



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 knowledge 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 observe 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 to 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, 202138

Tabela 3: Ferramentas do PEP utilizadas para registro da assistência conforme respostas de médicos residentes, quantidade em números e porcentagem correspondente. Botucatu, 202139

Tabela 4: Situações para utilização da Aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico” conforme respostas de médicos residentes, quantidade em números e porcentagem correspondente. Botucatu, 202140

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.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Conhecer o entendimento dos médicos residentes de um serviço de referência (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - HCFMB), 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.

Objetivos específicos

- Conhecer o entendimento dos profissionais médicos residentes sobre o aplicativo e sobre a aba Resumo de Atendimento/Laudo Médico;
- Desenvolver ação educativa, para médicos residentes de um serviço de referência, sobre funcionalidade do aplicativo;
- Avaliar ação educativa sobre o uso do aplicativo para a comunicação entre serviços de saúde.

3. MÉTODO

Pesquisa exploratório-descritiva, utilizou abordagem de métodos mistos, que envolveu as etapas de aplicação de formulário semi-estruturado e a etapa de realização de ação educativa, com avaliação de reação.

A pesquisa de métodos mistos tem se tornado usual nos últimos anos. Sua aplicação cresceu na área da saúde à medida que mais recursos se tornaram disponíveis^{26, 27, 28}. Consiste em um único estudo que utiliza estratégias mistas para responder as questões de pesquisa, sendo implementadas sequencialmente ou concomitantemente²⁹.

Esses estudos possuem características singulares na combinação de pesquisas quanti e quali com um mesmo desenho de pesquisa, assim como individualidade na análise e coleta dos dados. Possibilitando análises mais robustas para os trabalhos científicos³⁰.

Tanto as técnicas quantitativas quanto as qualitativas têm potencialidades e limitações e costumam ter diferentes propósitos. Extrair o melhor de cada técnica para responder a uma questão específica, pode levar à vantagem da integração, sendo apresentados como argumentos para justificar a importância da integração de dados ou de técnicas: a confirmação e a complementariedade³¹.

O emprego dos métodos mistos em pesquisas agrega duas janelas de oportunidade para pesquisadores, a primeira pela viabilização do estudo de problemas complexos e a segunda por possibilitar resultados potencialmente mais completos e relevantes³².

A amostra do estudo foi do tipo não probabilística, delimitada pelo tempo destinado à coleta, entre fevereiro e maio de 2021. O quadro 1 traz os principais aspectos metodológicos do estudo.

Quadro1: Principais aspectos metodológicos do estudo, Botucatu, 2021.

Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos coleta concomitante dos dados	
	Qualitativo	Quantitativo
	Análise de conteúdo	Pesquisa exploratória-descritiva.
Objetivo específico	Conhecer o entendimento dos profissionais médicos residentes sobre o aplicativo, suas dificuldades e sugestões, além de realizar ação educativa com os participantes.	Conhecer o entendimento dos profissionais médicos residentes sobre o aplicativo e quais ferramentas são utilizadas para realizar a comunicação entre níveis de atenção.
Participantes	35 médicos residentes	
Coleta de dados	Formulário semi estruturado, especificamente questões 7 e 8.	Formulário semi estruturado, categorização pessoal e especificamente questões de 1 a 6.
Análise dos dados	Análise de Conteúdo de Bardin	Estatística Descritiva

3.1 Cenário do Estudo

O cenário da pesquisa foi o HCFMB, tendo como participantes os profissionais médicos que participam da pós-graduação em residência médica. Entendida como programa de pós-graduação “latu sensu” pelo Conselho Federal de Educação e pela Unesp, é um programa para aperfeiçoamento dos médicos e para especialização que se caracteriza pelo treinamento em serviço. São 71 especialidades e sub-especialidades, com 474 residentes devidamente matriculados no mês de dezembro de 2020.

Devido a Pandemia de COVID 19 outro cenário se fez presente, o Sistema Municipal de Saúde de Botucatu que conta com 21 unidades de saúde na Atenção Básica. Essas unidades são compostas por dois Centro de Saúde Escola, seis Unidades Básicas e 16 equipes de Saúde da Família e 12 equipes de Saúde Bucal.

A Unidades Básicas do Modelo Tradicional são: Cohab1; São Lúcio; Vila Jardim; Edmundo de Oliveira (CSI); Jardim Cristina e CECAP Botucatu.

Dois Centros de Saúde Escola: Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária.

Unidades Básicas do Modelo Estratégia de Saúde da Família: Parque Marajoara; Rubião Júnior; Vitoriana; César Neto; Jardim Aeroporto; Jardim Iolanda; Jardim Peabiru; Santa Elisa; Real Parque; Santa Maria; Cohab IV; Comerciais e Caimã.

Botucatu conta ainda com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), CEO (Centro de Especialidade Odontológicas), Dose em Casa, Programa de

Distribuição de Canetas de Aplicação de Insulina para Crianças e Adolescentes e o Espaço Saúde Dra. Cecília Magaldi que contem CAPS I, Clínica de Diversidades Terapêuticas, Clínica do Bebê, Farmácia Municipal, Central de Esterilização e Programa DST/AIDS.

Para a atenção de média e alta complexidade Botucatu possui uma rede hospitalar composta por quatro hospitais totalizando 798 leitos, sendo 576 leitos SUS.

Desses leitos SUS 158 são leitos cirúrgicos, 152 leitos clínicos, 29 obstétricos, 61 pediátricos e 19 são leito do Hospital DIA. Dos 74 leitos complementares eles são divididos da seguinte forma: 15 leitos para UCI Neonatal Convencional, 05 leitos de UCI Neonatal Canguru, 30 leitos UTI Adulto tipo III, 07 leitos UTI Pediátrico tipo III e 17 leitos UTI Neonatal tipo III. Os leitos restante, 83 leitos, são referentes a especialidade psiquiatria.

A rede hospitalar de Botucatu é composta pelos seguintes hospitais: HCFMB, Hospital UNIMED, CAIS “Prof. Cantídio Moura Campos”, Hospital do Bairro e Hospital Estadual de Botucatu.

