma utilizada pelos profissionais para registro de suas atividades cotidianas, os dados referentes ao tópico em análise, estão organizados conforme gráfico a seguir:

Gráfico 9 - Forma de registro das atividades



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados primários.

Podemos observar um tímido predomínio dos profissionais que utilizam as fichas virtuais, ou seja, que digitam seus dados diretamente no *software* do e-SUS, sobre os que utilizam fichas de papel, realizando o preenchimento manuscrito. Isso demonstra que as equipes de saúde não estão preparadas ainda para a implementação do sistema com Prontuário Eletrônico, uma vez que significativa parcela dos profissionais continua adotando a mesma forma de registro de atividades da época do SIAB, demonstrando que o retrabalho presente no antigo sistema, não foi totalmente eliminado pelo e-SUS, já que os dados são repassados primeiro para ficha impressa, depois para ficha do sistema.

“A utilização das fichas de papel, sem dúvida, passa muito pela resistência dos profissionais, mas também por algumas questões organizacionais, pois os computadores ainda são poucos e apresentam problemas frequentemente. O problema do CDS, é a utilização de cópias e mais cópias, que acabavam muito rápido e quando solicitávamos mais cópias existia uma demora imensa” (E6)

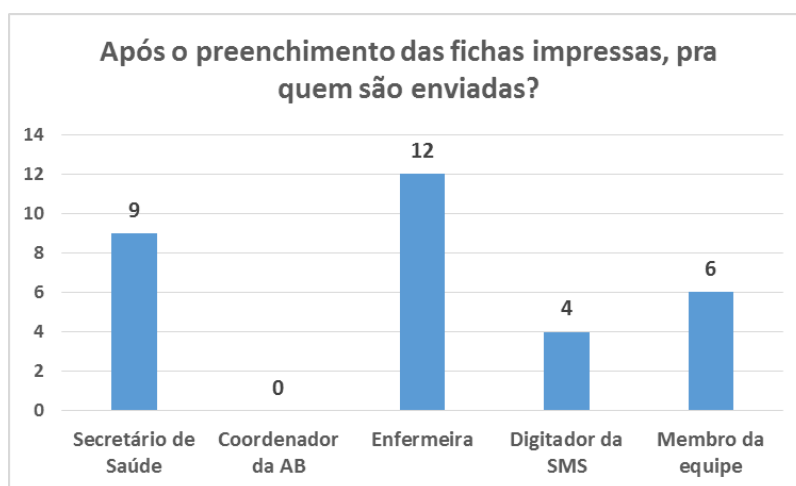
Apesar das dificuldades enfrentadas tanto no registro virtual como no manual, um dos fatos positivos revelados pela pesquisa, é que nenhum profissional relatou não realizar registro de suas atividades, apontando um comprometimento dos profissionais na postagem de sua produtividade no sistema de informação, contribuindo para o repasse de recursos.

Em estudo realizado por Cavalcante et al. (2018) sobre a implantação do e-SUS AB em 54 municípios da região Oeste de Minas Gerais, revelou também a coexistência das fichas virtuais e das fichas impressas em papel, no registro de atividades dos membros da atenção

básica. Os autores demonstraram que na maioria das unidades básicas de saúde na região, o Prontuário Eletrônico ainda não tinha sido implantado, sobretudo por questões referentes a infraestruturas das UBS, deficiências de capacitação, resistência dos profissionais e efeitos negativos sobre o trabalho. Alves et. al. (2017) argumentam que o fato dos dados serem digitados, na maioria das vezes de forma centralizada em poucos profissionais, acaba prejudicando o retorno dos dados produzidos para as equipes, dificultando ainda mais o planejamento das ações para a população adstrita.

Após a constatação de que alguns profissionais registravam suas atividades em fichas impressas, o estudo buscou elucidar quais eram os destinatários dessas fichas, depois que o profissional concluía o processo de inclusão dos dados de sua produção. Os resultados dessa investigação estão demonstrados conforme abaixo:

Gráfico 10 - Profissionais responsáveis pelo recebimento das fichas impressas



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

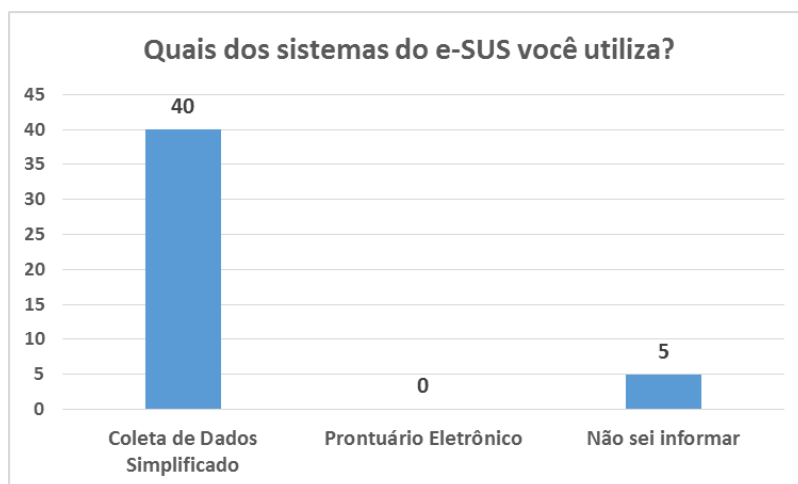
Os dados revelam uma certa divisão entre os pesquisados com relação aos destinos das fichas após o preenchimento, comprovando não existir um fluxo bem definido entre o produtor dos dados e o responsável pela digitação e/ou envio das informações ao sistema. Observamos que o enfermeiro mais uma vez, apresenta-se como o profissional de referência para as equipes da atenção básica nas questões referentes ao e-SUS, sendo que dessa vez, para envio das fichas após seu preenchimento.

Apesar de não atuar diretamente na operacionalização do sistema, o secretário de saúde também foi apontado, por um significativo número de profissionais, como destinatário das fichas, sugerindo que os pesquisados talvez estivessem fazendo referência ao envio à secretaria

municipal de saúde, sem definir especificamente a quem era destinadas suas fichas. Com relação ao membro da equipe, alguns profissionais relataram recorrer ao colega para digitação dos dados produziu, alegando limitação da habilidade para operar o sistema. Já o digitador foi o que nos causou mais estranheza, pois apresentou um dos menores índices de indicação, quando deveria ser o maior, uma vez que trabalha exclusivamente com a digitação/envio desses dados.

Com relação aos demais profissionais que relataram utilizar as fichas virtuais, ou seja, digitando sua produção diretamente na plataforma do e-SUS, a pesquisa realizou um questionamento para verificar quais dos *softwares* eram utilizados, se do Cadastro de Dados Simplificado (CDS) ou do Prontuário Eletrônico do Cidadão, cujos os resultados estão apresentados no gráfico abaixo:

Gráfico 11 - Sistema utilizado



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados primários.

Os dados confirmam que o município de Apodi-RN não possui o Prontuário Eletrônico do Cidadão em funcionamento em suas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que nenhum dos profissionais membros da equipe de atenção básica relatou utilizar o *software* do referido sistema. Percebemos também que a quase totalidade dos profissionais conseguiram identificar o tipo de sistema utilizado, já que o número dos que expressaram não saber qual sistema operavam, atingiu um índice muito baixo. Dessa forma já podemos considerar que o município se encontra em um estágio transitório no processo de implementação da Estratégia e-SUS AB, necessitando ainda de alguns avanços para que o programa seja considerado como totalmente implantação, ou seja, quando entrar em operação o sistema com PEC em todas as suas unidades de saúde.

De acordo com o Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada (2016) o desenvolvimento do sistema com CDS teve origem devido à necessidade de simplificar o processo de registro de informações contidas nas fichas de papel, vindas de equipes desprovidas de recursos tecnológicos suficientes para registrar os dados diretamente no sistema, por meio de ferramentas informatizadas. Porém à medida que as UBS fossem sendo equipadas com tecnologias computacionais, o CDS seria paulatinamente substituído pelo PEC, conferindo ao mesmo um caráter meramente transitório. Apesar do sistema com PEC ser o modelo definitivo do e-SUS AB, segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde ao Tribunal de Contas da União (2018), no mês de julho de 2017 aproximadamente 29 mil UBS no país não tinham o Prontuário Eletrônico em funcionamento, constatando assim, que entre essas, estão as unidades do município de Apodi-RN.

Após concluído o processo de identificação de qual dos sistemas era adotado pelos membros da atenção básica do município, a pesquisa passou a investigar quais dos tipos de fichas disponibilizadas pelo *software* do CDS (versão 2.0) eram utilizadas no cotidiano dos profissionais e com que frequência. Apesar do preenchimento de cada tipo de ficha está intimamente relacionado com a formação e o cargo ocupado pelo membro da atenção básica, conforme preconiza o Manual do Cadastro de Dados Simplificado (2014), algumas fichas podem ser preenchidas por mais de um tipo de profissional, como ilustrado na figura abaixo:

Figura 15- Fichas do sistema com CDS por grupo de profissionais



Fonte: BRASIL (2014).

Dessa forma, considerando que algumas fichas são de preenchimento coletivo e outras de caráter exclusivo de determinadas ocupações, elaboramos o Quadro 14 abaixo, comum a síntese

dos dados referentes a frequência de utilização das fichas do CDS pelos profissionais das equipes de saúde integrantes da pesquisa.

Quadro 14- Frequência de utilização das fichas do sistema CDS pelos profissionais

Fichas do Cadastro de Dados Simplificado	Nunca	Às Vezes	Mensalmente	Total de Usuários por ficha - (%)
Cadastro Domiciliar	19	25	14	39 – 17%
Atendimento Individual	30	8	14	22 – 9%
Consumo Alimentar	43	0	0	0 – 0%
Atendimento Odontológico	39	0	13	13 – 6%
Atividade Coletiva	7	36	19	55 – 23%
Procedimentos	31	6	16	22 – 9%
Visita Domiciliar	9	8	47	55 – 23%
Elegibilidade/Admissão	50	0	0	0 – 0%
Atendimento Domiciliar	25	7	23	30 – 13%
Total de Indicações				236
				100%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados primários.

Antes de analisarmos mais profundamente os dados do quadro, inicialmente cabe-nos realizar uma ressalva, no que diz respeito a ocorrência de algumas divergências, no número de profissionais que responderam ao questionamento, de um tipo de ficha para outro. Só a título de comprovação, observamos que enquanto a ficha de Visita Domiciliar teve 64 indicações, somadas as opções nunca, às vezes e mensalmente, a ficha de Consumo Alimentar, foram apenas 43 indicações. Esse comportamento sugere que alguns profissionais, talvez por desconhecer o tipo de ficha e/ou não utilizá-la em seu dia-dia, acabou se omitindo de responder, ao invés de escolher a opção nunca. Assim, os dados apresentados no quadro, apesar de permitirem conclusões importantes para o objeto em estudo, não refletem com exatidão a realidade de utilização de cada ficha no município, em decorrência de erros de interpretação dos pesquisados.

