

**NOTA TÉCNICA – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO CONASEMS
SOBRE O E-SUS AB
MARÇO DE 2014**

A CIT – Comissão Intergestores Tripartite, deliberou em setembro de 2013, sobre a realização de uma oficina de trabalho nacional, para aprofundar as discussões sobre a implantação e implementação do E-SUS AB. Tal aprofundamento exigiu além da oficina realizada em novembro de 2013 com representação do CONASEMS, do CONASS e das diversas áreas envolvidas do MS, uma ampla discussão ocorrida no IV Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, realizado nos dias 19 a 21 de fevereiro de 2014. Deste movimento, apontamos, questões e diretrizes que devem nortear o processo de implementação do e-sus AB, nacionalmente.

Principais observações:

1. O prazo previsto para a implantação do e-SUS-AB fica mantido, segundo portaria. O CONASEMS irá estabelecer junto ao MS um processo de acompanhamento desse prazo e tratar de eventuais problemas.
2. No próximo mês de abril será disponibilizada a versão 2.0 do e-SUS-AB.
3. Com a implantação do e-SUS-AB versão 2.0, o municípios não mais precisarão usar/alimentar os seguintes aplicativos: SISPRENATAL, SISVAN, HIPERDIA, SISPNI, Bolsa Família.
4. O e-SUS-AB estará informatizando também a captura dos dados/informação do Consultório de Rua, Brasil sem Miséria, Brasil Carinhoso, Melhor em Casa, Atenção Domiciliar (substitui o atual RRAS-AD, inclusive com uma versão para Tablet com o sistema operacional Android) e o já em operação Programa Saúde na Escola.
5. Está em processo à disponibilização de conectividade, via MS, para 14 mil UBS.
6. Para os municípios que possuem aplicativos próprios (como São Paulo com o SIGA, Curitiba, belo Horizonte, Maringá e tantos outros) a Atenção Básica (DAB) disponibilizará a ferramenta THRIFT (<http://thrift.apache.org>) que viabiliza a interoperabilidade entes os aplicativos proprietários desses municípios e o e-SUS-AB. Através dessa ferramenta o SIGA e os outros aplicativos poderão exportar os seus dados para o e-sus-ab. No entanto é imprescindível que o DAB disponibiliza em tempo hábil o dicionário de dados e os metadados do e-SUS-AB para que estes municípios possam levantar quais os campos ou dados obrigatórios os seus aplicativos não possuem e estabelecer processo de desenvolvimento de seus sistemas.
7. Um dos grandes problemas para a implantação no prazo previsto é o grande volume de digitação que o cadastramento individual exige. Se fará necessário redigitar toda a população já cadastrada nas equipes, A rotina, já disponibilizada na versão 1.1, de busca do usuário no website do cartão SUS, trazendo automaticamente o seu nome, filiação e endereço, é uma facilitação, mas todos os outros dados pessoas e os sócio-epidemiológicos terão que ser atualizados e digitados novamente.
8. As fichas para a captação manual dos dados e posterior digitação no aplicativo precisam estar definidas e sem alterações previstas a médio ou longo prazo. Só desta

forma se terá condições de “capacitar” todos os profissionais que irão usar as mesmas sem correr o risco de ter que fazê-lo novamente em curto espaço de tempo.

9. O Telessaúde, através dos polos de telessaúde já existentes, será usada no processos de capacitação/implantação do e-SUS-AB.

10. Através de uma PAB Variável, o DAB planeja um estímulo para os núcleos de telessaúde, devendo ser construída uma integração entre o processo de teleconsultoria e o de regulação do acesso (agendamento de consultas). Será construída a integração do e-SUS-AB com o SISREG, e com isto a garantia ao profissional de um acesso rápido e fácil à teleconsultoria e/ou à regulação. Além dessa integração está previsto o lançamento de protocolos orientadores para as teleconsultorias.

11. O proposto enquanto integração telessaúde/regulação é que o profissional, antes de solicitar o agendamento da consulta ou procedimento, faça uma teleconsultoria, que respondida em até 72 horas, poderá inclusive evitar o encaminhamento do usuário.

