

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 08/10/2023.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA

Marina Ramos Cirne

Conhecimento de médicos residentes de um serviço de referência sobre o uso de um aplicativo no processo de referenciamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico e Doutorado da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem;

Orientadora: Profa Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Botucatu

2021

Marina Ramos Cirne

Conhecimento de médicos residentes de um serviço de
referência sobre o uso de um aplicativo no processo de
referenciamento

Dissertação apresentada Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico
e Doutorado da Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “ Julio de Mesquita
Filho ”, Campus de Botucatu, para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem;

Orientadora: Profa Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Cirne, Marina Ramos.

Conhecimento de médicos residentes de um serviço de referência sobre o uso de um aplicativo no processo de referenciamento / Marina Ramos Cirne. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Capes: 40406008

1. Enfermagem. 2. Comunicação em saúde. 3. Registros eletrônicos de saúde. 4. Encaminhamento e consulta. 5. Corpo clínico hospitalar.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Encaminhamento e consulta; Enfermagem; Registros eletrônicos de saúde.

Folha de aprovação

Marina Ramos Cirne

Conhecimento dos profissionais médicos residentes de um serviço de referência sobre um instrumento eletrônico no processo de referenciamento

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem;

Orientadora: Profa Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Comissão examinadora:

Profa. Ass. Wilza Carla Spiri

Livre docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu

Dra. Maria Cristina Heinzle da Silva Machado

Coordenadora - Educação em Saúde/Seducs– Secretaria de Saúde de Botucatu

Dra. Simone Cristina Paixão Dias Baptista

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina

Dra. Daniela Cristina da Silva

Coordenadora de Serviços de Saúde - OSS Pirangi

Botucatu, ____ de _____ de 2021.

*À minha família,
especialmente à minha mãe,
irmão, esposo e filha.*

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, primeiramente a Deus por me proporcionar uma encarnação tão maravilhosa, encontros impressionantes durante minha jornada na Terra e aprendizados incríveis para minha evolução.

Agradeço a minha família que sempre me incentivou e apoiou em todos os momentos de minha vida, especialmente à minha mãe que é minha amiga e incentivadora mais assídua.

Agradeço ao meu companheiro de vida Pietro, por ser meu porto seguro em nossa caminhada diária e à minha filha Maria Luiza por todo aprendizado que adquiri depois do seu nascimento.

Agradeço a todos os meus professores durante minha vida acadêmica, eu sou o reflexo de um pouquinho de cada um de vocês, espero deixá-los orgulhosos.

Agradeço especialmente à professora Carmen por toda paciência, carinho e ajuda desde a Iniciação Científica, Trabalho de Conclusão de Curso e agora Dissertação do Mestrado.

Agradeço ao meu grupo de estudo de mestrado, Cláudia, Olga, Marcelo e Evelyn, às minhas amigas/irmãs da enfermagem, Letícia N. Letícia R. e Bianca e as minhas amigas da vida Livia, Júlia e Marina pelo apoio de sempre.

Obrigada a todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da FMB Unesp pela ajuda no decorrer desses sete anos com vocês.

Obrigada ao HC e à Secretaria de Saúde de Botucatu por permitirem a coleta de dados deste trabalho.

Agradeço também todos os profissionais de saúde e, em especial, os de enfermagem que passaram e passam em minha vida profissional, aprendo muito com cada um.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PROPG) pelo financiamento.

RESUMO

CIRNE MR. **Conhecimento de médicos residentes de um serviço de referência sobre o uso de um aplicativo no processo de referenciamento.** Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

INTRODUÇÃO: As barreiras comunicacionais entre os diferentes níveis de atenção podem gerar um prejuízo à saúde. Essa falta de comunicação gera uma fragmentação do cuidado e uma frequente transição entre diferentes níveis de atenção. Sistemas de informação mais integrados desenvolvem maior competência de promover um cuidado eficiente e coordenado. O sistema de informação mais utilizado no país é o de referência e contrarreferência, sendo considerado um dos elementos-chave para a eficácia da Rede de Atenção à Saúde, o que gera uma melhor integração entre níveis de atenção. **OBJETIVO:** Conhecer o entendimento dos profissionais médicos residentes de um serviço de referência, sobre um aplicativo eletrônico que fornece informações do prontuário ao paciente e estimular, por meio de ação educativa, a ampliação do uso do aplicativo e divulgação do mesmo. **MÉTODO:** Pesquisa exploratório-descritiva, utilizou abordagem de métodos mistos [qualitativo + quantitativo], que envolveu as etapas de aplicação de formulário semi-estruturado e a etapa de realização de ação educativa, com avaliação de reação. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin e análise estatística descritiva. **RESULTADOS:** Dos 35 participantes da pesquisa, somente um possuía conhecimento de que as informações contidas na aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico” agora estão disponíveis no aplicativo “HC em Casa”.

Para realizar a comunicação com os outros níveis de atenção, os residentes, em sua maioria, utilizam a aba “Receituário Simples”. Outra ferramenta usada pelos médicos residentes é a carta de referência e contrarreferência do sistema, que é impressa e entregue aos pacientes. Os participantes relatam uma falta de divulgação das informações referentes ao Sistema MV, aplicativo “HC em Casa” e suas funcionalidades. Houveram relatos de que a continuidade do cuidado é um aspecto importante e que o sistema de referenciamento é importante para se garantir a

integralidade do cuidado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Foi observado que os médicos residentes do HCFMB sabem da existência do aplicativo “HC em Casa”, mas não possuem o conhecimento de que as informações contidas no Sistema MV estão disponíveis no aplicativo para acesso do paciente. E em relação à ação educativa, os participantes entendem a importância do tema abordado no trabalho, compreendendo assim que eles sabem que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção melhora a continuidade do cuidado.