A partir da análise dos dados, podemos perceber que algumas fichas não receberam nenhuma indicação de utilização, o que já era esperado, sobretudo para as de Consumo Alimentar e de Elegibilidade e Admissão. A ficha de Marcadores de Consumo Alimentar não obteve indicações pelo fato do preenchimento ser realizado pelo profissional da Nutrição, não incluídos na pesquisa. Já a ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão, de acordo com Manual do CDS (2016), é de preenchimento obrigatório para profissionais de nível superior integrantes da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipe

Multiprofissional de Apoio (Emap) nos municípios com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) implantados. Assim como o município de Apodi-RN não faz parte desse programa, também não possui profissionais habilitados para preenchimento dessas fichas.

Outra ficha que também é exclusiva para os profissionais do SAD é a de Atendimento Domiciliar, o natural seria se assim como as duas anteriores, não apresentassem nenhuma indicação dos profissionais, porém a pesquisa revelou que sua utilização foi citada por 30 profissionais integrantes da Atenção Básica. Presumimos que esse fenômeno tenha acontecido, pelo fato das equipes rotineiramente realizarem atendimentos no domicílio dos pacientes, que se encontram impossibilitados de deslocar-se até a unidade de saúde, utilizando ao invés das fichas de Atendimento Individual e Procedimentos, a de Atendimento Domiciliar. Apesar desse fato, causa surpresa o fato da ficha de Atendimento Domiciliar ter apresentado uma maior prevalência em relação a de Atendimento Individual e Procedimentos, uma vez que o número de atendimentos e procedimentos realizados nas UBS são bem mais expressivos que os realizados nos domicílios.

Já as fichas de Atividade Coletiva e Visita Domiciliar foram as que receberam mais indicações. O que chamou a atenção é que ambas apresentaram o mesmo número de assinalamentos, quando o esperado era que a ficha de Atividade Coletiva obtivesse um número bem maior, pois enquanto a ficha de Visita Domiciliar é preenchida somente pelos agentes comunitários de saúde, a de Atividade Coletiva é preenchida tanto pelos ACS, como por todos os outros profissionais de nível médio e superior das equipes. Desse modo, consideramos o índice apresentado pela ficha de Atividade Coletiva como um dos casos em que se aplica nossa ressalva inicial.

Desconsiderando os índices das duas fichas anteriores, a ficha de Cadastro Domiciliar apresentou o maior número de indicações, e essa expressividade pode ser explicada pelo fato de ser uma ficha de preenchimento obrigatório para os agentes comunitários de saúde, que em nossa pesquisa, formam o maior grupo de profissionais. Porém, apesar dos ACS terem indicado sua utilização, na verdade estavam fazendo referência a antiga ficha A (Cadastro Familiar) do SIAB, que permanece sendo empregada por esses profissionais no registro dos domicílios até hoje, conforme relato de um dos nossos entrevistados:

“A grande problemática está no cadastro das famílias que não está informatizado, pois tudo que existe no sistema, são informações retiradas das fichas do SIAB, pois a ficha de papel que eles usam não é nem desse modelo do e-SUS, que é riquíssimo, bem diferente do que

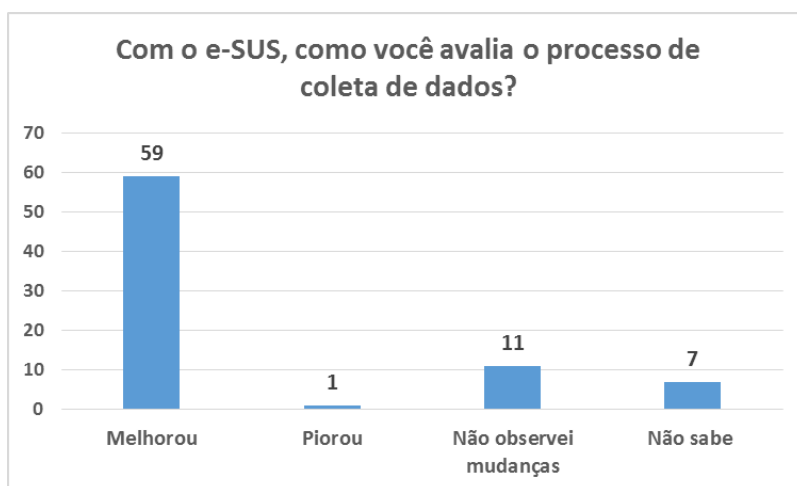
usamos ainda hoje. Acho que a ficha do modelo do e-SUS não foi feita e se foi, em quantidade insuficiente que não deu pra todo mundo” (E3)

“Fico feliz quando vejo que realizamos 800 atendimentos individuais, quer dizer, estamos produzindo, estamos fazendo alguma coisa, mas ainda falta fazer mais, por exemplo, cadastro domiciliar e territorial, zero, tem coisa que entristece a gente, mostrando que devemos tomar providência e logo” (E8)

Entre as fichas com menor utilização, encontra-se a ficha de Atendimento Odontológico Individual, que contou com apenas 13 indicações, o que também já era esperado, haja visto que essa ficha é exclusiva dos profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal, que na presente pesquisa é composta por 6 cirurgiões-dentistas e 7 técnicos em saúde bucal, totalizando exatamente 13 profissionais.

Para concluirmos o tópico “Construindo o Perfil dos Profissionais e das Equipes de Atenção Básica”, realizamos uma avaliação de modo geral da Estratégia e-SUS, questionando os membros das equipes de atenção básica, se com implementação do e-SUS AB, mesmo que na modalidade CDS, o trabalho de coleta de dados melhorou, piorou ou permaneceu inalterado. Os resultados do questionamento estão expressos conforme gráfico abaixo:

Gráfico 12 - Avaliação geral do s-SUS



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir da análise dos dados primários.

Os dados revelam que para grande maioria dos pesquisados a Estratégia e-SUS AB melhorou o processo de coleta de dados, demonstrando que o programa de fato tem cumprido com os objetivos que se propôs, ou seja, de melhorar o sistema de registro de informações,

otimizando o trabalho de coleta de dados dos profissionais (BRASIL,2014). Apesar dos problemas que o programa tem enfrentado no município de Apodi-RN, impossibilitando inclusive a implementação do sistema com Prontuário Eletrônico, apenas 1 profissional considerou o e-SUS menos eficiente na coleta de dados que o sistema até então vigente. Já dentre os entrevistados, a percepção sobre o e-SUS também foi positiva, conforme veremos a seguir:

“Antes do e-SUS tínhamos o SIAB, que era muito vago, existiam muitas lacunas principalmente em relação as especificações do usuário, exames, diagnósticos, evoluções, era uma coisa muito vaga para se mapear a saúde do paciente, por exemplo, em relação aos diabéticos e hipertensos você só quantificava com o SIAB, não qualificava esse atendimento, se tinha sido encaminhado para outro profissional, etc. Isso em relação também a outros públicos como o paciente de saúde mental, tabagista, gestantes, crianças.” (E3)

“O SIAB era incompleto e não era “fidedigno”. Exemplo, você não tinha como repassar para o ministério da saúde o cartão do sus do usuário, bem como seus atendimentos. Isso só era possível a partir das anotações do prontuário. Mas o MS não tinha acesso ao prontuário” (E5)

“Através das informações lançadas e colhidas no e-SUS, é possível conhecer melhor o perfil da comunidade e a prevalência dos quadros observados, como também os potenciais riscos à saúde, permitindo planejar e traçar estratégias de ações para melhorar a realidade encontrada, promovendo a saúde e proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários” (E4)

“Acredito que o e-SUS tem possibilitado uma maior e melhor integração dos dados, é bom saber que o profissional da AB tem grande facilidade em entrar no seu perfil do e-sus e visualizar quantos pré-natais realizou, quantos exames solicitou aquela gestante. [...] o profissional trabalha, produz, digita e visualiza o produto final daquele trabalho, e isso é bom, tanto para quem está no atendimento direto ao paciente como para os gestores. Claro que sempre existe onde melhorar, não está perfeito, mas acredito que o caminho é esse” (E6)

“Apesar de ter muito o que melhorar, observo vários benefícios do sistema: rapidez no atendimento; o profissional consegue visualizar os dados da sua produção facilmente; os dados do paciente podem ser acessados pelo profissional facilmente mesmo que ele não tenha levado o cartão SUS até a Unidade de Saúde; dá para planejar melhor o atendimento; com menos papel, a burocracia diminui; e os dados são unificados/integrados com outros sistemas” (E8)

Observamos também que quase um quarto dos profissionais pesquisados, ou seja, 18 deles, demonstraram certa indefinição, seja por não saber responder, seja por não ter observado mudanças. Esses números podem ser explicados pelo fato de que parte dos pesquisados (os que relataram ter de 1 a 3 anos de atuação) passaram a integrar as equipes de atenção básica depois que o sistema já estava implantado e em funcionamento. Desse modo, como não operaram com o antigo sistema, o SIAB, é natural que não consigam estabelecer uma relação entre ambos e avaliar se houve avanços ou não no processo de coleta de dados. Apesar de não terem operado no antigo sistema, a utilização do atual, permitiu a esses profissionais perceberem algumas fragilidades, conforme relato a seguir:

“Eu vejo que o sistema do e-SUS ainda está em aperfeiçoamento, muita coisa ainda deixa a desejar em relação as fichas, na parte da enfermagem mesmo, os formulários são pobres, não tratam especificamente da consulta da enfermagem [...] mas acho que eles pensaram bem mais nas fichas dos ACS, principalmente nas formas de cadastro das famílias e na questão das visitas” (E2)

“Quem formulou o sistema não tem muito conhecimento com a enfermagem, visto que, encontro muita dificuldade na hora de preencher as informações na plataforma do e-SUS sobre consulta da enfermagem no Hiperdia e informações referentes à Planejamento Familiar” (E7)

Concluída a construção do perfil dos profissionais e das equipes de atenção básica do município de Apodi-RN, a partir de importantes considerações sobre variados aspectos da Estratégia e-SUS AB, traçaremos a partir do tópico a seguir, um Cenário das Unidades Básicas de Saúde do município, cujas as análises se concentraram basicamente em torno: da presença de equipamentos necessários para a operacionalização dos *softwares*; como tem se dado o funcionamento desses equipamentos em cada UBS; como tem sido o serviço de fornecimento de internet, além de aspectos relacionados ao suporte técnico de informática ofertado as unidades de saúde.