Existe ainda em Botucatu outros serviços de atenção à Saúde como o SARAD (Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Droga), SAMU, Residências Terapêuticas, CAPS III e CAPS AD, Transporte Sanitário e CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

3.2 Fonte de dados

Participaram desta pesquisa 35 médicos residentes de diferentes especialidades que aceitaram responder ao formulário e participaram da ação educativa. Não houve escolha intencional de participantes, porém a inclusão foi determinada pela possibilidade do encontro da pesquisadora com os participantes, dada a situação da Pandemia de COVID-19, como será melhor detalhado no tópico 3.5.

3.4 Construção do Formulário

O formulário semi-estruturado foi construído em discussões realizadas em diversos encontros do grupo de pesquisa ao qual se articula este trabalho, com colaboração de docente orientador, pós doutorando, mestrando e graduando.

Abrangeu as variáveis: Idade, profissão, função e especialidade para

caracterizar o perfil dos participantes e entender quais especialidades participaram mais ou menos da pesquisa.

Outras variáveis estudadas foram: recurso utilizado para a comunicação com outros níveis de atenção, ferramenta utilizada do PEP, utilização da aba “Resumo do atendimento/laudo médico” e finalidade do uso.

A questão sobre a comunicação entre níveis de atenção foi escolhida para compreender quais as ferramentas utilizadas pelos participantes para realizar essa comunicação quando necessário. A variável que questiona sobre se utiliza algum instrumento do Prontuário Eletrônico do Paciente foi selecionada para entender o conhecimento dos participantes sobre as ferramentas disponibilizadas a eles para o cuidado ao paciente no PEP.

Foi selecionado a questão se já utilizou a aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico” para entender quantos participantes tinham o conhecimento da aba estudada. Quando questionado quando utilizou a aba queríamos entender para quais momentos do atendimento aos pacientes os participantes acharam necessário utilizar a aba estudada. E quando questionado para qual finalidade, demos três opções para preenchimento (Alta de internação, Alta de Ambulatório, outro).

As questões abertas permitiram ampliar a compreensão sobre o conhecimento e uso do APP. A questão seis foi escolhida para saber o conhecimento de que as informações da aba estudada agora estavam disponível no aplicativo HC em Casa. A questão sete, foi inserida no formulário para colher sugestões de melhoria para a aba e o funcionamento do PEP e do Aplicativo. E a oitava permitiu a avaliação da Ação Educativa, onde os participantes poderiam descrever pontos forte e fracos e apontar melhorias.

3.5 Coleta dos dados

A coleta ocorreu no período de fevereiro a maio de 2021 e utilizou um formulário semi-estruturado (Apêndice A). Foram realizadas visitas às Enfermarias do HC da Unesp que estavam em funcionamento, uma vez que o atendimento nas especialidades sofreu modificações em decorrência do atendimento aos pacientes com Covid-19. Assim, com o isolamento de muitas enfermarias, houve dificuldade de encontrar os residentes de algumas especialidades. Diante disso, para completar a coleta, houve necessidade de realizar, também, visitas às Unidades de Pronto

Atendimento Noturno da Secretaria de Saúde de Botucatu, pois os médicos plantonistas são, em sua maioria, médicos que realizam o programa de residência. Ressalte-se que o público a participar da pesquisa não foi alterado em relação ao planejamento inicial, mas sim o local da coleta, ou seja, a abordagens de alguns médicos residentes ocorreu no Pronto Atendimento. No momento da abordagem aos médicos plantonistas, a pesquisadora confirmou se o mesmo estava inserido no programa de Residência Médica da FMB, para manter o critério de inclusão.

Os participantes foram abordados em sala de prescrição médica (no HC) ou sala de atendimento (no Pronto Atendimento). Primeiramente foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), seguido do formulário por meio do qual os participantes responderam à pesquisa e folder para ação educativa. Pode-se verificar que no TCLE consta que a coleta seria realizada nos ambulatórios do Hospital das Clínicas, porem com as mudanças determinadas pela Pandemia, os locais de coleta de dados se ampliaram, mantendo, contudo, como esclarecido anteriormente, o mesmo público definido para a coleta de dados.

3.6 Ação Educativa

No mesmo momento, da coleta de dados, foi realizada ação educativa sobre a importância da comunicação entre níveis de atenção, para a integralidade do cuidado e sobre aba “Resumo de Atendimento/ Laudo Médico” do PEP utilizado pelo HC (Sistema MV) que fornece dados para o módulo “Meu Prontuário” no aplicativo HC em casa. A educação em saúde teve duração de dez minutos onde a pesquisadora explicou a funcionalidade do aplicativo, seus tópicos e informações, e ressaltou a importância do preenchimento de uma aba, a partir do qual as informações contidas podem ser visualizadas pelos usuários do aplicativo e consequentemente podem ser disponibilizadas, pelo paciente, aos outros profissionais da saúde que não possuem acesso ao Sistema MV, como profissionais da saúde primária e secundária.

Para o desenvolvimento da ação educativa foi entregue aos participantes da pesquisa um folder (apêndice C) que contém informações sobre o aplicativo “HC em Casa”, sua funcionalidade para o paciente, como visualização das datas de consultas e exames, sessões de quimioterapia e radioterapia, resultados de exames

laboratoriais e de imagem, entre outras informações. Reforçando a importância da referência e contrarreferência para integralidade do cuidado.

3.7 Formulário

O formulário entregue aos participantes possuía três partes: a primeira contendo dados referentes aos participantes, como idade, profissão, função e especialidade. A segunda parte contendo sete perguntas, sendo seis com necessidade de resposta discursiva e uma de múltipla escolha. A última parte do formulário, solicitada a ser respondida após a ação educativa, referiu-se à avaliação de reação à mesma. Neste ponto, os participantes puderam ressaltar os pontos fortes e fracos e sugerir melhorias para a ação educativa.

3.8 Análise dos dados

Estatística descritiva foi utilizada para a análise de dados quantitativos.

Na abordagem qualitativa foi utilizado a Análise de Conteúdo de Bardin³³. Este referencial foi aplicado na última pergunta do formulário e na parte sobre a avaliação da ação educativa.

As informações colhidas do formulário foram organizadas em um banco de dados do pesquisador, em planilha Excel®, os elementos quantitativos foram examinados utilizando estatística descritiva e os dados qualitativos foram analisados segundo o referencial teórico de Análise de Conteúdo de Bardin³³.