Descritores: Encaminhamento e Consulta, Comunicação em Saúde, Registros Eletrônicos de Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

CIRNE MR. Knowledge of medical residents of a referral service about the use of an application in the referral process. Dissertation (Academic Masters) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

INTRODUCTION: Communication barriers between different levels of care can damage health. This lack of communication generates a fragmentation of care and a frequent transition between different levels of care. Integrated information systems develop greater competence to promote efficient and coordinated care. The most used information system in the country is that of reference and counter-referral, being considered one of the key elements for the effectiveness of the Health Care Network, which generates a better integration between levels of care. **OBJECTIVE:** To know the understanding of medical professionals residing in a reference service about an electronic application that provides information from the patient's medical record and to encourage, through an educational action, the expansion of the application and its dissemination. **METHOD:** Exploratory-descriptive research used a mixed methods approach [qualitative + quantitative], which involved the steps of applying a semi-structured form and an educational action, with reaction evaluation. Data were analyzed using Bardin's Content Analysis and descriptive statistical analysis. **RESULTS:** Of the 35 research participants, only one was aware that the information contained in the “Resumo de Atendimento/ Laudo Médico” tab is now available in the “HC em Casa” application. To communicate with the other levels of care, most residents use the “Receituário Simples” tab. Another tool used by resident physicians is the system's letter of reference and counter-referral, which is printed and delivered to patients. Participants report a lack of disclosure of information regarding the MV System, the “HC em Casa” application and its functionalities. There were reports that the continuity of care is an important aspect and that the referral system is important to ensure comprehensive care. **FINAL CONSIDERATIONS:** Was observed that HCFMB resident physicians are aware of the existence of the “HC em Casa” application, but are not aware that the information contained in the MV System is available in the application for patient access. About the educational action, the participants understand the importance of the topic addressed at work, thus

understanding that they know that communication between the different levels of care improves the continuity of care.

Descriptors: Referral and Consultation, Health Communication, Electronic Health Records, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Especialidades de residência médica dos participantes do estudo. Botucatu, 2021.	36
Figura 2: Conhecimento de que as informações contidas na aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico” do MV estão disponíveis no aplicativo “HC em Casa”. Botucatu, 2021.	37
Figura 3: Utilização da Aba "Resumo de Atendimento/Laudo Médico", pelos residentes médicos. Botucatu, 2021.	39
Figura 4: Diagrama representativo do desenho do estudo e principais resultados. ..	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Idade dos participantes e sua porcentagem, Botucatu, 2021.	36
Tabela 2: Ferramentas utilizadas para se fazer a comunicação para os pacientes entregarem a outros níveis de assistência, conforme respostas de médicos residentes, quantidade em números e porcentagem correspondente. Botucatu, 2021	38
Tabela 3: Ferramentas do PEP utilizadas para registro da assistência conforme respostas de médicos residentes, quantidade em números e porcentagem correspondente. Botucatu, 2021	39
Tabela 4: Situações para utilização da Aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico” conforme respostas de médicos residentes, quantidade em números e porcentagem correspondente. Botucatu, 2021	40

LISTA DE ABREVIATURAS

APP - Aplicativo

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEO – Centro de Especialidade Odontológicas

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIMED – Centro de Informática Médica

CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

DGMP - DigiSUS - Módulo Planejamento do DigiSUS

DRS - Departamento Regional de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECOPIH - Ferramenta de Comunicação entre Atenção Primárias e Hospitais

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

HC – Hospital das Clínicas de Botucatu

HCFMB - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIR – Núcleo de Regulação Interna

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARAD - Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Droga

SARGSUS – Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão

SISPACTO - Sistema de Pactuação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UBS – Unidade Básicas de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 A Rede de Saúde e a importância da comunicação	18
1.2 O aplicativo	23
2. OBJETIVOS.....	28
3. MÉTODO	29
3.1 Cenário do Estudo	30
3.2 Fonte de dados	31
3.4 Construção do Formulário	31
3.5 Coleta dos dados	32
3.6 Ação Educativa	33
3.7 Formulário	34
3.8 Análise dos dados.....	34
3.9 Critérios de Inclusão:.....	35
3.10 Critérios de Exclusão:	35
3.11 Procedimentos Éticos	35
4. RESULTADOS	36
4.1 Perfil dos participantes:.....	36
4.2 Dados quantitativos:	37
4.3 Dados qualitativos:	40
5. DISCUSSÃO	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
7. REFERÊNCIAS	56
ANEXOS.....	64
APÊNDICES	65

APRESENTAÇÃO

Durante o Estágio Supervisionado no quarto ano da graduação em Enfermagem (2018), atuei na Atenção Primária à Saúde e percebi que muitos pacientes eram encaminhados aos outros níveis de atenção repetidas vezes, pelas mesmas queixas. Percebi também que muitos pacientes após longos períodos de tratamentos, ou cirurgias e acompanhamentos ambulatoriais de especialidades não sabiam como relatar qual tinha sido o tratamento/cirurgia, quais foram os medicamentos prescritos, o porquê da interrupção do uso de alguns medicamentos e muitas outras informações referentes à conduta de outros profissionais da saúde nos diferentes níveis de atenção.

Observei também que os pacientes chegavam aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde sem conseguir explicar ao profissional qual era sua queixa ou qual solução estavam buscando. Refletindo sobre essa dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção comecei a questionar os profissionais do campo de estágio quais eram os procedimentos para referência e contrarreferência utilizados no serviço. Existem sim formulários a serem preenchidos, mas ou eles são entregues ao paciente, que, com muitos outros formulários e instruções, muitas vezes se perde em meio a tanta papelada e orientação, ou são entregues à Secretaria de Saúde que encaminha à unidade competente.

Ao final, esse formulário, nem sempre chega às mãos dos profissionais assistenciais, que precisam saber os detalhes das condições de saúde e história de vida dos pacientes para a continuidade do cuidado.