4.3 CENÁRIO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE

Dedicaremos este tópico a investigação de uma outra questão extremamente necessária para a implementação da Estratégia e-SUS AB, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, onde serão estudados alguns aspectos relacionados a informatização das unidades, questões essas altamente determinantes para o sucesso ou fracasso dessa política pública. Para efeito de

nosso estudo e respeito das concepções de natureza ética, preferimos preservar a nomenclatura real das UBS, identificando-as somente através de números, de 1 a 9, cuja a definição do número atribuído a unidade, obedeceu a ordem em que as mesmas foram visitadas pelo pesquisador, de modo que a primeira UBS a ser visitada recebeu o número 1 e a última o número 9.

Feito esses esclarecimentos, daremos início ao estudo da infraestrutura das UBS, analisando no primeiro momento, se as unidades de saúde do município de Apodi-RN, são equipadas com computadores em condições de uso, pois como o computador é um equipamento essencial para o funcionamento de Sistemas de Informação, o fato de alguma UBS não possuir tal equipamento, já inviabilizaria a implementação da Estratégia e-SUS naquela unidade, embora dispusesse de outros elementos também necessários para o pleno funcionamento do programa, como: internet, *software*, pessoal de apoio, profissionais capacitados, dentre outros. Desse modo, para melhor demonstração dos dados, foi organizado no quadro 13, conforme disposto abaixo, as informações referentes a existência de computadores e suas respectivas quantidades por UBS:

Quadro 15- Quantidade de computadores por UBS

Categorias	Estabelecimentos	Total de Equipamentos por Categoria
1 Computador	UBS 2	1
2 Computadores	UBS 3, UBS 4 e UBS 7	6
3 Computadores	UBS 1, UBS 5, UBS 6 e UBS 9	12
5 Computadores	UBS 8	5
Total Geral de Computadores		24

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados primários.

A partir da análise do Quadro 15, podemos perceber que todas as 9 UBS do município de Apodi-RN possui pelo menos 1 computador em funcionamento, porém quando analisamos as quantidades, constatamos não haver equivalência entre elas no que diz respeito ao número de equipamentos disponíveis por equipe, demonstrando que o processo de aquisição de equipamentos para as unidades não foi equitativo. Esse fato poderia ser explicado tanto pelo tamanho da população adstrita, já que até a edição na nova PNAB (2017) a atuação da equipe era restrita a uma determinada população pré-estabelecida, cuja orientação era de no máximo 4 mil usuários, ou pelo número de profissionais em atuação na UBS. Porém os dados do quadro abaixo, referentes a população adstrita de cada UBS e ao número de profissionais lotados em cada uma delas, conforme revelado em estudo realizado pelo NASF do município de Apodi-

RN em 2014, não deixam dúvidas de que esses dois critérios não foram considerados no momento de distribuição desses equipamentos.

Quadro 16- População Adstrita e quantidade de profissionais lotados, por UBS

Estabelecimentos	População Adstrita	Número de Profissionais (todas as ocupações)
UBS 1	3.138	10
UBS 2	4.061	14
UBS 3	1.274	7
UBS 4	3.692	13
UBS 5	1.871	13
UBS 6	3.237	13
UBS 7	1.816	10
UBS 8	2.738	33
UBS 9	6.683	24
Total	28.510	135

Fonte: Elaborado a partir de NASF (2014).

Assim quando comparamos as quantidades de computadores por UBS e os dados do Quadro 14, percebemos que a unidade com maior número de computadores: a UBS 8 com 5 equipamentos, é também a maior em número de profissionais (33), porém a 6ª em população adstrita (2.738), levando-nos a crer que o número de equipamentos foi definido com base no número de profissionais. Porém essa mesma linha de raciocínio não se aplica a UBS 2, uma vez que a unidade possui o menor número de equipamentos, ou seja, apenas 1 computador, apesar de ter a 3ª maior equipe (14) e a 2ª maior população adstrita (4.061). Outra situação que também comprova a falta de relação entre a quantidade de computadores e as variáveis expostas no Quadro 17, é que 4 unidades (UBS 1, UBS 5, UBS 6 e UBS 9) apresentaram a mesma quantidade de computadores, ou seja, 3 equipamentos cada uma, apesar de apresentarem divergências tanto nos quesitos população como no número de profissionais.

Além de demonstrar falta de critérios técnicos na alocação de recursos tecnológicos entre as UBS, verificamos que a quantidade de computadores é insuficiente para quantidade profissionais, pois se considerarmos a quantidade total de membros integrantes das equipes de atenção básica, 135 profissionais (Quadro 16) e dividirmos pelo número total de computadores, 24 equipamentos (quadro 15), teremos uma média de 5,6 profissionais por equipamento, evidenciando uma disputa dos profissionais para terem acesso ao computador e poderem inserir as informações referentes a sua produtividade. Nessas circunstâncias, o sistema com PEC jamais poderia ser implementado, já que a orientação é que a produção deva ser inserida em

tempo real, ou seja, no momento de realização do atendimento, o que seria impossível nesse cenário descrito.

“Para mim o benefício do e-SUS foi trazer agilidade e facilidade em se preencher os dados dos atendimentos direto no computador. Contudo, existem muitas equipes que tem poucos computadores, e isso tem dificultado muito, uma vez que o profissional, muitas vezes precisa anotar em uma folha, para só então passar para o sistema, quando a máquina estiver livre” (E5)

“Sobre os prontuários eletrônicos o que ouvimos falar é que o custo é muito elevado para nosso município que é grande, já para os municípios pequeninhos é mais fácil, é tanto que vários já conseguiram implantar, logo o Ministério deveria ajudar mais os municípios, sobretudo em relação a compra dos tablets dos ACS que são caros” (E1)

Justamente para dar melhores condições de operacionalização da Estratégia e-SUS AB, e auxiliar os municípios brasileiros em condições análogas as descritas anteriormente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.920 de 31 de Outubro de 2017, instituiu o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde – PIUBS, cujo o objetivo é fornecer infraestrutura tecnológica, além de serviços de Tecnologia da Informação, que possibilitem a implantação e a manutenção do prontuário eletrônico nas UBS dos Municípios e do Distrito Federal. Para isso o gestor municipal deve seguir alguns passos como: preencher formulário de validação, realizar cadastro no sistema do programa, enviar informações sobre as unidades de seu município, selecionar a solução que melhor se adeque a realidade dessas unidades e por fim, implantar a solução indicada. (BRASIL, 2019)

Assim, no âmbito do PIUBS, e de acordo com o Anexo I do edital de credenciamento do programa, de nº 01/2017, a unidade de saúde só deve ser considerada como informatizada, após a constatação que a mesma possui, para cada equipe de atenção básica, pelo menos: 1 computador no consultório médico, 1 no consultório odontológico, 1 no consultório da enfermagem, 1 na sala onde são realizados os procedimentos, 1 na sala de vacinas, 1 na farmácia e nas UBS onde funcionam até 2 equipes, 1 computador na recepção, perfazendo um total de 7 computadores. Além desses equipamentos, o documento estabelece ainda que cada agente comunitário de saúde, cadastrado CNES, deva ter um tablets para registro de suas atividades (BRASIL, 2019a)

Com relação a localização dos computadores nas UBS do município de Apodi-RN, constataremos no quadro abaixo, que os mesmos não estão dispostos de acordo com o que está definido no Projeto Básico do PIUBS (anexo I).

Quadro 17- Localização dos computadores por UBS

Estabelecimentos	Localização
UBS 1	Sala de Reunião, Sala de Vacina e Consultório
UBS 2	Não possui localização definida
UBS 3	Ambos na Recepção
UBS 4	Ambos na Sala dos ACS
UBS 5	Sala de Reunião, Sala de Vacina e Consultório
UBS 6	Sala de Reunião, Sala de Vacina e Consultório
UBS 7	Sala da direção e Consultório
UBS 8	Sala da Direção, Sala de Vacina, Sala Visitadora, Laboratório e Farmácia
UBS 9	Sala de Digitação

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados primários.

A partir da análise desses dados podemos verificar que algumas UBS já apresentam um esboço do que foi definido pelo anexo I, uma vez que em 4 unidades (UBS 1, UBS 5, UBS 6 e 7) já observamos a presença de computador pelo menos em 1 dos consultórios, situação análoga também foi verificada em relação as salas de vacina, onde também 4 unidades (UBS 1, UBS 5, UBS 6 e UBS 8) apresentaram informatização desse ambiente. Além dessas repartições, outros dois setores citados pelo anexo I, também apresentaram computador em funcionamento, trata-se da recepção da UBS 3 e da farmácia da UBS 8. Porém a pesquisa revelou a existência de equipamentos em outros ambientes não mencionados no anexo I, como: sala de reunião (UBS 1, UBS 5 e UBS 6), sala dos ACS (UBS 4), sala da direção (UBS 7 e UBS 8) e sala de digitação (UBS 9), além da UBS 2, cujos os pesquisados relataram não ter ambiente físico definido, sugerindo que trata-se de equipamento móvel do tipo *notebook*.

Outro fato relevante evidenciado pela pesquisa, é a similaridade existente entre as UBS 1, UBS 5 e UBS 6, tanto na quantidade de computadores, quanto na disposição desses equipamentos, uma vez que estão localizados nos mesmos ambientes, denotando uma certa padronização no leiaute dessas unidades. Isso pode ser explicado, pelo fato dessas unidades terem sido construídas ou reformadas com recursos do Programa de Requalificação de UBS,

que define um mesmo modelo de estrutura física para todas as unidades, variando de acordo com número de equipes de saúde lotadas na mesma. Assim de acordo com a Portaria do programa, essas UBS devem contemplar os seguintes ambientes: 1 recepção, 1 sala de vacina (imunização), 1 farmácia, 2 consultórios de acolhimento, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativos, 1 sala de observação (procedimentos), 1 expurgo, 1 sala de esterilização, 1 sala da direção (administração) e banheiros (BRASIL, 2013b). No caso das unidades em questão, algum desses ambientes acabou recebendo a nomenclatura de “sala de reunião”, conforme citados pelos pesquisados.

Desse modo podemos constatar que para que o sistema definitivo da Estratégia e-SUS AB seja implementado (sistema com PEC) é necessário a aquisição de novos equipamentos, tanto para aumentar a quantidade deles, seja para atingir a taxa de pelo menos 7 computadores por UBS, seja para aquisição de *tablets* para os ACS ou na substituição dos que já existem em funcionamento, pois como o sistema do e-SUS passa por atualizações periodicamente, os computadores passam a necessitar também de uma capacidade de operação cada vez maior, no processamento dos novos incrementos adicionados aos *softwares*. Assim, para os equipamentos que já existem, caso conservem as condições operacionais mínimas, há também a necessidade de uma realocação, para que sejam instalados nos ambientes próximos de onde a informação está sendo produzida, conferindo agilidade e rapidez no processo de registro das informações conforme preconizado pelo Manual de Implantação do e-SUS AB (2014).