12. O PROVAP, o Mais Médicos e o Qualisus serão priorizados nesta implantação através de uma participação direta do DAB/DATASUS. Segundo portaria o profissional desses programas terá que iniciar o envio dos dados já a partir do 60º dia de atividade,

13. A estratégia de implantação pactuada na Tripartite definiu o DAB como o responsável pelo desenvolvimento do aplicativo e o DATASUS como o responsável pela implantação do mesmo. Para esta implantação, o DATASUS capacita os estados (SES) e estes capacitam os municípios. Havendo também a capacitação e disponibilização de empresas privadas aptas para esta implantação. No Fórum, foi mantida esta estratégia e se propôs a soma de uma segunda

14. Não foi colocado ou problematizado a questão dos PROCESSOS DE TRABALHO. Como e se haverá automatização de atividades, etapas, tarefas internas ao trabalho dos profissionais. Não se comentou se foram realizados estudos de fluxos (gestão de processos).

15. A estratégia de implantação do e-SUS-AB precisa incorporar a questão da finalização do cadastramento e distribuição dos Cartões SUS, concluindo assim o processos de identificação unívoca da população usuária.

16. Não sendo referida no fórum, precisa-se discutir o uso das informação produzidas a partir da coleta de dados realizada pelo e-SUS-AB, além de todo um trabalho de apresentação e sensibilização dos usuários, profissionais e gestores do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Questões imprescindíveis para a implantação do e-SUS-AB:

1. Disponibilização até o final de março da versão 2.2, estável.
2. Homologação da mesma pelo GT tripartite.
3. Consolidação da comunidade de desenvolvimento do e-SUS-AB

4. Elaboração de uma política clara de versionamentos e de homologações.
5. Congelamento e garantia de uso das atuais fichas de captação dos dados.
6. Disponibilização ainda em abril dos tutorias e manuais do aplicativo.
7. Estruturação e disponibilização ainda em abril dos cursos em EaD (vídeo aulas).
8. Aprimoramento e divulgação do help disk (136) já montado pelo DATASUS.
9. Definição e implementação da participação dos Núcleos de Telessaúde no processo.
10. Garantia da capacitação e participação dos DATASUS Regionais.
11. Disponibilização em tempo hábil para Estados e Municípios que possuam aplicativos próprios os dicionários de dados e de metadados.

Estratégias para implementação do e-sus AB nos municípios brasileiros:

1. Formar em cada estado. Um GT da CIB com COSEMS, DATASUS regional e SES para elaborar um plano estadual de implantação e acompanhar sua implantação.
2. Estruturar através de EaD e dos núcleos de Telessaúde capacitações e problematizações acerca da informação, sua importância e usos. Reorganização dos processos de trabalho em saúde com a informação, reorganização dos fluxos dos usuários dentro das unidades de saúde e no sistema de saúde.
3. Garantir, antecipadamente aos profissionais e usuários, o acesso à informação através de relatórios pré-definidos.
4. Problematizar junto aos usuários, profissionais e gestores o prontuário eletrônico, seu acesso, implicações legais, segurança e qualificação da assistência.
5. Discutir com os usuários, profissionais e gestores locais a automação dos processos internos às UBS, suprimindo o retrabalho e racionalizando as tarefas e fluxos. (modelos eficientes de gerencia).
6. Acoplar ao processo de implantação do e-SUS-AB, a finalização do processo de cadastramento e distribuição dos Cartões SUS, bem como a ampliação da usabilidade do mesmo através da identificação automática (via scanner/código de barras) do usuário nas recepções, farmácias, consultórios e salas de vacina e curativos.
7. Implantar o e-SUS-AB de uma forma seletiva, ou seja, primeiro implantá-lo apenas para a linha do cuidado do pré-natal por exemplo, em seguida com os diabéticos, hipertensos, etc.. Com esta estratégia será possível, em se tendo um universo de usuários menor e por isso mais apreensível e trabalhável,
 - a) Discutir com toda a equipe o que é uma linha de cuidado.
 - b) Discutir e apresentar a esta equipe a Rede Cegonha.

- c) Recadastrar todas as gestantes da equipe, atualizando os seus endereços e formando o banco de dados no novo aplicativo.
- d) Distribuir o cartão SUS a partir dessa nova base de dados
- e) Discutir e efetivamente construir o prontuário eletrônico
- f) Discriminar clinicamente este universo (alto risco, baixo risco).
- g) Discutir, identificar e propor os planos terapêuticos singulares.
- h) E finalmente, com um todo concluído; discutir, problematizar e capacitar-se para o uso da informação (cadastro, prontuário eletrônico, RES).

Com esta estratégia, a equipe passa a ter resultados efetivos em curto prazo (casos de sucesso) rompendo um cotidiano de incompletudes, insuficiências e desmotivações, habilitando-se autonomamente para a construção da próxima linha de cuidado.