Pensando sobre essa dificuldade, conversando com minha orientadora e frequentando o Grupo de Pesquisa Estudos sobre Gerenciamento em Saúde e Enfermagem, ela me apresentou um grande projeto, que envolvia uma nova ferramenta que estava sendo construída em um dos subprojetos para incorporação ao aplicativo "HC em Casa" ao qual eu me encantei e me questionei: "Por que os pacientes e profissionais da Saúde não o utilizam?" Acabei me inserindo em um outro subprojeto sobre avaliação do uso do aplicativo, retratado nesta dissertação.

Percebia que algumas pessoas que estavam utilizando-o, não direcionavam o uso a esse aspecto da comunicação de informações entre os níveis de atenção. Durante reuniões do nosso grupo de pesquisa, um colega trouxe o desenvolvimento de uma aba do Sistema MV do Prontuário Eletrônico do Paciente

(PEP), utilizado pelo nível terciário de atenção à saúde, que passou a estar disponível no aplicativo, sendo assim, o paciente poderia mostrar as informações contidas nessa aba aos outros profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde, entretanto, percebendo que muitos médicos não realizavam o preenchimento dessa aba no Sistema e também não difundiam a possibilidade aos pacientes, surgiu a motivação para a realização do estudo.

Nesse cenário, me questionei sobre qual o motivo dos médicos não fazerem o preenchimento dessa aba, qual o entendimento desses profissionais sobre o processo de referenciamento e sua relação com um instrumento eletrônico que está disponível?

Para responder a esta questão foi proposto este estudo e sua relevância pode facilitar a comunicação entre os serviços de saúde, contribuindo assim, para que sejam realizadas ações educativas com os sujeitos deste estudo contribuindo para a integralidade e continuidade da assistência, por meio da disponibilização de informações de saúde, o que passa pela sensibilização dos profissionais e pela otimização do uso das ferramentas disponíveis.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988¹ prevê que a saúde é um direito de todos, seu acesso é universal, suas ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade tecnológica, indo do nível primário, passando pelo secundário e chegando ao terciário².

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais e fundações mantidas pelo Poder Público, tendo ainda a rede privada participando desse Sistema de forma complementar. O SUS trouxe uma nova perspectiva sobre o binômio saúde/doença, priorizando a prevenção e a promoção da saúde, em detrimento à lógica de cura aos agravos à saúde³.

Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade garante que a saúde seja um direito de cidadania de todas as pessoas. Os indivíduos passam a ter acesso a todos os serviços públicos de saúde e, cabe à União, Estado e Município assegurar esse direito. O princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, que faz parte de uma comunidade, que as unidades de saúde, em seu conjunto, devem atender todas as necessidades da população, prestando uma assistência integral. O princípio da equidade tem por objetivo diminuir as desigualdades, possibilitando investimentos específicos onde houver mais necessidade².

Dentre os princípios que regem a organização do SUS há os princípios da regionalização e da hierarquização significando que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica, o que resulta na capacidade dos serviços em oferecer todo tipo de assistência e tecnologia disponível. Esses serviços devem estar dispostos em uma área geográfica e com uma população a ser assistida devidamente delimitada⁴.

Para que os serviços se organizem e se comuniquem adequadamente para prestar uma atenção de saúde de qualidade, abordaremos a rede de saúde e a importância da comunicação, bem como desenvolveremos um tópico sobre o aplicativo estudado como ferramenta para a melhoria da comunicação em rede.

1.1 A Rede de Saúde e a importância da comunicação

A Rede de Saúde tem uma organização hierarquizada e regionalizada permite que haja um conhecimento dos problemas de saúde dessa população, o que favorece ações de vigilância sanitária e epidemiológica, educação em saúde, controle de vetores e também ações de atenção ambulatorial e hospitalar, aumentando a complexidade tecnológica dos serviços⁴.

Atualmente são múltiplas as formas de contatos dos usuários com os profissionais e os serviços de saúde, isso se caracteriza pelo aumento da complexidade e diversidade das necessidades de saúde de uma população, aliado aos avanços tecnológicos e ampliação do conjunto de materiais terapêuticos disponíveis, além da transição epidemiológica, demográfica e nutricional em que a população se encontra⁵.

Apesar dessa conformação hierárquica inicial proposta na regulamentação do SUS, o sistema avança no decorrer dos anos de uma perspectiva piramidal para outra de organização em rede, na qual, resguardados os níveis de complexidade, todos os serviços possuem igual nível de importância e se complementam para o enfrentamento das necessidades de saúde⁶.

O contato inicial da população com o sistema de Saúde e a principal porta de entrada para esse sistema é a Atenção Primária à Saúde (APS). Ele impacta positivamente na situação de saúde da comunidade, o que abrange a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, redução de danos e manutenção da saúde, engloba ainda diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários, tornando-se assim um filtro que organiza o fluxo dos outros serviços da rede de saúde⁶.

A Atenção Primária tem como princípio a descentralização e capilaridade, significando que as decisões devem ser em âmbito municipal, ficando assim os usuários mais próximo aos gestores, implicando em maior resolubilidade. Para que isso ocorra, uma das estratégias adotadas foram as Unidades de Saúde da Família (USF). Estas devem ser instaladas perto de onde a população vive, trabalha, estuda, mora e assim desempenham um papel central na garantia do acesso à atenção à saúde, levando os serviços multidisciplinares da Estratégia de Saúde da Família (ESF) às comunidades⁶.

A APS realiza a triagem das necessidades da população, realizando o acionamento e coordenação dos cuidados especializados que são prestados pelos profissionais fora da APS (que, normalmente, são generalistas). Mesmo sendo

minoria, os problemas que necessitam de especialistas normalmente apresentam maior gravidade clínica ou dificuldade de um diagnóstico, esse cuidado especializado pode ser considerado como atenção secundária à saúde⁷.