Feita as considerações sobre a localização dos equipamentos que estão dispostos nas UBS, a pesquisa buscou elucidar também quais profissionais costumavam utilizar com frequência esses equipamentos para postagem de suas produções, cujas as informações foram organizadas por meio do Quadro 16 a seguir.

Quadro 18- Utilização do computador pelos profissionais, por UBS

Estabelecimento	Profissionais que costumam utilizar o computador
UBS 1	Todos os profissionais da equipe
UBS 2	Todos os profissionais da equipe
UBS 3	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS
UBS 4	Todos os profissionais da equipe
UBS 5	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Cirurgião-Dentista e ACS
UBS 6	Todos os profissionais da equipe
UBS 7	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, ACS e recepcionista
UBS 8	Todos os profissionais da equipe
UBS 9	Enfermeiro, Técnico de Saúde Bucal e ACS

Elaborado pelo autor, de acordo com os dados primários.

A partir da análise das informações constantes no Quadro 18, podemos verificar que na maioria das UBS, ou seja, em 5 unidades (UBS 1, UBS 2, UBS 4, UBS 6 e UBS 8) os profissionais pesquisados relataram que todos os membros da equipe informavam sua produtividade por meio dos equipamentos disponíveis na própria UBS, enquanto nas demais unidades houve diferenças entre os membros que utilizavam esses equipamentos. Dentre essas diferenças podemos destacar: a ausência de utilização dos equipamentos por parte das Equipes de Saúde Bucal nas UBS 3 e UBS 7, além da utilização parcial dos membros da ESB na UBS 5 (onde só cirurgião-dentista utilizava) e UBS 9 (somente o técnico em saúde bucal); a presença do recepcionista, que apesar de não integrar nenhuma equipe de atenção básica, atuava como usuário do sistema; e a ausência de utilização do sistema por parte da técnica de enfermagem da UBS 9.

Outro fato relevante é que em todas as unidades pesquisadas, observou-se a utilização dos computadores por parte dos enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde, podendo ser apontados como os profissionais mais assíduos no manuseio do sistema da Estratégia e-SUS AB durante o período de permanência na UBS. Em condição inversa, encontram-se os profissionais médicos, que segundo os participantes da pesquisa, não costumavam utilizar os equipamentos dispostos na UBS para inclusão de sua produtividade. Apesar dessas informações, o que chama atenção, é que a produtividade de alguns desses profissionais tem sido inserida e enviada ao SISAB, sugerindo que os mesmos fazem uso do sistema através de equipamentos particulares, já que o *software* é gratuito e disponível para *download* na página do e-SUS na internet.

De acordo com o Manual de Implantação da Estratégia e-SUS AB, além dos computadores, as impressoras também fazem parte da lista de equipamentos necessários para a implementação do sistema. Nesse sentido, a pesquisa averiguou a existência desses equipamentos e suas respectivas quantidades nas UBS do município de Apodi-RN, cujos os resultados estão dispostos no quadro a seguir:

Quadro 19- Quantidade de impressoras em funcionamento por UBS

Estabelecimentos	Possui Impressora	Quantidade
UBS 1	Sim	1
UBS 2	Não	-
UBS 3	Não	-
UBS 4	Não	-

UBS 5	Não	-
UBS 6	Não	-
UBS 7	Não	-
UBS 8	Sim	2
UBS 9	Sim	1

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com os dados primários.

De acordo com os dados, apenas 3 UBS (UBS 1, UBS 8 e UBS 9) possuíam impressora em funcionamento no momento da visita do pesquisador, enquanto as demais, 1 apresentou o equipamento, mas estava sem condições de uso, e as outras 5 unidades eram de fato desprovidas do referido equipamento. De acordo com o Manual de implantação do e-SUS (2014) todas as unidades deveriam ser equipadas com pelo menos 3 impressoras: 2 para impressão de documentos em geral, cuja a recomendação é que fossem localizadas 1 na recepção e outra na sala da administração, e o terceiro equipamento, seria uma impressora de cartão, preferencialmente localizada na recepção da UBS. Já para a implementação do sistema com PEC, o Anexo I do edital de credenciamento nº 01/2017 do PIUBS, preconiza que cada UBS deva ter pelo menos 4 impressoras, sendo 1 do tipo multifuncional, sem localização definida, e 3 impressoras do tipo *laser*, localizadas nos consultórios de atendimento médico, odontológico e de enfermagem.

Diante disso, constatamos que mesmo as unidades que possuem o equipamento, estes existem em uma quantidade insuficiente, exigindo do município adquirir as impressoras não só para aquelas UBS que ainda não possuem, como para as que possui em quantidade inferior ao recomendado para o programa. Lembramos que dentro da Estratégia e-SUS AB as impressoras assumem um papel relevante, como no caso das impressoras de cartão, utilizadas na confecção do Cartão Nacional de Saúde (popularmente conhecido como Cartão do SUS), possibilitando aos usuários do sistema de saúde, adquirirem seu cartão na própria unidade onde buscam o atendimento. Outra importância desse equipamento é permitir a impressão de relatórios referentes à avaliação do cadastro, situação de saúde, dados do atendimento e atividades da equipe, além de atuarem na confecção de fichas, nas unidades que ainda utilizam o sistema com CDS *off-line*, como é o caso do município em estudo.

Outro quesito bastante importante na implementação dos sistemas do e-SUS, sobretudo no sistema com PEC, é o acesso à internet. Pois conforme relatamos em outras oportunidades, apesar do sistema com CDS não depender de acesso à internet para seu funcionamento nas UBS, o envio desses dados das plataformas para o servidor central do Ministério da Saúde, dependem exclusivamente desse acesso à rede. Porém o simples fato da UBS possuir

fornecimento de internet não é o bastante, para que a implementação do Prontuário Eletrônico ocorra e o envio de dados seja feito da forma satisfatória, é necessário analisar também o tipo de conexão e a velocidade da rede, que assumem um papel fundamental e indispensável na transmissão de informações dos *softwares* para o módulo central do e-SUS. Dada sua importância, a pesquisa dedicou-se também na investigação desses pontos, cujos os achados encontram-se contidos no Quadro a abaixo:

Quadro 20- Tipo de serviço de internet por UBS

Estabelecimentos	Quantidade de computadores com acesso à Internet	Tipo de conexão/velocidade
UBS 1	2 Computadores	Via Rádio / 5Mb
UBS 2	1 Computador	Via Rádio / 5Mb
UBS 3	Nenhum	-
UBS 4	Nenhum	-
UBS 5	Nenhum	-
UBS 6	3 Computadores	Fibra Óptica / 5Mb
UBS 7	2 Computadores	Via Rádio / 5Mb
UBS 8	5 Computadores	Fibra Óptica / 10Mb
UBS 9	3 Computadores	Fibra Óptica / 5Mb

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir da análise dos dados primários.

Com relação ao acesso à internet, observamos inicialmente que 3 UBS (UBS 3, UBS 4 e UBS 5) ainda não possuem o fornecimento de serviço de internet, o que implica dizer que as unidades do município de Apodi-RN, não estão no mesmo patamar de informatização, e consequentemente, de implementação da Estratégia e-SUS AB. Pois para efeito de identificação do grau de implementação do e-SUS nas UBS, o Ministério da Saúde adotou alguns critérios, entre eles, o fornecimento de internet, permitindo situar as unidades entre os 6 cenários de implantação (conforme representadas nas Figuras 7,8,9,10,11 e 12). Desse modo, podemos concluir que as unidades do município estão situadas entre o cenário2, onde as UBS dispõem de computador, mas sem acesso à internet, e o cenário 3, na qual as unidades contam com computador e acesso à internet. Porém vários avanços ainda precisam ser observados, para que o cenário 6 seja alcançado e tenhamos o prontuário eletrônico em pleno funcionamento.

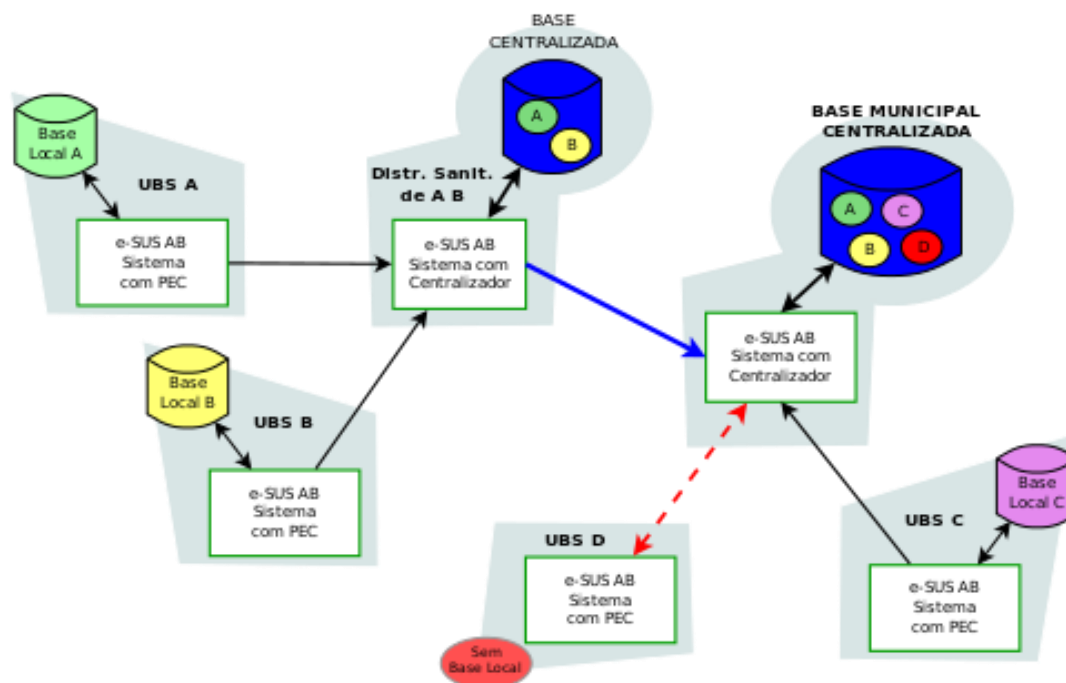
Com relação ao tipo de conexão, as UBS do município também apresentaram diferenças, dada a existência de dois padrões distintos de transmissão de dados, onde 3 UBS relataram receberem o sinal da internet por meio de cabo de Fibra Óptica e 3 UBS revelaram receber por meio do sistema Via Rádio. Isso se deve pelo fato dos fornecedores de internet não terem

implantado o sistema de Fibra Óptica em todas as regiões do município, sobretudo em algumas áreas rurais. Apesar de ambos permitirem a transmissão de dados, segundo Ribeiro (2003) a utilização da Fibra Óptica é mais vantajosa que aos demais por apresentar: maior resistência a interferências, maior capacidade e melhor qualidade de transmissão, além de alcançar maiores distâncias. Embora o Manual de Implantação do e-SUS AB (2014) não associe o funcionamento do e-SUS a nenhum tipo específico de transmissão, deduzimos que as UBS equipadas com sistema Via Rádio, terão maiores dificuldades para envio de seus dados.