Dentre as modalidades de Análise de Conteúdo foi escolhida a Análise Temática.

A Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. (...). Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso³³.

Essa análise desdobra-se em três etapas: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação^{33,34}.

A pré-análise consiste na organização dos dados colhidos e realizar uma sistematização das ideias, e tem por objetivo formular hipóteses e elaborar indicadores para a interpretação final, selecionando as respostas que foram inseridas na análise dos dados^{33,34}.

A categorização dos dados é compreendida na etapa “exploração do material” e objetiva alcançar o centro da compreensão do texto e ainda consiste em uma classificação dos elementos constitutivos de cada conjunto, por distinção ou grupamento com critérios previamente definidos^{33,34}.

A última etapa é a de tratamento dos resultados e interpretação, onde os resultados brutos são tratados de maneira a torná-los significativos e válidos, é a fase onde o pesquisador propõe temas e interpretações que vão de encontro com os objetivos do estudo^{33,34}.

3.9 Critérios de Inclusão:

Médicos residentes da FMB que atuam em unidade de referência que responderam ao formulário proposto e participaram da ação educativa.

3.10 Critérios de Exclusão:

Profissionais médicos residentes que estiveram em férias ou licença ou aqueles que não foram encontrados em virtude da mudança na rotina do serviço, decorrente da Pandemia.

3.11 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (“Júlio de Mesquita Filho”) sob o Parecer Consubstanciado nº 3.491.163, CAAE 17485519.7.0000.5411. O TCLE dos participantes que aceitaram participar do estudo, foi assinado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e outra entregue ao participante (Apêndice B).

4. RESULTADOS

4.1 Perfil dos participantes:

Todos os participantes eram profissionais médicos que participam da pós-graduação em residência médica, com idade entre 24 e 35 anos, tendo como média de 28,97 anos. (Tabela 1)

Tabela 1: Faixa etária dos participantes. Botucatu, 2021.

Idade	n	%
< 25 anos	2	5,7
25 - 30	25	65,7
> 30 anos	8	25,7
Total	35	100

As especialidades que participaram foram: Gastrocirurgia e Ginecologia e Obstetrícia com seis participantes cada uma; com cinco participantes, a especialidade de Dermatologia; com três participantes as especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica e Neurologia; seguida pelas especialidades de Ortopedia e Urologia com dois participantes cada. Com um participante cada as especialidades de Otorrinolaringologia, Cirurgia Cardiovascular, Anestesiologia, Oftalmologia e Psiquiatria. (Figura 1)

Figura 1: Especialidades de residência médica dos participantes do estudo. Botucatu, 2021.

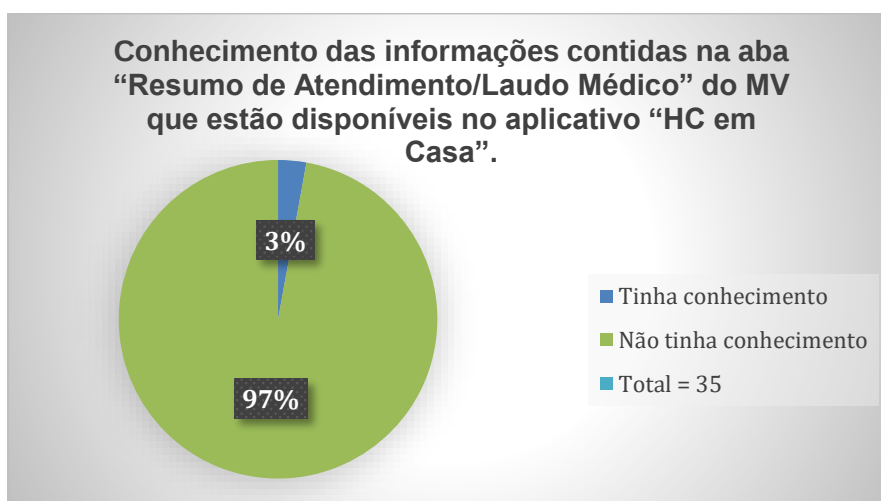


Fonte: material elaborado pela autora.

4.2 Dados quantitativos:

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”. (Figura 2)

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.



Fonte: material elaborado pela autora.

Para realizar a comunicação com os outros níveis de atenção, os residentes, em sua maioria, utilizam a aba “Receituário Simples” do Sistema MV. Esse é um documento eletrônico criado para que o corpo clínico registre de forma livre as medicações pós consulta para os pacientes que passam por atendimento no HCFMB.

Foi desenvolvido para substituir o receituário em papel. Possui como uma das principais características a segurança que, o paciente, ao fornecer o mesmo em farmácias a escrita é nítida, pois utiliza linguagem computacional, além de ficar no prontuário eletrônico por tempo indeterminado diferente do papel. Em muitos casos é utilizado para orientações e cartas de encaminhamento, mesmo havendo documentos específicos para essas finalidades. (Tabela 2)

Tabela 2: Ferramentas utilizadas pelos médicos residentes para fazer a comunicação para os pacientes entregarem a outros níveis de assistência. Botucatu, 2021.

Ferramentas	nº	%
Receituário Simples	12	26,0
Carta de referência/contrarreferência	11	23,9
Contato telefônico	4	8,6
Carta	4	8,6
Laudo Médico	3	6,5
Documento Clínico	2	4,3
Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde	2	4,3
Whats App	2	4,3
Núcleo de Regulação Interna	1	2,1
Gerenciamento de leitos	1	2,1
Resumo de atendimento	1	2,1
Relatório em papel	1	2,1
Avaliação Complementar	1	2,1
Não utilizo nenhuma	1	2,1
Total	46	100

Outra ferramenta usada pelos médicos residentes é a carta de referência e contrarreferência do sistema, que é impressa e entregue aos pacientes, juntamente com prescrições, receituários, condutas e datas para retorno. Somente três participantes relataram utilizar a aba “Laudo Médico”, e que na maioria das vezes também é impressa e entregue ao paciente. Há ainda outras formas de comunicação entre serviços que são empregadas pelos residentes, como Cartas escritas à mão, contato telefônico, utilização do aplicativo “WhatsApp”, que pode ainda ser operado em modelos mais formais como comunicação via CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde) ou por meio do NIR (Núcleo Interno de Regulação) do HCFMB. São utilizados ainda resumos de atendimento, relatórios em papel, documentos clínicos e avaliações complementares, todas essas abas diferentes do Sistema MV.