Os níveis secundários e terciários executam ações de média e alta complexidade que não estão disponíveis nos níveis primários. Essas ações requerem recursos tecnológicos de maior diversidade para apoio terapêutico e de diagnóstico e atenção de profissionais especializados, e são desenvolvidas em âmbito ambulatorial ou hospitalar⁸. Os níveis de atenção são necessários para dar apoio e complementação às APS, possibilitando assim a integralidade do Sistema⁷.

Para que a Federação, o Estado e o Município possam garantir o acesso integral da população à saúde foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁹, e somente a partir dela poderá ser conquistada essa integralidade nos diversos territórios do país, constituindo assim, regiões de saúde articuladas de forma supra municipal. Desde 2011 essa estratégia de Redes é o centro da política de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS)⁹, reforçada pelo Decreto 7508 que regulamentou a Lei 8080¹⁰

A Rede de Atenção à Saúde de acordo com o Decreto 7508/2011, é definida como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde¹⁰.

No Brasil, desde 2000, houveram muitas iniciativas para a implantação da RAS, muitos pontos pelo país começaram a fazer a integração da comunicação de seus serviços de saúde. Esse movimento foi crescendo e se espalhando pelo território nacional, primeiro em algumas especialidades, programas focados em crianças ou mulheres, doenças crônicas, oncologia e posteriormente sendo discutido em âmbito nacional¹¹.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde em 2006, num documento de posição, colocou como um dos desafios do SUS promover o alinhamento do modelo de atenção à saúde do SUS com a situação epidemiológica brasileira, por meio da implantação de RASs. Posteriormente, desenvolveu e aplicou, em Secretarias Estaduais de Saúde, oficinas de redes de atenção à saúde¹¹.

Para conseguir atender a população em todas as suas necessidades de saúde a RASs é a estratégia adotada para que o sistema não seja reativo, episódico, fragmentado e voltado somente para as condições agudas das doenças crônicas,

requerendo mudanças no SUS. Sendo ela um sistema integrado, que presta atenção à saúde no tempo e lugar certo, com a qualidade e custo corretos e com responsabilidade sanitária e econômica¹¹.

A falta de planejamento na prestação dos serviços, ineficiente registro de informações no sistema, a falta e a não capacitação de recursos humanos levam à ineficácia das redes de prestação de serviços, o que gera graves problemas de não saber agir perante o inesperado¹². Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, assim como o termo sugere, deixam a desejar na comunicação entre os níveis de complexidade de atenção à saúde, tanto do nível primário para o secundário, como de ambos em relação ao terciário, não propiciando a assistência contínua e integral¹¹.

Para que se promova a articulação entre os níveis de atenção há um principal obstáculo a ser ultrapassado: a falta de coordenação assistencial, ela se define como um acordo entre todos os serviços de saúde de alcançarem um único objetivo. Para isso, os locais de assistência à saúde precisam administrar os possíveis conflitos entre si e terem foco na interação entre os serviços¹³.

Diferentes estudos realizados no grupo de pesquisa a que se articula a esta pesquisa indicam diferentes problemas de comunicação, sendo um dos pontos críticos a falta de comunicação adequada entre os serviços, o que prejudica a continuidade do cuidado^{14,15,16}.

As barreiras comunicacionais entre os diferentes níveis de atenção podem gerar um prejuízo maior à saúde. Essa falta de comunicação gera uma fragmentação do cuidado e uma frequente transição entre diferentes níveis de atenção⁸.

Mendes¹¹ relata que sistemas de informação mais integrados desenvolvem maior competência de promover um cuidado eficiente e coordenado. Os sistemas integrados de informações, a integração clínica, de processos e serviços, a estrutura da governança, coordenação do cuidado e o trabalho multidisciplinar são as bases para a criação das Redes de Cuidado Integradas. O autor afirma que o sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS) atende melhor às necessidades da população.

Para que os sistemas de informações sejam mais integrados é necessário que as barreiras, entre os diferentes níveis de atenção, sejam minimizadas. Se faz necessária a implantação de estratégias de articulação e implantação de

mecanismos para melhorar a comunicação, facilitando a transferência de informações, aperfeiçoando a troca de conhecimento e contribuindo para a coordenação da atenção e a continuidade do cuidado¹³.

Um desses sistemas de informação utilizados no país é o de referência e contrarreferência, sendo considerado um dos elementos-chave para a eficácia da RAS, melhorando assim a integração entre níveis de atenção, além de protocolos assistenciais e gerenciais compartilhados, o que gera uma maior resolubilidade. O principal mecanismo e o mais comum, para a integração entre níveis, é o formulário de referência e contrarreferência¹³. Pesquisas anteriores apontaram que o processo de referenciamento entre níveis de atenção à saúde ainda é insuficiente para a garantia da integralidade do cuidado^{14,15,16}.

O processo de referência começa quando um paciente, na assistência básica, se depara com uma situação médica de maior complexidade, que necessita de uma consulta com um especialista. Idealmente essa referência deve conter informações básicas do paciente, já a contrarreferência é o instrumento que retorna à unidade básica que inclui o diagnóstico, evolução e plano de tratamento realizado na assistência secundária ou terciária¹⁵.

Uma efetiva comunicação referenciada é influenciada pelos canais de comunicação, podendo se utilizar de várias formas, como diálogos, telefonemas, impressos e até pela tecnologia eletrônica. O governo brasileiro tem investido para que a transição de informações entre atenção primária e especialista seja realizada de forma mais fluida¹⁵.

Porém, os investimentos ainda não refletem numa integração que permita a fluidez de informações entre todas as unidades¹⁵.

A falta de comunicação pode dificultar os planos de tratamento do hospital para o paciente quando o mesmo chega na assistência primária. Além disso, o número insuficiente de profissionais da saúde e a falta de tecnologia contribui para um ineficiente processo de referência e contrarreferência¹⁵.