Já em relação a velocidade da rede, verificamos uma certa padronização entre as unidades, uma vez que todas as UBS possuem o fornecimento de internet à uma velocidade de 5 Megabytes por segundo, com exceção apenas da UBS 8, cuja velocidade contratada é de 10 Mbps. Porém essa paridade na prática acaba não existindo, visto que as unidades não dispõem do mesmo número de computadores, e essa velocidade vai sendo fracionada à medida que novos equipamentos vão sendo conectados a essa rede. Assim a contratação da velocidade da internet deveria ter levado em consideração os equipamentos em funcionamento nas UBS, para evitar distinções no tráfego de dados. Apesar dessas disparidades, a internet em todas as unidades que possui o serviço, atende ao recomendado pelo Manual de Implantação (2014), que preconiza uma velocidade mínima de 512 Kbps para a implantação do CDS *Online* e 1 Mbps para o prontuário eletrônico.

Diferente do que poderíamos imaginar, o fato das UBS terem computador em funcionamento, *software* instalado e acesso à internet, não é o suficiente para que os sistemas *online* entrem em operação. Faz-se necessário que todos esses equipamentos estejam integrados a uma só rede. Assim todos os computadores da UBS devem estar conectados a um único equipamento, que recebe a denominação de Servidor Local, este deve ser conectado a um outro equipamento, localizado na Secretaria Municipal de Saúde, que recebe o nome de Servidor Central Municipal, conforme ilustrado na Figura 14. Desse modo, todas as informações produzidas pelas UBS são enviadas ao Servidor Local de cada unidade, e posteriormente enviadas ao Servidor Central Municipal, que reuni todas as informações do município e envia ao SISAB. É justamente por falta dessa integração e da ausência dos respectivos servidores, que o município de Apodi-RN encontra-se impossibilitado de implementar o sistema *online*.

Figura 16- Formas de funcionamento do e-SUS em rede

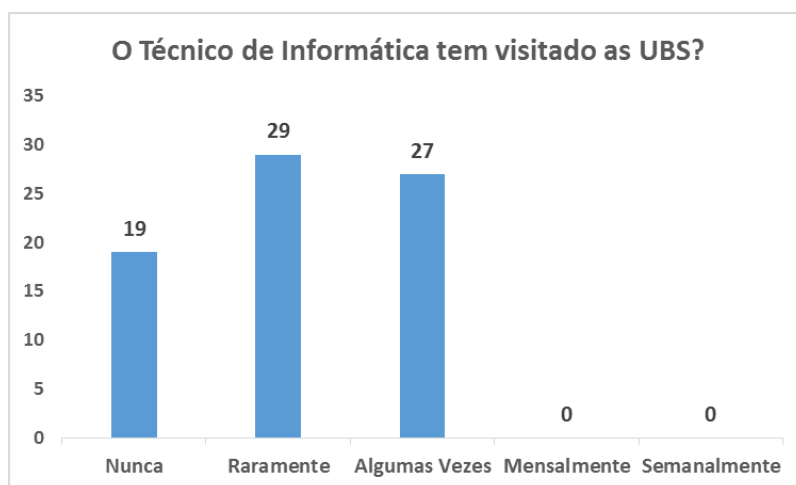


Fonte: BRASIL (2015a)

Mas ainda que todos os computadores fossem integrados, um outro aspecto também deveria ser observado para que os sistemas se mantivessem em funcionamento, trata-se da realização periódica de manutenção preventiva ou corretiva, caso algum equipamento apresentasse defeito, tanto nos *softwares* instalados, como nos demais equipamentos de informática, entre eles: computadores, *notebook*, impressoras, *nobreak*, estabilizadores, dentre outros. Para isso o município deve contratar um serviço de suporte técnico informacional ou dispor de um profissional da área de informática para realização desses serviços.

No caso do município de Apodi-RN, a Secretaria de Saúde não possui contrato vigente com nenhum prestador de serviço na área de informática, dispõe apenas de alguns servidores, que apesar de não ocuparem cargos da área de informática, realizaram alguns treinamentos, passando a responder pela operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde no município. Apesar de não realizarem serviços de manutenção nos equipamentos de informática existentes nas UBS, esses servidores, que em outros momentos dessa pesquisa foram apontados como “digitador da SMS”, atuam prestando assistência aos membros das equipes sobre variados sistemas de informação, entre eles, sobre o *software* do e-SUS, conforme evidenciado no tópico 4.2. Diante disso, nosso estudo procurou elucidar com que frequência esses técnicos costumam realizar visitas as UBS, para checagem do funcionamento do *software*, cujos resultados estão representados no Gráfico a baixo:

Gráfico 13 - Frequência de visitação do Técnico em Informática as UBS



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados primários

Analisando os dados do gráfico, podemos perceber que esses técnicos não costumam realizar visita às UBS com tanta frequência, já que as opções mensalmente e semanalmente não obtiveram nenhuma indicação, enquanto que a maior parte dos entrevistados, 48 profissionais, concentraram suas opiniões entre as opções mais negativas, ou seja, raramente e nunca. Porém para 27 profissionais, algumas vezes as visitas ocorreram, sugerindo que essas visitas não seguem um cronograma regular, mas se restringem ao atendimento de demandas isoladas, fato até compreensível, já que esses profissionais não dispõem de muito tempo para visitas, uma vez que a operacionalização dos sistemas de informação, demanda bastante trabalho desses profissionais.

Diante desse contexto, constatamos a existência de um risco considerável da utilização do sistema do e-SUS ser interrompido nas unidades de saúde do município, sobretudo em decorrência da deterioração dos equipamentos de informática e possíveis falhas que vierem a ocorrer na plataforma, pois como vimos, tanto a Secretaria de Saúde não dispõe de suporte técnico para os equipamentos, como os profissionais que atuam na operacionalização dos sistemas, não tem realizado as visitas de checagem do sistema com a frequência exigida pelos programas computacionais.

Apesar de todos os ajustes que ainda são necessários para a conclusão da implementação da Estratégia e-SUS AB no município de Apodi-RN, podemos observar, a partir do relato de um dos entrevistados, que desde o início do processo, vários desafios já foram enfrentados no sentido de manter em funcionamento um sistema complexo, cuja a estrutura disponível é

incapaz de proporcionar bom desempenho ao mesmo. Apesar do patamar de implementação do e-SUS no município não ter atingido ainda o cenário ideal que os documentos oficiais preconizam, acreditamos ter atingido um estágio bem melhor de quando os primeiros esforços foram empreendidos. A partir das análises desse estudo, podemos compreender com é desafiador retirar as políticas públicas de saúde do papel e leva-las para o cotidiano das pessoas que necessitam delas.

Em várias reuniões o e-SUS foi debatido, logo no início da sua implantação, tivemos muitos problemas, tínhamos um prazo muito curto para implantar e colocar em funcionamento, tivemos pouco interesse e resistência por parte dos profissionais, além disso como coordenação, tinha pouco conhecimento sobre o sistema, e o pouco que a URSAP nos repassava durante algumas capacitações era o básico e ainda soava estranho e complicado para nós. Muitos profissionais não tinham experiência com computadores ou tablets, outros demonstravam medo, desinteresse, raiva em alguns momentos, foram dias tensos, mas que deveríamos seguir com a programação de toda forma. Hoje o que visualizo é que naquele período tão crítico todos nós tínhamos limitações em relação ao sistema, era um trabalho que tinha prazo, deveria ser feito e não sabíamos bem como fazer, desde a URSAP, coordenação da AB do município, secretário de saúde e profissionais da AB. Os pontos negativos colocados pelos profissionais eram sempre sobre o tempo que diziam não ter para digitar a produção e não saberem mexer nos computadores. Os positivos eram sobre a diminuição de papéis quando os tablets fossem comprados. (E6)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme proposto anteriormente, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a eficiência no processo de implementação da Estratégia e-SUS Atenção Básica no município de Apodi-RN, a partir da utilização de alguns conceitos trazidos pelo modelo do ciclo de políticas públicas. Para o êxito do objetivo geral desse estudo, alguns objetivos específicos foram propostos e empreendidos esforços no sentido de cumpri-los, dos quais citamos: Identificar as características pessoais e a influência do perfil profissional dos participantes do programa no seu processo de implementação, por meio do tipo de vínculo, tempo de atuação, escolaridade, faixa etária e gênero; Verificar a capacidade operacional das equipes e dos profissionais, a partir da aptidão para operar os *softwares*, formas de inserção de dados e percepções sobre o programa; e Avaliar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com os requisitos necessários para implementação da Estratégia e-SUS;

Atendendo ao primeiro objetivo específico, concluiu-se: que nossa pesquisa teve a participação de profissionais pertencentes a todas as categorias ocupacionais integrantes das equipes de: Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, do município de Apodi-RN. Revelou ainda uma predominância do gênero feminino entre os membros das equipes, demonstrando que o município encontra-se inserido em um processo de feminilização da força de trabalho da saúde; já em relação a faixa etária a maior parte da equipe apresentou idades entre 30 e 50 anos, com predominância dos acima de 40 anos, indicando baixa presença de jovens, fator que influencia também no tempo de atuação na atenção básica, onde a maior concentração se deu nos profissionais com mais de 15 anos de atuação.

Assim ao tratar-se de um sistema de informação desenvolvido nos últimos anos, a Estratégia e-SUS AB representa uma inovação tecnológica no setor saúde e um desafio aos profissionais que permaneceram por anos utilizando um outro sistema, essa situação acaba provocando resistência, medo e insegurança na operacionalização dos *softwares*, conforme evidenciado nesse estudo, exigindo maiores esforços dos gestores de saúde, na motivação e envolvimento desses profissionais com o programa. Apesar disso, o nível de escolaridade apresentou-se elevado, quando comparado com nível exigido para o cargo, sinalizando que a maioria dos membros das equipes deram continuidade na sua formação, demonstrando estarem atentos à qualificação profissional, o que representa um fator positivo para implementação da política, já que trata-se de novas realidades, que exige novos conhecimentos para utilização.

Desse modo, o presente estudo concluiu que algumas características observadas nos pesquisados, no que dizem respeito: a composição das equipes, gênero, faixa etária, tempo de atuação e escolaridade, possui capacidade de influenciar na implementação da Estratégia e-SUS AB, inclusive, sinalizando para alguns obstáculos enfrentados desde o início do processo de implementação do programa e de certa forma, antecipa alguns comportamentos decorrentes da relação entre esses profissionais e o sistema. Assim com as análises realizadas no tópico “Caracterização pessoal e profissional dos participantes da pesquisa” acreditamos termos atingido o primeiro objetivo específico e respondido ao primeiro questionamento do nosso problema de pesquisa.