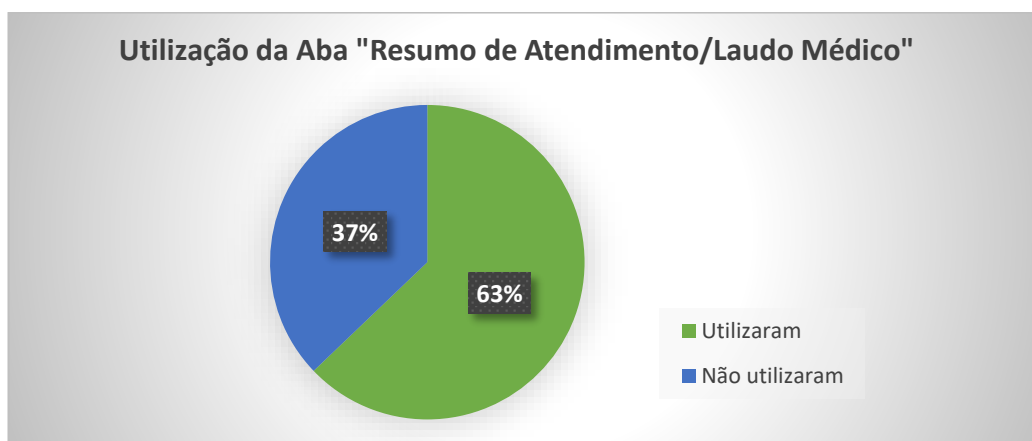
Sobre os instrumentos disponibilizados no PEP o mais usado ainda é o Receituário Simples, seguido pela parte de Evolução Clínica, somente quatro participantes responderam que utilizaram a aba “Resumo de Atendimento”. (Tabela 3)

Tabela 3: Ferramentas do PEP utilizadas para registro da assistência. Botucatu, 2021.

Ferramentas	nº	%
Receituário Simples	13	24
Evolução Clínica	6	11,1
Não utiliza nenhuma ferramenta	6	11,1
Resumo de atendimento	4	7,4
Exames	4	7,4
Documento Clínico	3	5,5
Carta de referência/contrareferência	3	5,5
Intercosultas, interconsultas	2	3,7
Avaliação Complementar	2	3,7
Laboratoriais, laboratoriais	2	3,7
Prescrição	1	1,8
Atendimento ambulatorial	1	1,8
Descrição cirúrgica	1	1,8
Avisos cirúrgicos	1	1,8
Prontuário Médico	1	1,8
controles de enfermagem,	1	1,8
historico	1	1,8
Atestados	1	1,8
Agendamentos	1	1,8
Total	54	100%

Quando questionados sobre a utilização da aba, no sistema MV, “Resumo do atendimento/laudo médico”, 22 participantes responderam que já utilizaram essa aba. Os participantes restantes (13) relataram que nunca utilizaram a aba. (Figura 3)

Figura 3: Utilização da Aba "Resumo de Atendimento/Laudo Médico", pelos residentes médicos. Botucatu, 2021.



Fonte: material elaborado pela autora.

Quando questionado aos participantes em quais situação eles fazem o preenchimento da Aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico” a resposta mais frequente foi “Em todas as Altas Hospitalares” ou “Em todas as altas realizadas”. (Tabela 4)

Tabela 4: Situações para utilização da Aba “Resumo de Atendimento/Laudo Médico”. Botucatu, 2021

Situações	nº	%
Em todas as Altas Hospitalares	9	34,6%
Em todas as altas realizadas	4	15,3%
Laudo para INSS	4	15,3%
Nas altas de internação e do ambulatório	2	7,6%
Documentos de Alta	1	3,8%
Frequentemente	1	3,8%
Semanalmente	1	3,8%
Fim do tratamento médico	1	3,8%
Solicitação do paciente	1	3,8%
Sempre	1	3,8%
Após cirurgias	1	3,8%

Ressalta-se que, embora os dados das Tabelas 2 e 3 guardam semelhanças, a Tabela 2 tratou mais especificamente da comunicação voltada a informar os outros serviços, lembrando que o usual tem sido a informação ser levada pelo paciente, conforme já foi dito.

Na tabela 4 nota-se que há um maior uso, com preenchimento da aba no PEP quando se trata de alta hospitalar ou solicitação de laudos, em contrapartida aos outros tantos atendimentos realizados na instituição.

Ressalte-se que nem todas as abas do PEP são de acesso do paciente, algumas são voltadas à comunicação interna da instituição. Deste modo, para que o paciente tenha acesso às informações e possa mostrar no APP a outros profissionais, se faz necessário que o preenchimento das informações profissionais seja feito nas abas apropriadas.

4.3 Dados Qualitativos:

Da avaliação da ação educativa emergiram seis categorias: falta de divulgação; continuidade do cuidado; dificuldades encontradas; importância do tema abordado; fragilidades do questionário/ação educativa e sugestões.

A seguir, descrevem-se a seis categorias, exemplificadas por suas

unidades de fala e o número da resposta do formulário do residente (R) de onde foi extraída.

1. Falta de divulgação:

O conteúdo das falas relaciona-se a falta de conhecimento ou de divulgação das informações referentes ao Sistema MV, aplicativo “HC em Casa” e suas funcionalidades aos residentes médicos.

“Essa informação não é amplamente divulgada, colocar no Sistema MV algum tipo de indicativo nas abas acessíveis pelo App. ” (R9)

“Não possuímos instrução do uso da aba. ” (R12)

“Informações que não sabia. ” (R17)

“Projeto bom, precisa de mais divulgação. ” (R20)

2. Continuidade do Cuidado

A continuidade do cuidado é um aspecto que surgiu em algumas respostas, exemplificando que o sistema de referenciamento é importante para se garantir a integralidade do cuidado, favorecendo assim paciente, profissionais da área, locais de assistência à saúde e Redes de Atenção à Saúde.