Os instrumentos de encaminhamento, ou referência, são dispositivos de gestão e de cuidado, pois se tornam uma orientação para as decisões dos profissionais generalistas e se tornam referência para os profissionais especializados, além de ser uma forma de avaliação para os profissionais gestores¹⁷.

Por muito tempo os profissionais de saúde utilizam a tecnologia das

comunicações, como o telefone e o fax, em benefício de seus pacientes. Novas técnicas de informação e comunicação são constantemente desenvolvidas para facilitar o intercâmbio de informação entre a equipe de saúde e também entre os profissionais e pacientes¹⁸.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera e-Saúde como prioridade mundial para o desenvolvimento de sistemas de saúde, definindo-a como:

“Uso com custo-benefício e seguro das tecnologias de informação e comunicação em apoio à saúde e áreas relacionadas à saúde, incluindo serviços de saúde, vigilância em saúde, literatura sobre saúde e educação em saúde, conhecimento e pesquisa”¹⁹.

Algumas das tecnologias que estão sendo desenvolvidas em âmbito nacional é a Estratégia e-Saúde, que se deu pela resolução CIT nº 19, de 22 de junho de 2017, que alinha-se às diretrizes e princípios do SUS e à política de governo eletrônico, propondo uma visão de e-Saúde e mecanismos para sua incorporação ao SUS. Sendo sintetizada dessa maneira:

“Até 2020, a e-Saúde estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso da informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde, nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde”²⁰.

O objetivo do e-Saúde no Brasil é ampliar o acesso e aumentar a qualidade da atenção à saúde, qualificando as equipes, agilizando atendimentos e melhorando o fluxo de informações, apoiando assim a tomada de decisão durante os atendimentos em saúde²⁰.

Outra Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) implantada no país é o DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP), sendo esse um sistema estruturado para receber as informações dos instrumentos de planejamento dos Estados e Municípios, incorporando as funcionalidades do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e do Sistema de Pactuação (SISPACTO), o que se caracteriza por ser um sistema que recebe o registro das

metas municipais e estaduais além de ser um repositório para todos dos arquivos de planejamento do SUS²¹.

Para as APS foi desenvolvido e está sendo implantado o e-SUS, estratégia essa utilizada para reestruturar as informações na Atenção Primária à nível nacional, ampliar a qualidade do atendimento, buscando assim um SUS mais eletrônico. O sistema foi instituído e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, em substituição a Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012, que regulamentava o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS)²².

Dentro deste cenário, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) iniciou em 2016, o projeto de desenvolvimento do aplicativo Portal HC Mobile, cuja ideia era levar aos profissionais da assistência e funcionários do HCFMB informações básicas de agendamento de consultas dos pacientes e informações administrativas através de dispositivos móveis por meio da internet.

Com a utilização e disseminação do aplicativo entre os usuários, outras possibilidades e demandas foram surgindo e em 2018, o mesmo passa a se chamar HC em Casa, agregando também funcionalidades e serviços ao paciente (também denominado a partir de agora como usuário), onde a princípio foram disponibilizadas informações genéricas como, horários de visita, telefones de contato, orientações como doar sangue, aleitamento materno e outros.

Considerando esse contexto, nasce a proposta de desenvolvimento de um novo módulo dentro do HC em casa ao paciente denominado “Meu Prontuário”, contendo as opções de consulta aos resultados de exames laboratoriais, laudos de exames de imagens, histórico dos atendimentos, orientações após alta e agenda de consultas, exames e cirurgias, informações estas oriundas do sistema de registros de saúde utilizado pelo HCFMB e um questionário permanente para constante avaliação do aplicativo pelo usuário.

1.2 O aplicativo

O aplicativo “HC em casa” é articulado ao prontuário eletrônico do paciente do HCFMB. Possui em sua estrutura um mecanismo de registros que pode ser acessada por seus usuários.

Para acesso ao módulo “Meu Prontuário”, é necessário informar um *login* e senha, os quais deverão ser obtidos na Central de Agendamento do HC.

O usuário assina um termo de responsabilidade e de uso do aplicativo, o qual será mantido sob a guarda no HCFMB. Durante seu primeiro acesso é solicitado a troca da senha por uma de livre escolha do usuário.

Isso se faz necessário pois as informações contidas no aplicativo são provenientes do prontuário do paciente, documento de propriedade dos estabelecimentos de saúde, neste caso do HC FMB, conforme Resolução CFM n. 1.821/07. Documento sigiloso que necessita de autorização do paciente para que as informações migrem para o aplicativo.

O aplicativo tem por objetivo disseminar informações sobre o funcionamento do HC, facilitar a visualização de consultas e exames, além de disponibilizar as informações dos atendimentos realizados no serviço. Dentro do aplicativo existem algumas abas. Sendo a primeira delas, após a colocação do login e senha, Prontuário do Paciente, contendo como sub abas: Mensagens; Dados demográficos; agendamentos, histórico e exames.

Em mensagens o paciente pode visualizar todas as mensagens enviadas a ele, como informações sobre o funcionamento do HC, mudança de normas ou rotinas, locais de atendimentos entre outras informações.

Em Dados Demográficos o paciente pode visualizar seus dados que estão contidos no prontuário do paciente, como nome e nome social, nome da mãe e do pai, data de nascimento e idade, tipo sanguíneo e número do Cadastro Nacional do SUS.

Na aba Agendamentos é possível visualizar todos os agendamentos desse paciente nos diferentes setores do complexo do HC.

E na aba Histórico e exames o paciente pode visualizar todas as consultas, exames laboratoriais e de imagem, laudos médicos e internações já realizadas pelo paciente. Ao clicar em uma consulta ou exame o paciente pode visualizar as informações contidas na aba.