No que se refere ao segundo objetivo específico, realizamos a construção de um perfil dos profissionais e das equipes de atenção básica, inicialmente a partir da aptidão desses profissionais para o uso de computadores e ferramentas da internet, uma vez que tratam-se de elementos indispensáveis para o funcionamento do sistema. A pesquisa concluiu que a grande maioria dos profissionais possui aptidão para o uso desses itens, mas que ainda existem membros das equipes que não sabem manusear os computadores, e isso os tornam avessos a

utilização do programa. Com relação a capacitação, a maior parte dos profissionais relataram ter participado, porém o estudo revelou não ter sido realizada para todas as formações profissionais, além de serem organizadas de forma pontual e sem regularidade.

Apesar desses aspectos, o quesito capacitação apresentou um nível satisfatório de participação e atestou ter atingido seu propósito, já que parcela significativa dos capacitados, revelou se sentir preparado para a operacionalização do sistema após o referido treinamento. Entre os profissionais que relataram ter participado da capacitação e ainda assim, sentiram-se inseguros, os principais motivos apontados para persistência das dúvidas foram: curto tempo do curso, superficialidade dos temas abordados e informações insuficientes para preenchimento das fichas. Assim ao consideramos o e-SUS como uma nova ferramenta de trabalho, admitimos ser natural o surgimento de dúvidas durante sua implementação, e foi justamente dentro desse contexto, que a pesquisa indicou o digitador da Secretaria Municipal de Saúde e o enfermeiro como os profissionais mais procurados pelos colegas nos momentos de incerteza.

Com relação ao registro de atividades, a pesquisa concluiu um tímido predomínio dos profissionais que digitavam suas produções diretamente no sistema do e-SUS e aqueles que ainda empregavam as fichas de papel, demonstrando que ainda conservam a mesma forma de registro de informações da época do SIAB, perpetuando o retrabalho na coleta de dados que o e-SUS busca evitar, já que as informações são inseridas inicialmente nas fichas de papel e posteriormente repassadas para o sistema por outros profissionais. O estudo constatou uma certa divisão dos pesquisados em relação a quem dirigiam as fichas após seu preenchimento, deixando claro que o município ainda não organizou o fluxo que essas fichas devem seguir para serem inseridas no sistema e quem são os verdadeiros responsáveis por esse trabalho dentro da UBS.

Conclui-se também que dentre os sistemas disponibilizados pela Estratégia, o município de Apodi-RN não conseguiu implementar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-*Online*), que consiste no sistema definitivo do e-SUS, permanecendo em funcionamento o sistema com Cadastro de Dados Simplificado (CDS-*Off-line*), considerado como um sistema transitório, cujo os município brasileiros não deveriam mais utilizá-lo desde o ano de 2016, quando a implementação do sistema do PEC tornou-se obrigatório pelo Ministério da Saúde. Mesmo com o sistema CDS, a maioria dos profissionais consideraram que o processo de coleta de dados melhorou com a implementação do e-SUS, já os profissionais com menos de 3 anos de atuação, demonstraram certa indefinição sobre os avanços e os retrocessos, uma vez que não operaram no sistema anterior.

Assim após concluirmos a construção da Capacidade Operacional das Equipes e dos Profissionais da Atenção Básica, constatamos que a grande maioria deles estão preparados para operacionalização do sistema, e possuem condições favoráveis para implementação da Estratégia e-SUS, inclusive com seu sistema definitivo. Feita essas considerações, confiamos ter atingido nosso segundo objetivo específico, e respondido ao segundo questionamento do nosso problema de pesquisa.

No tocante ao terceiro objetivo específico, realizamos uma análise sobre a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde do município, dando início ao tópico a partir da identificação da quantidade de equipamentos existentes em cada unidade, tanto em relação aos computadores, como as impressoras. Concluiu-se que ambos os equipamentos eram insuficientes para a utilização de todos os profissionais, uma vez que para cada computador, existiam vários profissionais, evidenciando uma disputa entre os membros das equipes para terem acesso ao equipamento e poderem inserir suas informações. No caso da impressora, a maioria das unidades não possuíam o equipamento, seja de impressão normal, seja de cartão, e nas UBS que tinham o instrumento, eram em quantidade abaixo do preconizado pelos manuais do programa.

Em relação aos profissionais da equipe que utilizam esses equipamentos, a pesquisa evidenciou que os profissionais da enfermagem (bacharel e técnico) e os ACS são os que mais utilizam os computadores da unidade, já em relação a alguns profissionais da Saúde Bucal e aos médicos, constatou-se que não costumam utilizar com frequência esses equipamentos, sugerindo que, ou não operam o sistema, ou o fazem através de equipamentos particulares. O acesso à internet foi outro quesito analisado, onde concluiu-se que nem todas as unidades possui acesso à rede, e as que possui, apresentam diferenças tanto no tipo de transmissão de dados, umas são Via Rádio outras Fibra Óptica, como na velocidade da internet fornecida para cada computador, demonstrando que as UBS apresentam estruturas diferenciadas entre si, o que permite classifica-las em cenários distintos, que de acordo com a classificação do Ministério da Saúde, situam-se entre os cenários mais primitivos (2 e 3).

Outro ponto que deixou a desejar foi o fornecimento de suporte técnico as UBS, onde a pesquisa revelou não existir nenhuma empresa ou pessoa física, responsável pela realização dos serviços de manutenção preventiva e corretiva nos equipamentos dessas unidades, revelando um risco de interrupção na utilização do sistema nas UBS, em razão da deterioração dos equipamentos de informática. O único suporte relatado, foi em relação ao manuseio dos *softwares*, feito pelos profissionais da própria Secretaria de Saúde, apesar das visitas às UBS não serem tão regulares. Assim concluímos que as UBS não possuem ainda, condições para

conclusão da implementação do e-SUS, ou seja, para implementação do Prontuário Eletrônico. Após essas conclusões, acreditamos termos atingido as expectativas em relação ao terceiro objetivo específico, assim como solucionado o terceiro questionamento do problema de pesquisa.

Diante do exposto, acreditamos que o estudo apresentou algumas contribuições, sobretudo por abordar avaliação *ex-ante* da eficiência das políticas públicas, cuja a importância para o campo é inquestionável, principalmente: por auxiliar gestores sobre a viabilidade de implementação de determinado programa; por fornecer uma compreensão sobre os componentes que contribui para o sucesso de uma política, assim como a compatibilidade desses componentes com o objetivo perseguido; e permitir a identificação de problemas no planejamento da política, buscando corrigir erros, que causariam ineficiência e desperdício de recursos.

Outra contribuição importante, trata-se do emprego de conceitos trazidos das Ciências Sociais Aplicadas, por meio do ciclo de políticas públicas, para análise de uma política pública de saúde, fato pouco observado na literatura, em especial pelo reduzido número de publicações que tratem especificamente da avaliação de processos (eficiência), somado ao fato de que a Estratégia e-SUS Atenção Básica é um programa pouco estudado, ainda que sua formulação tenha ocorrido há alguns anos, sua implementação é relativamente recente nos municípios brasileiros.

Ao estudarmos a Estratégia e-SUS AB, cremos está contribuindo para uma melhor percepção dessa importante ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, sobretudo por demonstramos as dificuldades, seja em relação aos profissionais seja em relação às instituições, de se implementar suportes tecnológico sem serviços públicos de saúde. No campo prático, espera-se que os resultados auxiliem outros pesquisadores no desenvolvimento de trabalhos sobre a Estratégia e-SUS AB, além de apontar caminhos que auxiliem os gestores de saúde na implementação dessa política.

Como pesquisas futuras sugere-se empregar o modelo de avaliação da eficiência à outras políticas públicas, seja da área da saúde seja de outras áreas; analisar a Estratégia e-SUS AB em municípios de porte menor, que já tenham o sistema com PEC em funcionamento, além de avaliar o programa a partir das concepções dos técnicos que operam os sistemas de informação em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Um ano após fim do prazo**, informatização do SUS só chega a 40% das unidades. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/ocultar-home/um-ano-apos-fim-do-prazo-informatizacao-do-sus-so-chega-40-das-unidades/33170>. Publicado em: 16 de fevereiro de 2018.

AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. **La hechura de las políticas**. México: Porrúa, 1992.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**, vol.3, n.2, julho/dezembro, 2015.

ALVES, J.P; DINIZ, I.V.A; FRANÇA, K.T.G. **Avanços e Desafios na implantação do e-SUS AB**. II CONBRACIS - Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Campina Grade-PB, 2017.

ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES Maria L. Modelos de análise das políticas públicas. **Rev. Sociologia, Problemas e Práticas [online]**, n. 83, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/2662>. Acesso em: 16 de dezembro 2017.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. IN: RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. São Paulo, 1998.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva [online]**. 2003, vol.8, n.2, pp.331-345.

AZEVEDO, Sérgio de. Políticas públicas: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando A. Dos (et. al.). **Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais**. Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.221-272.

BAPTISTA, Tatiana W.F. **Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

BARBOSA, V.B.A; FERREIRA, M.L.S.M; BARBOSA, P.M.K Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação de agentes comunitários desaúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre - RS, 2012.

BARDACH, Eugene. **Los Ochoa Pasos para el Análisis de Políticas Públicas**. México: Centro de Documentación y Docencia Económicas, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Editora Edições 70, Lisboa, 2000.

BARRETO, M. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**. 2004; 9: 329-38.

BASSOTO, T. R. P. Estratégia de Saúde da Família: O papel do Enfermeiro como Supervisor e Educador dos ACS. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares-MG, 47 p, 2012.

BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, R. M. As políticas desaúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez, 1996.

BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, jan./abr. 2009.

BOFF, Leonardo. **Crise: Oportunidade de Crescimento**. Editora Verus, 2002.

BOSCHETTI. Ivanete. **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais**. In Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília-DF: 2009. p.575-591.

BRANCALEON, Brígida Batista; et al. **Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. Programa de Pós-graduação em Administração de Organizações. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, DF, 20 set. 1990, Diário Oficial da União, p. 18055.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267 de 6 de Março de 2001**. Dispõe sobre a inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Diário Oficial da União, n. 119, Seção 1, p.67, Brasília-DF, março de 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)**: proposta versão 2.0, inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 1ª edição, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, 1ª edição. Sistema Único de Saúde, Brasília, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. Nota Técnica nº 07/2013, de 19 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Digitador**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_digitador. Publicado em 2013a.