“Facilidade de encaminhamento e agilidade no diálogo, para paciente já em seguimento no serviço. ” (R4)

“Foi importante comunicar que o paciente pode acessar a aba de laudos pelo app.” (R9)

“Paciente ter acesso contínuo a seus exames e orientação por alta/atendimento. ” (R18)

“Gostei de saber da ferramenta pois permite continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção. ” (R32)

“Foi ótimo saber que há formas de se comunicar com outras equipes através de fontes seguras, como o APP.” (R29)

“Ótima proposta p/ melhorar a comunicação entre os níveis de saúde. ” (R25)

3. Dificuldades encontradas

Uma das maiores dificuldades encontradas e relatadas verbalmente foi a burocracia para a obtenção de *login* e senha na utilização do aplicativo, assim como o relato que não estava implantado, ainda, o aplicativo nos computadores da APS no município, sendo exemplificado nesta fala:

“A burocracia para ativar o aplicativo; facilitar o acesso a equipe médica e paciente. ” (R18)

4. Importância do tema abordado

As falas desta categoria se correlacionam com a percepção que os participantes possuem da importância da comunicação entre serviços de saúde para a integralidade do cuidado e consequentemente para uma melhor atuação da equipe de saúde e resolução dos problemas de saúde que chegam ao nível terciário de atenção.

“Ótima proposta quanto ao projeto. ” (R24)

“Folder e explicação bastante elucidativos. ” (R10)

“Folder informativo; ação educativa. ” (R11)

“Concordo com a pesquisa. ” (R13)

“Tema relevante. Informação clara, educação e empatia. ” (R27)

“Excelente apresentação do tema e importância do mesmo. ” (R30)

“Ótima iniciativa. ” (R34)

“Gostei da ação educativa. ” (R5)

“10” (R15)

“Informativo. ” (R33)

“Explicativa, clara. ” (R7)

“Ótima, esclarecedora. ” (R35)

“Esclarecedora. ” (R26)

“Tudo bem. ” (R21)

5. Fragilidade da ação educativa

Foi percebido uma fragilidade durante o processo de coleta de dados, e que foi exemplificado na fala a seguir, que relata a forma de abordagem dos participantes, ou em sala de prescrição no HC, ou entre consultas nos Plantões

Noturnos.

“Boa ação educativa, porém, de forma rápida o que as vezes pode deixar dúvidas. Entretanto forma simples permite mais fácil acesso. ” (R22)

6. Sugestões

Para essa categoria houve uma integração dos dados da última pergunta do formulário semi-estruturado, etapa qualitativa e agrupado com as sugestões que surgiram na avaliação da ação educativa, elementos qualitativos, sendo possível assim articular a completude dos dados relacionados a este tópico.

“Melhorar velocidade do sistema, diminuir os passos para realizar ou pedir exames. ” (R8)

“Sugerir que no momento de recepção dos novos residentes seja informado que esse acesso pode ser feito pelo paciente. “ (R9)

“Resumir as informações e restringir às informações mais importantes para o paciente. Há muitas informações desnecessárias que podem confundir o paciente e demanda muito tempo do médico preencher todos os itens. Ex: Retorno ambulatorial nesta aba/sendo que já foi entregue um documento a parte com o retorno ambulatorial. Não vejo motivo para repetir informações dessa aba que já foram entregues ao Paciente! Fora as orientações mais pertinentes que nós médicos orientamos na alta. Essa sim é importante. ” (R1)

“Ter mais praticidade em preenchimento. ” (R2)

“Poderia ser mais prático durante o preenchimento. ” (R4)

“Muitos campos para preencher. ” (R5)

“Retirar a parte de medicações, regime e etc. Formulário muito grande. ” (R6)

“O número de caracteres que é restrito. ” (R7)

“Melhorar o item do retorno, pois não é possível realizar o agendamento da consulta. ” (R13)

“Acesso a laudos de exames principalmente de ressonância e tomografias caso não estejam presentes ainda nesta aba. ” (R15)

“Colocar resultado de exames (laudos e imagens) para que paciente possa receber os exames sem precisar imprimir. ” (R20)

“Retirar página do verso. ” (R21)

“Não ser obrigatório preencher todos os campos, pois as vezes não se aplica. ” (R22)

“Ser mais acessível. ” (R24)

“Comunicação entre os níveis de saúde. ” (R25)

“Se disponibilizar tudo que está escrito nessa aba, acredito que nada. ” (R28)

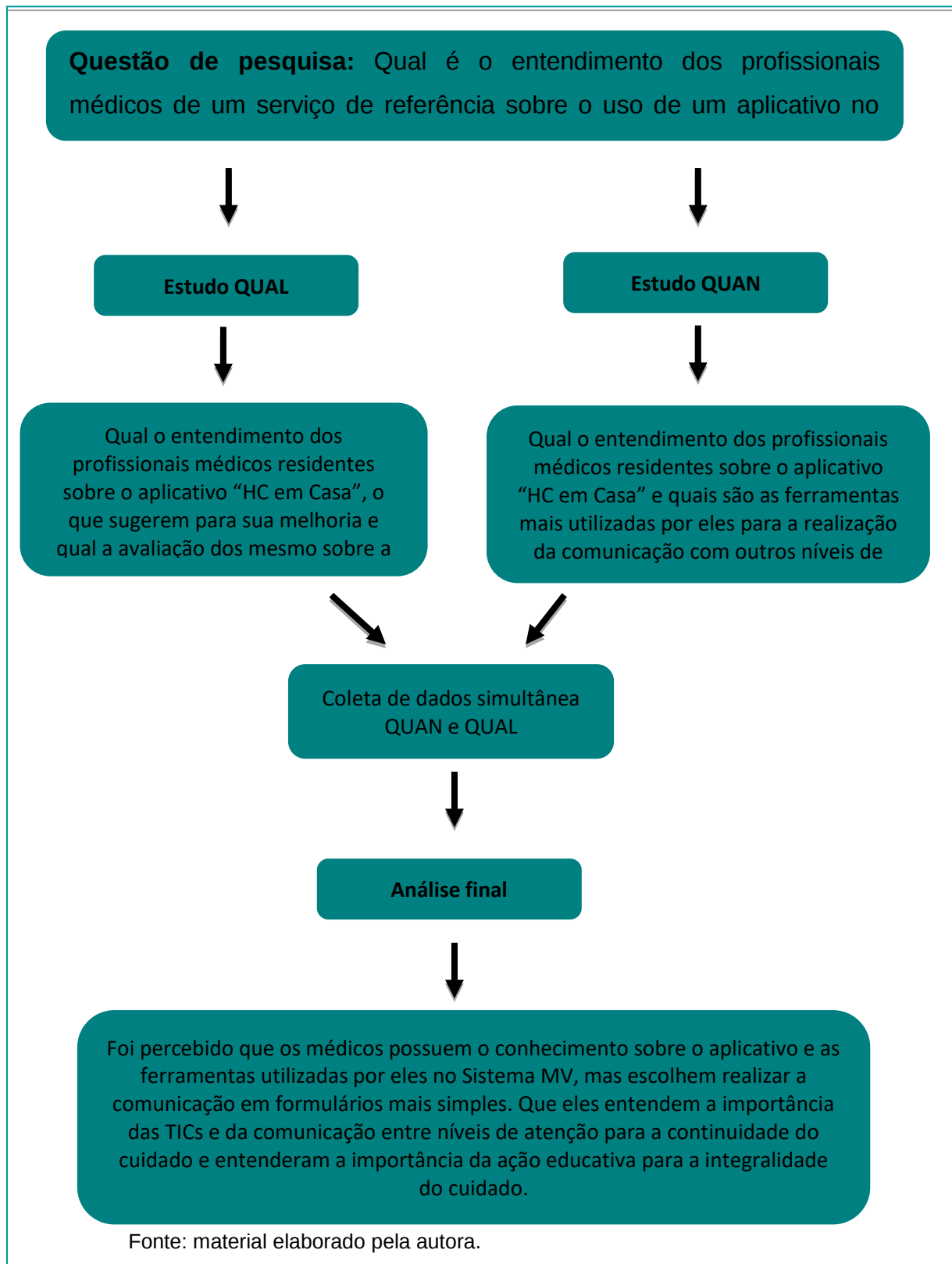
“Manter atualizada com informações importantes para médicos de outros níveis de assistência. ” (R29)