A segunda aba da página inicial é a ouvidoria do paciente, que engloba o: Quem somos; Manifeste-se e Dúvidas. Parte destinada a troca de informações do usuário com o aplicativo.

A terceira aba é destinada Solicitações ao HCFMB, neste local o paciente pode solicitar atestado médico, cópia do prontuário, tanto físico como o PEP, exames e relatório médico. E também pode solicitar os termos de uso do APP.

A quarta aba se destina a Informações sobre o HCFMB, contendo mapas

de como chegar as instalações, lista telefônica, horários de visita e informações sobre doação de sangue e o banco de leite materno.

E a quinta aba da página inicial é utilizada para avaliação constante do aplicativo. O aplicativo ainda possui a funcionalidade de poder incluir dependentes para se saber as informações desses pacientes.

1.3 Sigilo da informação:

Quando se discute PEP, Sistemas de Informação em saúde, e-Saúde e Tecnologias de Informação à Saúde (TICs) surgem algumas questões como: E o sigilo dessas informações? E a privacidade das informações de saúde do paciente? Quem tem acesso ao sistema tem acesso a todas as informações de todos os pacientes atendidos pela unidade, cidade, estado ou país?

Primeiramente é importante ressaltar que qualquer informação pessoal que permite a distinção de um ser humano dos demais é considerado dado pessoal. Com a expansão da internet na década de 80 surgiram novos desafios para o grande fluxo de informações contida na internet. No Brasil existe a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/18 - LGPD) que define como dado pessoal toda e qualquer informação relacionada a uma pessoa natural identificada ou identificável²³.

Esses dados pessoais podiam ser coletados a todo momento por pessoas físicas ou jurídicas que poderiam criar um banco de dados para os mais diversos fins. Por esse motivo que a LGPD propõe transformações no sistema de *compliance* digital, regulamenta o uso dos dados nas organizações e estabelece limitações e diretrizes²³.

A LGPD foi aprovada em agosto de 2018 e terá suas sanções aplicadas em agosto de 2021 e suas principais funções são: assegurar o direito à proteção dos dados pessoais dos usuários e à privacidade do mesmo, as organizações devem, por meio de práticas seguras e transparentes, garantir a segurança das relações jurídicas, comerciais e de consumo²⁴.

O HCFMB tem em seu código de conduta um capítulo sobre a preservação do sigilo e nele discorre sobre como o *login* e senha de acesso dos

profissionais de saúde é pessoal e intransferível, que a utilização do sistema deve ser realizada somente quando houver necessidade de atendimento ao paciente. O código traz ainda que nenhuma informação contida no PEP deve ser fotografada, exposta em rede sociais ou trabalhos científicos sem as devidas autorizações dos paciente e Comitê de Ética²⁵.

Mas mesmo com toda discussão sobre sigilo da informação é importante ressaltar que não basta contratar um sistema eletrônico para os prontuários dos pacientes, a LGPD vai muito além disso, ela dispõe sobre toda verificação dos dados, assim como por quanto tempo esses prontuários precisam ficar armazenados e sobre a permissão dos acessos e todas as medidas de segurança adequadas. Tudo isso para que os dados pessoais, de saúde, entre outros, sejam protegidos.

Este subprojeto é articulado a um projeto maior denominado "Tecnologia de comunicação entre níveis de atenção à saúde", deste modo a temática de desenvolvimento do aplicativo foi objeto de outro subprojeto desenvolvido por profissional da Informática da equipe do HC, orientado pela mesma professora.

Ressalta-se que, esse profissional de informática desenvolveu novos módulos no aplicativo que permitiram a partir de meados de 2019, o acesso, por parte do usuário, às informações de atendimentos realizados no HC, como agendamento, histórico e exames (consultas, laboratório, laudos, internação). O aplicativo encontra-se em permanente desenvolvimento, de forma que ajustes vem sendo realizados sempre que necessário e conforme recebe sugestões de seus usuários.

O projeto foi desenvolvido com vistas a possibilidade de os usuários poderem visualizar informações básicas (disponível no celular) e mostrar aos profissionais que irão dar continuidade ao seu tratamento, uma vez que as informações pertencem aos pacientes e, seria um problema legal a tramitação de informações, mesmo entre profissionais, quando não existe integração e segurança entre os sistemas das diferentes unidades.

Com este desenvolvimento, apresentou-se o desafio de ampliar a divulgação e avaliar o uso da ferramenta entre os profissionais que potencialmente podem promover o uso da mesma pelo paciente para a troca de informações de saúde em seus atendimentos.

Além disso, no contexto da Pandemia pela COVID-19, declarada pela OMS²³ em 11 de março de 2020, esse tipo de recurso pode ser especialmente útil aos pacientes, que, apesar de precisar se deslocar ao serviço para retirar a primeira senha, posteriormente, tem à mão acesso às principais informações de saúde, constantes em seu prontuário eletrônico do HC.

Foi realizada, juntamente com os colegas do grupo de pesquisa do projeto: ***Tecnologia de comunicação entre níveis de atenção a saúde***, uma Revisão Integrativa da Literatura, a qual teve alguns de seus achados também inseridos neste trabalho.

A pesquisa se justifica pelo potencial de contribuir com a promoção da integralidade e continuidade da assistência por meio da disponibilização das informações de saúde através de meios eletrônicos, inerentes e alinhados aos objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS e também se faz necessário conhecer a opinião dos profissionais que irão registrar as informações e utilizar o aplicativo.

A motivação para o estudo misto concomitante (qualitativo e quantitativo) foi conhecer o entendimento dos profissionais médicos de um serviço de referência sobre o conhecimento e uso um instrumento eletrônico no processo de referenciamento.

Pergunta de pesquisa: Qual é o entendimento dos profissionais médicos de um serviço de referência sobre o uso de um aplicativo no processo de referenciamento?