BRASIL. **Portaria nº 1.903 de 4 de setembro de 2013**. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União nº 172, Seção 1, p. 50, publicado em: 05/09/2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) do sistema e-SUS Atenção Básica**. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica DAB/SAS/MS de 07 de agosto de 2014a**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS Atenção Básica: Manual de implantação – versão preliminar**. Brasília-DF, 2014b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **A Gestão do SUS**. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Manual de Exportação – API Thrift do Sistema e-SUS Atenção Básica – Versão 2.0**. Brasília-DF, abril de 2015^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) do sistema e-SUS Atenção Básica – Versão 2.1**. Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de outubro de 2017, Seção 1- Suplemento, p. 360.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017a, Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Pense SUS – Atendimento**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em: 15/05/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sobre o SISAB**. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 21/05/2018a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Como implantar o e-SUS**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=como_implantar. Acesso em: 16/06/2018b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php. Acesso em: 17/06/2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mapeamento do prontuário eletrônico no Brasil**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2295. Acesso em: 16/08/2018d.

BRASIL, Portal do Ministério da Saúde. **Trabalho, Educação e Qualificação Profissional**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-daeducacao/qualificacao-profissional>. Acessado em 14/12/2018e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.920 de 31 de Outubro de 2017**, que institui o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde – PIUBS. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html. Acesso em: 10/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital de Credenciamento do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde nº 01/2017**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/09/Edital.pdf>. Acesso em: 10/01/2019a.

CAPELLA, Ana C. N. **Análise de políticas públicas**: da técnica às ideias. Revista Agenda Política, vol. 3, n. 2, junho-dezembro de 2015.

CARNEIRO, Fernanda. **Avaliação de políticas públicas**: por um procedimento integrado ao ciclo de gestão. Perspectivas em Políticas Públicas. Belo Horizonte. Vol. VI, nº 11, p. 93-129, jan/jun, 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde**: fundamentos e diretrizes do SUS. Departamento de Ciências da Administração – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CARVALHO, Marcio A. **Uma introdução à análise de políticas públicas**: Análise Custo-Benefício, Árvore de Decisão e Modelos de Multi atributos. XXIX EnANPAD - Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração. Brasília-DF, 2005.

CARVALHO, Maria L; BARBOSA, Telma R.C.G; SOARES, Jeferson B. **Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica.** X Colóquio Internacional sobre Gestión Universitária em América del Sur. Mar del Plata, Argentina. Dezembro de 2010.

CASTRO, C. M. **Estrutura e apresentação de publicações científicas.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

CAVALCANTE, R.B; PINHEIRO, M.M.K; Capacitação para uso do sistema de informação da atenção básica: mantendo o status quo informacional. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.** (1):294-304, 2011.

CAVALCANTE, R.B, ET AL. Informatização da Atenção Básica a Saúde: Avanços e Desafios. **Rev. Cogitare Enfermagem.** (23)3, 2018.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta de estabelecimento.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acessado em: 14/12/2018.

COSTA, F.L. CASTANHAR, J.C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos.** Revista de administração pública. Rio de Janeiro, 37(5):969-92, Set/Out. 2003.

COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato (orgs.). **Gestão Estratégica em Políticas Públicas.** 2. ed. Campinas: Alínea, 2015.

COTTA, Tereza Cristina. **Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e impactos.** Revista do serviço público. Ano 49. Número 2. Abril/junho, 1998.

CUNHA, Carla G. S. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências do Brasil.** Washington, EUA. 2006.

CUNHA, Patricia R.C. **O debate em torno das políticas públicas: o caso da política nacional de juventude no Brasil.** Seminário Nacional de Ciência Política: Democracia em Debate. UFRGS, Porto Alegre, 2008.

DAGNINO, R. Metodologia de análise de políticas públicas. In: DAGNINO, R. et al. **Gestão estratégica da inovação: metodologias para análise e implementação.** Taubaté: Cabral Universitária, 2002.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Apresentação e Histórico.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/datasus>. Acesso em: 16/08/2018.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. SIAB: **apresentação.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acesso em: 16/08/2018a.

DERNTL, M.; MOTSCHNIG-PITRIK, R. The rule of structure, patterns, and people in blended learning. *The Internet and Higher Education*, v. 8, n. 2, p. 111-130, 2005.

DUARTE, Alexandra I.F. **Condições de formulação das políticas públicas: o caso da generalização do ensino profissional, 2004-2009.** Tese (doutorado em Políticas Públicas) – Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal, 333 p, 2015.

DYE, T. R. **The policy analysis.** Alabama: The University of Alabama Press, 1976.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A Multidisciplinaridade no Estudo das Políticas Públicas. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **A Política Pública como campo Multidisciplinar.** Rio de Janeiro / São Paulo: Unesp/ Fiocruz, 2013. p. 11-22;

FERNANDES. Antônio Sergio Araújo. **Políticas Públicas: Definição evolução e o caso brasileiro na política social.** IN DANTAS, Humberto e JUNIOR, José Paulo M. (orgs). *Introdução à política brasileira*, São Paulo. Paulus. 2007.

FERREIRA, Patrícia A. **Gestão de políticas públicas: uma proposta de modelo processual de análise.** Tese (doutorado em administração) – Universidade Federal de Lavras. Lavras-MG, 305 p, 2011.

FIGUEIREDO, Luana A. **Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.** Dissertação (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 121 p, 2009.

FONSECA, Cláudia Maria; SANTOS, Mônica Loureiro. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. **Revista Ciência & Saúde coletiva.** Vol.12, n.º 3, p. 699-708, 2007.

FRANCO, Joel L. F. **Sistemas de Informação.** Acervo de recursos educacionais em saúde da Universidade Aberta do SUS. São Paulo, 2012.

FREITAS, I. V. B; TANCREDI, M.; FILHO, J. T. C.; MENEGUIN, F.B. **Avaliação de políticas públicas no senado federal: proposta de abordagem.** SEEP/Senado Federal. Brasília, ago/2013.

FREY, Klaus. **Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira.** PPGSP/UFSC, cadernos de pesquisa, n. 18, setembro, 2000.

FUKS, Mário. **Definição de Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: Uma Perspectiva Argumentativa da Dinâmica do Conflito Social.** BIB, nº 49, pp. 79-94, Rio de Janeiro, 2000.

GARCIA, C.C; RUIZ, M.C.S ROCHE, M.E.M; GARCIA, C.I.G. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 21(6):1314-20nov.-dez. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª edição. Ed. Atlas, São Paulo, 2002.

GIOVANELLA, L., *et al.* Orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. Editora FIOCRUZ, 2ª edição revisada, Rio de Janeiro, 2012.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. Adm. Empresa**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, Jun. de 1995.

HAM, Christopher; HILL Michael. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres, 1993.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Ed. Elservier, Rio de Janeiro, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em Síntese - Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/apodi/panorama>. Acesso em: 11/11/2018.

IDEMA, Instituto de Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente do Rio Grande do Norte. **Perfil do seu município**: Apodi. V. 10, p. 1-23, Natal-RN, 2008.

LABOISSIÈRE, Paula. **Cidades têm 60 dias para implantar prontuário eletrônico nas unidades do SUS**. Agência Brasil, Brasília, 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-10/cidades-tem-60-dias-para-implantar-prontuario-eletronico-nas-unidades-do-sus>.

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade**. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 1, jun. 2004.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais - Sebrae/MG. Belo Horizonte, 2008.

MACHADO C. V; LIMA, L.D; BAPTISTA, T.W.F. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. IN: MATTAG.C; MOURA A. L (orgs). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.139-162.

MACHADO, Cristiani V; LIMA, Luciana D; BAPTISTA, Tatiana W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS In: Oliveira, RG; Grabois, V; Mendes Junior, W V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 1ª ed. EAD/ENSP, p. 49-74, Rio de Janeiro: 2009.

MACHADO, M.H; WERMELIGER, M; TAVARES, M.F.L; MOYSES, N.M.N; TEIXEIRA, M; OLIVEIRA, E.S. **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MARIN, Heimar F. **Sistemas de informação em saúde: considerações gerais**. Journal of Health Informatics, Jan-Mar; 2(1): 20-4, 2010.

MEDEIROS, A.C; PEREIRA, Q.L.C; SIQUEIRA, H.C.H; CECAGNO, D; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enfermagem**, 2010.

MEDEIROS, Walfredo Ferreira. **Mapa do município de Apodi**. Disponibilizado pela Defesa Civil do município de Apodi. Elaborado em dezembro, 2011.

MELLO, Carlos Gentile de. **Medicina Previdenciária**. Saúde e Medicina no Brasil: Contribuições para um Debate. (Org.) Reinaldo Guimarães. Série Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELO, Marcus A. “Estado, Governo e Políticas Públicas”. In Miceli, Sergio (org.). **O que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)**. Vol. 3: Ciência Política. (pp. 59-99). São Paulo: Sumaré/Anpocs; Brasília: CAPES. 1999.

MENY, Yves, THOENIG, Jean Claude, **Politiques Publiques**, Paris, Presses Universitaire de France, 1989.

MERELES, Carla. **Saúde municipal: o que pode e deve ser feito nessa esfera?** Revista Eletrônica Politize, setembro de 2016. Disponível em: <http://www.politize.com.br/saude-municipio-qual-a-responsabilidade>.

MOLESINI, Joana A; FORMIGLI, Vera L.A; GUIMARÃES, Maria C.L; MELO, Cristina, M.M. Programação Pactuada Integrada e Gestão Compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.3, p.623-638, jul. /set. 2010.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A Análise das Políticas Públicas**. Educat, Pelotas, 2002. 156p.

NARCISO, Magda; INÁCIO, Renata; CARVALHO, Sônia. As Tecnologias da Informação na Gestão em Cuidados de Enfermagem – Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Envelhecimento e Inovação**. Volume 3, edição 1, abril, 2014.

NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Apresentação sobre a Organização dos Serviços de Saúde no município de Apodi-RN**. Palestra para Equipes da Atenção Básica, realizada em 08/07/2014, 38 Slides.

PAESE, Claudia R; AGUIAR, Anne A.G. Revisando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, jan. /jul. 2012.

PAIVA, E.V; JATENE, F.B. **Revalidação do Título de Especialista**. Disponível em: http://www.cna-cap.org.br/artigo_home.asp. Publicado em: 05 de maio de 2005.

PINHEIRO A.L.S; ANDRADE, K.T.S; SILVA, D.O; ZACHARIAS, F.C.M; GOMIDE, M.F.S; PINTO, I.C. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enfermagem**. 25(3), 2016.

PINHO, Carlos T.A. **O desafio da informação para formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas**. VIII Semana de Administração Orçamentária, Financeira e de Contratações Públicas. ESAF, Brasília, 2011.

PINTO JÚNIOR V.C; RODRIGUES L.C; MUNIZ C.R. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, vol. 27, núm. 3, jul-set, 2012, pp. 463-468.

PINTO, Isabela C. M. Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Rev. Pol. Públicas**. São Luís, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008.

PRODANOV, Cleber C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª edição. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAEDER, Savio. **Ciclo de políticas**: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. Revista Perspectivas em Políticas Públicas. Vol. VII. Nº 13. Belo Horizonte, p. 121-146, jan/jun 2014.