“No setor de retornos só se tem acesso aos ambulatórios da própria especialidade. Em diagnósticos secundários há limite para preenchimento de conectores e a inserção é manual (não há lista de CID no Sistema). ” (R30)

“Local p/ preenchimento breve do quadro clínico e labs do paciente. ” (R31)

“Divulgar p/ os médicos a importância do relatório/laudo p/ correto preenchimento; orientar paciente como acessar no aplicativo. ” (R34)

Figura 4: Diagrama representativo do desenho do estudo e principais resultados.



5. DISCUSSÃO

5.1 Discussão dos dados Quantitativos:

A idade dos participantes se mostrou semelhante a outro estudo realizado no Brasil em 2020 no estado de Pernambuco, que também teve as maiores porcentagens nos intervalos de idade entre 25 e 30 anos³⁵.

Somente 3% dos participantes tinham conhecimento de que as informações contidas na aba “Resumo de Atendimento/ Laudo Médico” estão disponibilizadas no aplicativo “HC em Casa”, isso se traduz em um desconhecimento dos médicos sobre o sistema, uma falta de divulgação nessa informação, assim como uma falta de interesse dessa população em buscar informações sobre as ferramentas existentes e utilizadas por eles no dia a dia do serviço de saúde terciário.

O sistema de referência e contrarreferência, como citado anteriormente, é um elemento-chave para a comunicação na RAS, mas ainda é observado que existem falhas nessa comunicação e o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre esse sistema acaba gerando uma assistência à saúde fragmentada e limitações que acabam transpondo a barreira comunicacional e o cuidado integral³⁶.

Os dados demonstraram que para realizar a comunicação com outros níveis de atenção, os participantes utilizam apenas as ferramentas já conhecidas por eles, com menos lacunas a serem preenchidas e de registro mais livre, possibilitando não preencher o documento de forma completa para poder salvar, imprimir e entregar ao paciente.

Mesmo existindo essas abas e ferramentas próprias para que o médico ofereça a comunicação aos níveis de atenção à saúde, é escolhido o formulário mais simples para a realização do mesmo. Mesmo que muitos participantes tenham respondido não utilizarem com frequência a aba “Resumo de Atendimento/ Laudo Médico”, 63% deles já utilizaram em algum momento do atendimento médico. Usa-se preferencialmente para a alta hospitalar ou laudos para o INSS.

Quando há o preenchimento correto das abas de referência e contrarreferência, há uma busca em diminuir a quebra da assistência em saúde, a fragmentação entre serviço e profissionais de saúde, promovendo assim a comunicação, compartilhamento de responsabilidade e interdisciplinaridade o que resulta numa eficácia dos tratamentos em saúde³⁶.

Foi percebido que dependendo da espacialidade, não se faz necessário, no entendimento dos profissionais, que algumas lacunas sejam respondidas, para se realizar essa comunicação entre serviços de saúde, se opta então por um formulário mais simples, com inserção de informações de forma mais livre e que essas informações possam ser escolhidas pelo profissional, informações essas que ele julga serem necessárias ou relevantes para o paciente e para os outros profissionais da rede de atenção à saúde.

Essa escolha das informações que o profissional julga mais importante pode acarretar numa falta de dados que o profissional de outra unidade possa precisar, informações que muitas vezes não podem ser fornecidas pelos pacientes por desconhecerem as técnicas e rotinas das unidades. Essa falta de informações necessárias pode acarretar em uma descontinuidade do cuidado, e prejudicar o tratamento deste paciente a longo prazo, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Sendo assim, a contrarreferência, quando realizada através de preenchimento de ferramenta destinada a esse fim, traz as informações relevantes do usuário, permitindo que a unidade que realizou a referência entenda as condutas que foram tomadas na unidade referenciada, realizando assim a continuidade do cuidado na unidade de origem do paciente, o que promove a integralidade, um dos três princípios do SUS³⁶.

5.2 Discussão dos dados Qualitativos:

1. Falta de divulgação:

Nas falas dos participantes, percebe-se uma queixa de falta de divulgação das informações, ações e funcionalidades do PEP e de Educação Permanente em Saúde (EPS) com os médicos residentes, para que eles possam utilizar os recursos tecnológicos a seu favor e ao do paciente.

Um estudo em Malawi³⁷ (2018) mostrou que 81,4% dos profissionais "concordam fortemente" ou "concordam" que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) não são usadas efetivamente por causa da falta de treinamento em aplicações e falta de apoio dos gestores.

Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser o instrumento utilizado para realizar treinamentos sobre as TICs e apoiar gestores no uso dessas ferramentas. A EPS se caracteriza em um processo contínuo, multiprofissional e

participativo, ela veio para reorientar o modelo educacional em saúde, tem por objetivo valorizar o dia a dia dos serviços como fonte de aprendizagem e conhecimento³⁸.

Os pilares da EPS são: problematização do cotidiano, construção de sujeitos críticos e transformadores e aprendizagem significativa, bases inspiradas na pedagogia da libertação de Paulo Freire. A problematização do cotidiano se dá a partir da desnaturalização de ideias e conceitos, fomentando, assim, o pensamento crítico e convidando ao questionamento e à precarização de sentidos pré-estabelecidos, buscando vislumbrar realidades e potencialidades preferíveis das já existentes³⁸.

Fomentando a criação de sujeitos capazes de colocar as ações em questão, comprovando que essas ações fazem parte da construção dos problemas enfrentados por eles no dia a dia, mas também são a solução para esses problemas. A aprendizagem significativa é sobre a conexão do conteúdo que será aprendido dentro da realidade dos profissionais de saúde, realizando assim conexões entre o que já conhecem e saber com a apresentação de um novo aprendizado, transformando assim os sentidos das situações³⁸.

A proposta de EPS visa a transformação das práticas para que possa oferecer melhoria na qualidade dos serviços, sendo desejável que em seus processos sejam envolvidos profissionais, gestores, usuários e formadores.

No currículo de aulas das residências que atuam no HCFMB havia uma disciplina que abordava o tema Sistemas de Informações, segundo informação do centro de informática do HCFMB. Nela era exemplificado aos alunos quais abas o sistema possuía, para quais funções e finalidades, mas com o cenário da pandemia essas aulas acabaram sendo suspensas e ainda não retornaram à rotina habitual.

2. Continuidade do Cuidado

Os benefícios já conhecidos na incorporação das TICS nos ambientes para a saúde são: segurança de processos e resultados organizacionais, retorno positivo de investimentos, coordenação de cuidados no contexto da prática clínica, eficiência de comunicação, melhores resultados no cuidado, principalmente, para pacientes crônicos. Já os Fatores que interferem nessa incorporação da TIC no dia a

dia do serviço são: qualidade da interface com o usuário e dos dados, usabilidade, otimização dos recursos e integração com sistemas externos^{39,40,41}.

Outros benefícios também foram apontados, como sendo um recurso essencial para tomada de decisão, facilita captura, acesso e compartilhamento de dados e informações clínicas de pacientes e tratamentos⁴¹. O aplicativo HC em Casa se propõe a isso, melhorar a tomada de decisão dos profissionais da atenção primária e secundária por ter uma facilidade no acesso das informações sobre o tratamento realizado no setor terciário.

Para se reduzir a readmissão dos pacientes é necessário que haja um compartilhamento de informações de forma horizontal entre o hospital e a APS e as TICS facilitam muito esse compartilhamento. Outra facilidade no uso das TICS é a gestão diária nos cuidados de enfermagem e disponibilização das informações de saúde para o paciente⁴².

Esse novo cenário tecnológico busca atender os usuários que têm muitas das suas informações de saúde e acesso a elas de forma contínua e sem restrições, fato que tem grande impacto para todos os profissionais e serviços de saúde⁴⁰.

Não somente os pacientes usufruem das TICS, cada vez mais uma parte grande da prática diária de profissionais da atenção primária à saúde também faz uso dessas novas tecnologias. Algumas das estratégias utilizadas por enfermeiros no Reino Unido são: uso do Prontuário Eletrônico do Paciente que apresenta-se como uma ferramenta com considerável economia de tempo, aumento da segurança e redução do risco de perda de dados pessoais⁴³.

Não somente entre os pacientes e o sistema de saúde que existe uma defasagem na comunicação, também há uma comunicação deficiente, por exemplo, entre profissionais de atenção primária e profissionais de atenção secundária. Nesse sentido, uma das estratégias implementadas em Catalão, foi a Ferramenta de Comunicação entre Atenção Primárias e Hospitais (ECOPIH)⁴⁴.

Sabe-se que essa falta de comunicação entre os profissionais da atenção primária e os da atenção secundária e terciária leva a um conjunto de erros que normalmente se traduzem em aumento do desconforto dos pacientes, deficiência na continuidade do cuidado, refletindo na ineficácia do sistema de saúde⁴⁴.

Uma adequada comunicação é fundamental para promover o desenvolvimento do trabalho em rede, além de ter sua importância ampliada num contexto de aumento das doenças crônicas e envelhecimento populacional⁴⁴.

3. Dificuldades encontradas:

A fala relatada nesta categoria faz menção a uma dificuldade relatada verbalmente que é a burocracia para a obtenção de *login* e senha para a utilização do aplicativo.

Atualmente, para a proteção dos dados de saúde, é necessário que o paciente vá pessoalmente ao guichê destinado a este propósito e solicite um *login* e senha para que ele consiga acessar seus dados que estão contidos no Sistema MV e que migram para o aplicativo HC em casa. O paciente assina um termo de responsabilidade na adesão do aplicativo e recebe uma senha provisória para acessar seus dados. Logo no primeiro acesso é solicitado que ele troque a senha por uma nova. Mantendo assim a proteção dos dados de saúde dele.

Hernández-Pinzón e Flórez-Flórez⁴⁵ (2017) relatam a possibilidade de ampliação das desigualdades em saúde pela exclusão digital e presença de problemas tecnológicos associados a uma caixa de e-mail cheia, perda de conexão com o servidor e questões médico-legais associadas ao manuseio dessas informações pode aumentar a desigualdade entre os paciente que possuem essas informações e são “donos” da sua saúde e entre os que não possuem essas informações e são passíveis às decisões tomadas pelos profissionais.

4. Importância do tema abordado

Nas falas dos participantes conclui-se uma percepção da importância da continuidade do cuidado para pacientes, profissionais e serviços de saúde. Assim como a importância de TICs que fazem essa comunicação entre serviços, levando informações claras e corretas aos diferentes profissionais da RAS.