Hipótese: O aplicativo ainda é subutilizado, embora tenha potencial para facilitar o processo de comunicação entre os serviços de saúde, bem como ações de educação permanente para o uso, podendo contribuir com a continuidade do cuidado.

Conhecer sobre o uso e o entendimento dos profissionais médicos de um serviço de referência e a realização de ação educativa com o público alvo tem potencial para maior conhecimento da realidade, para contribuir com o aperfeiçoamento do aplicativo e para o melhor uso do mesmo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que os médicos residentes do HCFMB sabem da existência do aplicativo “HC em Casa”, mas não possuem o conhecimento de que as informações contidas no Sistema MV estão disponíveis no aplicativo para acesso do paciente. A maioria deles tem conhecimento sobre a aba “Resumo de atendimento/Laudo médico” mas preferem utilizar outras abas para a comunicação com os outros níveis de atenção.

Percebe-se que eles não utilizam e/ou conhecem as ferramentas disponibilizadas para realizar ações específicas como comunicação entre níveis de atenção, encaminhamentos ou orientações, fazendo uso, então, de uma aba que faz registros livres. Foi percebido também uma falta de divulgação ou de interesse dos profissionais médicos residentes para conhecer as diferentes ferramentas do PEP e utilizadas em toda sua potencialidade.

Quando utilizam a aba é mais frequente para as altas hospitalares e não para a comunicação com os outros níveis de assistência à saúde, mesmo eles sabendo da importância da continuidade do cuidado, da articulação entre os diferentes níveis de atenção para o paciente.

Os profissionais utilizam diariamente o Sistema MV e percebem a importância das TICs para a assistência à saúde, mas acabam realizando anotações nos formulários mais simples, o qual a escolha das informações contidas e necessárias fica por conta do profissional, não das opções que o sistema solicita.

Mesmo com as dificuldades encontradas no período ao qual o trabalho foi desenvolvido pela Pandemia de COVID-19, a ação educativa foi realizada com todos os participantes e as informações pertinentes à aba “Resumo de atendimento/Laudo Médico” e o aplicativo “HC em Casa” foram difundidas entre os médicos residentes participantes da pesquisa.

Em relação à ação educativa, os participantes entendem a importância do tema abordado no trabalho, compreendendo assim que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção melhora a continuidade do cuidado, importante aspecto para a não readmissão dos pacientes nos níveis secundário e terciário de assistência a saúde.

8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Planalto, 1988. [Acesso 2019 Dez 15] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm .
2. Brasil. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990 [Acesso 2021 Abr 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
3. Brasil. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. [Acesso 2021 Abr 15] Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério Saúde, 2000. 44p. il. [Acesso 2019 Set 26] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf .
5. Mendes LS, Almeida PF. **Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação?** Rev Saude Publica. 2020;54:121.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)
7. Tesser CD, Poli Neto P. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio**. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Mar [Acesso 2021 Abr 22] ; 22(3): 941-951. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en.

8. Pereira JS, Machado WCA. **Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.** Physis [Internet]. 2016 Sep [Acesso 2019 June 26] ; 26(3): 1033-1051.

9. Brasil. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS** [Internet]. Ministério da Saúde. 2014. 160 p. [Acesso 2019 Dez 15] Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001 : regulamentação da Lei nº 8.080/90** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 1. ed., 4. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

11. Mendes EV. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

12. WHO. **Library Cataloguing-in-Publication Data: Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action.** Geneva, Switzerland. 2007

13. Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. **Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019. [Acesso 2021 Apr 23] ; 35(4): e00119318. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000405010&lng=en. Epub May 02, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00119318>.

14. Nardo LRO, Juliani CMCM. **Ombudsman: Evaluating the access to health services**. Revista Rede Enfermagem do Nordeste 2012, 13, 613–622.

15. Juliani C, MacPhee M, Spiri W. **Brazilian specialists' perspectives on the patient referral process**. Healthcare. 2017; 5:4. doi: 10.3390/health care5010004

16. Silva KAB, Juliani CMCM, Spagnuolo RS, Mori NLR, Baptista SCPD, Martin LB. **Desafios no processo de referenciamento de usuários nas redes de atenção à saúde: perspectiva multiprofissional**. Cienc. Cuid. Saúde. 2018; Jul-Set. 17(3) e43568.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Endocrinologia e nefrologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 26 p.: il. **(Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1)**. [Acesso 2019 Jun 26].

18. Associação Médica Mundial. **“Declaração de Tel Aviv Sobre Responsabilidades e Normas Ética Na Utilização Da Telemedicina.”** 1999. Tel Aviv: AMM. [Acesso 2019 Mai 17]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/27telaviv.html>

19. WHO. **58th World Health Assembly: EHealth**. 2005. (4): 121–23. [Acesso 2019 Set 12] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58_28-en.pdf?ua=1.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 19, de 2017. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Diário Oficial, Brasília, DF, 13 jul. 2017.

21. **Ferramentas Essenciais para Gestores de Saúde.** Portal do Governo Brasileiro. SUS - Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília [Acesso 2021 Abr 24]. Disponível em: <https://digisus.saude.gov.br/gestor/#/>

22. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019** [Acesso 2021 Mai. 07]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html

23. Cardozo, JMO de TF, Godoy Neto, M. **Breve análise bibliométrica das produções científicas sobre privacidade e leis de proteção de dados pessoais.** Id on Line Rev.Mult. Psic., Julho/2021, vol.15, n.56, p. 1-22. ISSN: 1981-1179

24. Neumann Dias AM, & Caberlon Duarte, R. **A busca incessante pela proteção de dados pessoais na sociedade atual sob a ótica da lei 13. 709/18.** Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc São Miguel Do Oeste, 6, e27826. 2021. [Acesso em 2021 set 04] Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/27826>

25. Código de Conduta HCFMB – 2017 [Acesso em 2021 set 04] Disponível em http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/01/FINAL-c%C3%B3digoconduta_-hcfmb.pdf