REIS, Denizi O; ARAÚJO, Eliane C; CECÍLIO, Luiz C. O. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. Módulo Gestor. Universidade Aberta do SUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 03/04/2018.

REIS, Elisa Pereira. **Política e Políticas Públicas na Transição Democrática**. Seminário Internacional sobre o Estado e as Políticas Públicas na Transição Democrática. Fundação Joaquim Nabuco, Recife, maio de 1988.

RIBEIRO, José Antônio Justino. **Comunicações ópticas**. 2. ed. São Paulo, 2003.

RODRIGUES, Marta M. **A. Políticas Públicas**. Coleção Folha Explica, São Paulo: Publifolha, 2010. p. 46-53.

ROMANO, Jorge Osvaldo. **Política das Políticas**: um olhar sobre a agricultura brasileira. Rio de Janeiro: Mauad X / Edur - Ufrj, 2009. p.308.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. In: O estudo da política: textos introdutórios. Brasília: Paralelo 15, 1998.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. 130 p.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender Políticas Públicas**. Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas. Brasília: 2013.

SABATIER, Paul; MAZMANIAN, Daniel. **The implementation of public policy**: a framework of analysis. Policy Studies Journal, v. 8, n. 4, p. 538-560, jan. 1980.

SALUM, N.C; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Rev. Contexto Enfermagem**, 23(2): 301-8. Florianópolis, Abr. – Jun. 2014.

SANTOS, Agnaldo dos. **Construção das políticas públicas** – processos, atores e papéis. Instituto Polis, 2009. Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/1244/1244.pdf>. Acesso em: 21/03/2018.

SANTOS, Caroline S. dos. **Implementação de políticas públicas**, um processo contínuo de formulação da agenda? XVII Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional. São Paulo, maio de 2017.

SANTOS, E.F.G; CRUZ, D.M; PAZZETTO, V. T. **Ambiente educacional rico em tecnologia: A busca do sentido**. Disponível em: http://www.abed.org.br/site/pt/midiateca/textos_ead/634/ambiente_educacional_rico_em_tecnologia_a_busca_do_sentido_. Publicado em: 22/11/2005.

SCHMIDT, João P. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge R; LEAL, Rogério G (organizadores). **Direitos sociais e políticas públicas: Desafios contemporâneos**. Tomo 8. Edunisc, Santa Cruz do Sul, 2008.

SECCHI, L. **Agenda building in Brazilian municipalities**: when and how citizens participate. In: FRANZKE, J. (Org.) *illaking ciuz L societies work*. L ed. Potsdam: Editora da Universidade de Potsdam, 2006. p. 709-124.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. Editora Cengage Learning, 2ª edição. São Paulo, 2013.

SESAP, Secretaria de Estado da Saúde Pública. Plano Diretor de Regionalização – PDR. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000090284.PDF>. Natal-RN, outubro de 2004.

SIDNEY, Mara S. **Policy formulation: design and tools**. In: Frank Fischer et al., *Handbook of Public Policy Analysis*. CRC Press, Londres, 2007, pp. 79-87.

SILVA L.A.A; BONACINA, D.M; ANDRADE A; OLIVEIRA T.C. Desafios na construção de um projeto de Educação Permanente em Saúde. **Rev. Enfermagem**, UFSM. Set. – dez.2012; 2(3):496-506.

SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes de avaliação de programas e políticas. Cadernos de Pesquisa, nº 48, UNICAMP, NEPP, 2000, p. 1-17.

SILVA, T.I.M; CAVALCANTE, R.B; SANTOS, R.C; GONTIJO, T.L; GUIMARÃES, E.A.A; OLIVEIRA, V.C. Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**. vol.71, nº 6, Brasília, nov./dez. 2018.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**. Nº.16, Porto Alegre, Jul/dez. 2006.

SOUZA, Lincoln M. Comentando as classificações de políticas públicas. **Revista Cronos**, v.11,n.1, p. 161, Natal-RN, jul/ago de 2010.

SOUZA, Lincoln Moraes. **Políticas públicas**: introdução às atividades e análise. EDUFRN, Natal, 2009.

SOUZA, Yalle H; SECHI, Leonardo. Extinção de políticas públicas: Síntese teórica sobre a fase esquecida do policy cycle. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 20, n. 66, jan. /jun. 2015.

SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madri:Inap, 1989.

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**, vol. 35, nº 2. Rio de Janeiro, 2019.

TCU. **Relatório de Acompanhamento: 034.6762017-1**. Relator: Augusto Nardes. DS: 22/08/2018, Brasília-DF, 2018. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/3467620171.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/2/false>.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, Bahia, 2002.

VANMETER, D.S; VANHORN, C.E. **The policy implementation process**: a conceptual framework. *Administration and Society*, v. 6, n. 4, p. 445-488, 1975.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens **Metodológicas em Políticas Públicas**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. Caderno nº 05. 1998.

VOWE, G. “**Politics, Policy, Polity**”, em Kaid, L. (org.). *Encyclopedia of political communication*, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. 2008.

WERMELIGER, M; MACHADO, M.H; TAVARES, M.F.L; OLIVEIRA, E.S; MOYSES, N.M.N; FERRAZ, W. A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

WÖHLKE, Roberto. **Análise de políticas públicas**: O papel das instituições participativas na efetividade da política municipal de assistência social de Florianópolis no período de 2011 a

2015. Dissertação (mestrado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 160 p, 2016.

WU, Xum; RAMESH, M; HOWLETT, Michael; FRITZEN, Scott. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Traduzido por Ricardo Avelar de Souza. ENAP, Brasília, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Inicialmente, gostaria que informasse algumas informações: o cargo que ocupa, idade, gênero, o tempo de serviço na Atenção Básica e sua escolaridade.
2. Em sua opinião, quais os motivos levaram o Ministério da Saúde a propor a estratégia e-SUS AB?
3. Em sua opinião, existiam problemas no SIAB a ponto de necessitar sua substituição pelo SISAB? Quais?
4. Caso o SIAB tenha apresentado problemas, na sua opinião, até o momento o SISAB tem conseguido corrigir ou amenizar os problemas apresentado anteriormente?
5. Em sua opinião, quais os fatores (políticos, econômicos e sociais) influenciaram na formulação da estratégia e-SUS?
6. Quais atores, na sua opinião, atuaram na elaboração da proposta do e-SUS AB?
7. A proposta do e-SUS AB foi debatida em alguma reunião da qual participou? Quais os pontos positivos e negativos foram discutidos nessas reuniões?
8. Na sua opinião, quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe da atenção básica do município na implementação da estratégia e-SUS AB?
9. O ministério da Saúde, na sua opinião, deu o suporte adequado para implantação do e-SUS AB? Porque?
10. A Secretaria Estadual de Saúde auxiliou no processo de implantação da estratégia? Com quais ações?
11. Outras instituições como universidades, empresas de tecnologia da informação, ONGs ou outras instituições parceiras deram algum auxílio na implementação da estratégia e-SUS no município?
12. Quais os principais benefícios que o novo sistema trouxe para qualidade dos serviços da atenção básica do município?

ANEXO II
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DO E-SUS

1. PERFIL PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

1.1 Cargo: _____ 1.2 Idade: _____

1.3 Tempo De Atuação Na Atenção Básica: _____ 1.4 Gênero: _____

1.5 Escolaridade: () Pós-graduação () Superior () Médio () Fundamental

2. CAPACIDADE OPERACIONAL DA EQUIPE E DOS PROFISSIONAIS

2.1 Considera-se apto para o uso de computador e internet: () Sim () Não

2.2 Já participou de capacitação sobre e-SUS voltada para o cargo que ocupa? () Sim () Não

2.3 Caso a resposta seja positiva para o item 4.2, quem ofereceu a capacitação?

() Ministério da Saúde () SES () SMS () Membro da equipe () EaD UNASUS

2.4 Você sentiu-se preparado para operar o sistema após a capacitação? () Sim () Não

2.5 Caso a resposta seja negativa para o item 4.4, qual(is) o(s) motivo(s) da insegurança?

2.6 O registro de suas atividades é feito através do preenchimento:

() Manual, com fichas de papel () Eletrônico, fichas do sistema () Não faço registros

2.7 Caso utilize fichas de papel, para quem envia após o preenchimento?

() Secretária de Saúde () Coordenador da AB () Coordenador da UBS () Enfermeiro

() Dentista () Outros, qual(is): _____

2.8 Caso utilize o preenchimento eletrônico, qual sistema você utiliza?

() Cadastro de Coleta Simplificado () Prontuário Eletrônico () Não sei informar

2.9a Caso utilize o sistema com CDS, quais das fichas abaixo você já utilizou? Com que frequência?

Cadastro Domiciliar	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Atendimento Individual	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Marcadores de Consumo Alimentar	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Atendimento Odontológico Individual	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Atividade Coletiva	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Procedimentos	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Visita Domiciliar	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Avaliação de Elegibilidade/Admissão	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Atendimento Domiciliar	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente

2.9b Caso utilize o sistema com PEC, quais dos módulos abaixo você já utilizou? Com que frequência?

Atendimento Individual	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Cidadão	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Agenda	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Relatórios	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente
Administração	() Nunca () Algumas Vezes () Mensalmente

2.10 Com a implantação do e-SUS, a realização de suas atividades profissionais:

() Melhorou () Piorou () Não observei mudanças () Não sei informar

2.11 A equipe já participou de alguma capacitação sobre a estratégia e-SUS: () Sim () Não

2.12 Caso a resposta seja positiva para o item 3.1, quem ofereceu a capacitação para equipe?

() Ministério da Saúde () SES () SMS () Membro da equipe () EaD UNASUS

2.13 Quando surge dúvida sobre a utilização do sistema, a quem a equipe costuma se reportar?

3. PERFIL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

3.1. Esta UBS possui computador em pleno funcionamento: () Sim () Não

3.2 Quantos computadores possuem nesta unidade: _____

3.3 Quem costuma utilizar o(s) computador(es):

() Todos os profissionais () Médico () Enfermeiro () Dentista () Tec. de enfermagem

() Tec. Saúde Bucal () ACS () Outros: _____

3.4 Onde está localizado o(s) computador(es):

() Consultório () Recepção () Farmácia () Outros: _____

3.5 Esses equipamentos possuem conexão com a internet: () Sim, quantos: _____ () Não

3.6 Caso a resposta seja positiva no item 2.5, qual o tipo de conexão utilizada na UBS:

() Banda Larga () Cabo () Via rádio () Não sei informar

3.7 A unidade possui impressora em funcionamento: () Sim () Não

3.8 Com que frequência a UBS recebe visita de profissionais de tecnologia da informação?

() nunca () raramente () algumas vezes () mensalmente () semanalmente