26. OPAS. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** 2020. [Acesso 2021 Mai. 10]. Disponível em <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>

27. Ozawa S, Pongpirul K. **10 best resources on... mixed methods research in health systems.** Health Policy Plan [Internet]. 2013 abr [acesso em 2019 jun 18];29(3):323-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23564372>
[doi:10.1093/heapol/czt019](https://doi.org/10.1093/heapol/czt019)

28. Pinheiro GEW, Santos AMP, Kantorski LP. **Análise da produção de estudos com métodos mistos na avaliação de serviços de saúde mental.** Rev. Enferm. UFSM. 2019 [Acesso em: 2021 Mai 15];vol.9 (Esp) e3: 1-20. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769238707>

29. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. **An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods.** Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2007, v. 15, n. 5 [Acesso em 2021 set 07] , pp. 1046-1049. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500025>>. Epub 17 Dez 2007. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500025>.

30. Santos JLG, Fabrizio GC, Peiter CC, Mattia D, Perin D, Lorenzini E. **Caracterização das pesquisas de métodos mistos em enfermagem publicadas no Journal of Mixed Methods Research.** Rev. Enferm. UFSM. 2019 [Acesso em: 2021 set 06]; vol.9 e: 1-16. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769241298>)

31. Santos JLG dos, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GM de M, Cunha VP da, Ross R. **Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos.** Texto contexto - enferm. [Internet]. 2017 [Acesso em: 2021 Mai 15]; 26(3): e1590016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300330&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>.

32. Paranhos R, Figueiredo Filho DB, Rocha EC, Silva Júnior JA, Freitas D. **Uma introdução aos métodos mistos.** Sociologias [Internet]. 2016 maio-ago [acesso em 2019 jun 20];42(18):384-411. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222016000200384&script=sci_abstract&lng=pt doi:10.1590/15174522-018004221

33. Galvão MCB, Pluye P, Ricarte ILM. **Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação.** InCID Rev Ciênc Inf Doc [Internet]. 2017 set-fev [acesso em 2019 jun 20];8(2):4-24. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/121879/133611> doi: [10.11606/issn.2178-2075.v8i2p4-24](https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v8i2p4-24)

34. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed.revista e aprimorada-São Paulo:Hucitec,2006.

35. Rodrigues LHG, Duque TB, Silva RM da. **Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade**. Rev. bras. educ. med. [online]. 2020, vol.44, n.3 [Acesso 2021 Maio 23], e078. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000300209&lng=en&nrm=iso. Epub June 29, 2020. ISSN 1981-5271. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190212>.

36. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB de. **Referral and counter-referral for the integrity of care in the Health Care Network**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 31, n. 01 [Acesso em 2021 set 07] , e310105. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>>. Epub 12 Apr 2021. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>.

37. Nyasulu C, Chawinga WD. **The role of information and communication technologies in the delivery of health services in rural communities: Experiences from Malawi, South African**. Journal of Information Management. 2018; 20(1): a888. [Acesso 2021 Maio 23]. Disponível em <https://doi.org/10.4102/sajim.v20i1.888>

38. Silva GM, Guanaes-Lorenzi C. **Registros Reflexivos na facilitação de processos de Educação Permanente em Saúde**. Rev. SPAGESP [Internet]. 2021 Jun [Acesso 2021 Maio 22] ; 22(1): 6-21. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000100002&lng=pt.

39. Dos Santos A de F, Fonseca Sobrinho D, Araujo LL, Procópio C da SD, Lopes ÉAS, De Lima AM de LD et al. **Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017. [Acesso 2021 Fev 02] ; 33(5): e00172815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2017000505003&lng=en. Epub June 05, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00172815>.

40. Fernández Aranda MI. **Impacto das tecnologias de informação na relação entre a parteira e a gestante.** Index Enferm [Internet]. Setembro de 2016 [Acesso 2021 Fev 24]; 25 (3): 156-160. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200007&lng=es.

41. Kleib M, Simpson N, Rhodes B. **Information and Communication Technology: Design, Delivery, and Outcomes from a Nursing Informatics Boot Camp.** OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing (May 31, 2016); Vol. 21, No. 2, Manuscript 5. [Acesso 2021 Maio 23]. Disponível em <https://DOI:10.3912/OJIN.Vol21No02Man05>

42. Bimerew M. **Challenges in the use of information technology in processing of health information in resource limited settings: a comprehensive systematic review.** Africa Journal of Nursing and Midwifery. 2016; 17 (S):S71-S89. [Acesso 2021 Maio 23]. Disponível em <https://doi.org/10.25159/2520-5293/222>.

43. Dewsbury,G. **Use of information and communication technology in nursing services.** British Journal of Community Nursing. 2019; Vol. 24 (No. 12): 604-607. [Acesso 2021 Maio 23]. Disponível em <DOI:https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.12.604>

44. Oliver-Mora M, Iñiguez-Rueda L. **O uso das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) nos centros de saúde: a visão dos profissionais na Catalunha, Espanha.** Interface (Botucatu). 2017; 21(63):945-55. [Acesso 2021 Maio 23]. Disponível em [DOI: 10.1590/1807-57622016.0331](DOI:10.1590/1807-57622016.0331)

45. Hernández-Pinzón C, Flórez-Flórez ML. **Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y la comunicación.**

Rev Colomb Cardiol. 2017;24(2):96---104. [Acesso 2021 Maio 23]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.001>

46. Lima AFdeA, Machado FldeS. **Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia.** Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acesso em 2021 set 06] , pp. 44-54. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291445>>. Epub 21 Maio 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291445>.
47. Lima APF, Rocha BS, Menezes IHCF, Pereira ERS. **Refletindo sobre a Educação Permanente em Saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25 [Acesso em 2021 set 07] , e200494. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200494>>. Epub 19 Abr 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.200494>