Para uma consolidação do SUS e uma melhor integralidade da assistência um dos pontos estratégicos é a organização do sistema de referência e contrarreferência, com articulações voltadas à um objetivo comum e que seja percebida pelos usuários de forma continuada. A estrutura do Sistema de Referenciamento possibilita conectar os diferentes níveis de atenção à saúde, permitindo caminhos variados, integrando assim a comunicação entre os pontos de atenção à saúde¹⁶.

Dos Santos³⁹ (2017) descreveu a incorporação das TICs como um processo incipiente no país. No entanto, quando se analisa os grandes centros

urbanos ou municípios com melhor nível socioeconômico, esse processo se apresenta mais acelerado. O estudo concluiu que, de um modo geral, há uma associação entre qualidade da assistência e incorporação de TIC. Portanto, avançar no processo de incorporação de TIC no país pode contribuir para o aperfeiçoamento da prestação de serviços, principalmente na atenção básica³⁹.

Assim, o uso das TIC nos centros de saúde está fazendo com que alguns dos problemas das consultas presenciais, como os poucos minutos que os pacientes têm para interagir com profissionais médicos e de enfermagem, sejam parcialmente resolvidos com as possibilidades que as TIC têm para expandi-los⁴⁴

O uso do aplicativo HC em Casa pode amenizar um dos problemas apresentados neste trabalho, como a falta de informação sobre o tratamento do paciente no nível terciário, quando este retorna à APS, ou a escassez de dados que a APS disponibiliza sobre a condição do paciente quando este chega ao hospital.

Com as informações contidas no APP e disponíveis para que o paciente possa disponibilizar ao profissional de saúde de sua escolha faz com que essas informações cheguem mais rapidamente e com mais precisão do que antes, quando tudo era relatado verbalmente ao paciente e o mesmo precisava memorizar e narrar aos próximos profissionais.

Além disso, amplia a autonomia do paciente para o autocuidado e corresponsabilização com a sua saúde não ocorrendo a exclusão do paciente no processo decisório do tratamento a ser realizado. O respeito às escolhas do paciente e de seu consentimento para o processo terapêutico significa honrar a vontade do mesmo, entender que ele é uma pessoa capaz, com sua competência cognitiva intacta. Salvos os pacientes que são civilmente incapazes ou que possuem doenças que restrinjam a capacidade cognitiva e necessitam que um terceiro realize as escolhas terapêuticas⁴⁶.

Lima⁴⁶ relata que a escolha ou não de um determinado tratamento é permeado pela decisão de ter acesso a todas as informações de saúde necessárias para a escolha, informações essas que devem ser ofertadas pelo médico se for a opção do paciente.

5. Fragilidade da ação educativa

Como a forma de abordagem dos participantes, foi entre consultas nos Plantões Noturnos ou em sala de prescrição no HC, se caracterizou por ser momentos em que o médico está realizando outras atividades, para não atrapalhar o fluxo de trabalho, algumas vezes, a ação educativa foi realizada de forma mais objetiva, ou foi interrompida por outra pessoa ou situação.

Após algumas abordagens não tão bem-sucedidas a pesquisadora procurou entender o fluxo de cada enfermaria/plantão noturno, em conversa com o enfermeiro responsável do local, e escolhendo se dirigir ao local nos dias e horários que já se sabia que o fluxo de trabalho poderia estar mais leve, ou aguardando a saída de todos os pacientes em sala de espera (Plantões Noturnos) para assim ser realizado a Ação Educativa de forma mais completa e cadenciada.

A ação educativa realizada de forma ideal, seria em momento de reunião ou aula dos profissionais alvo do estudo, médicos residentes. Anteriormente à instalação da Pandemia de Covid 19 no país, foi sugerido pelo grupo de pesquisa, ao qual este trabalho se articula, que fosse pedido autorização aos responsáveis pelas disciplinas das diferentes áreas das residências e em momento ao qual esses responsáveis achassem mais oportuno, seria pedido um momento de atenção de todos, durante as reuniões, distribuído os TCLE, folders e formulários e em grupo seria realizado a ação educativa, os profissionais alvo responderiam aos formulário e fariam as perguntas que surgissem no momento da ação educativa.

Infelizmente, muitos desses momentos de reunião com os médicos residentes se deram de forma remota, não sendo possível a pesquisadora realizar sua coleta de dados dessa mesma forma. Então se optou por realizar a ação educativa de forma individual ou em duplas. Acreditamos que, mesmo que, a forma da ação educativa tenha sido um pouco diferente do ideal ou planejada inicialmente, não houve perda na comunicação das informações necessárias para o desenvolvimento deste trabalho.

Além disso, num cenário de formação, como é típico em um Hospital Universitário, seria interessante que ações de EPS permeassem e acompanhassem a formação dos profissionais de saúde, tanto em nível de graduação, como de pós-graduação.

Corroborando o que foi dito anteriormente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) institui que a modificação profissional se articula com a modificação das práticas e da educação em saúde, o que considera a Educação Permanente como uma oportunidade para o desenvolvimento do ambiente de trabalho. A EPS visa a educação problematizadora, trazendo os problemas dos profissionais de saúde para que seja incitado um pensamento crítico-reflexivo no trabalhador e consequentemente uma discussão em equipe e reflexão das práticas realizadas no serviço, e até mudanças nessas práticas, esperando a resolução do problema apresentado⁴⁷.

6. Sugestões

Muitas são as sugestões dos participantes do estudo, pois eles são os que mais utilizam o PEP para as situações diárias do cuidado. A melhora da praticidade no preenchimento ou rapidez do Sistema são as sugestões que apareceram, seguidas pela divulgação da importância do preenchimento da aba para a comunicação entre os níveis de atenção à Saúde.

É evidente que a tecnologia tem benefícios claros e, se usada correta e apropriadamente, pode render um serviço mais personalizado aos pacientes e garantir que as preocupações sejam tratadas de maneira mais oportuna. E isso é causa potencial de preocupação. À medida que o sistema de saúde se digitaliza e a equipe adota tecnologia em maior medida, supõe-se que o paciente terá o mesmo conhecimento sobre tecnologia, o que é um engano⁴³.

Portanto, combinar o registro manual e a consulta presencial e o uso da tecnologia da informação de maneira criativa e inovadora é essencial para melhorar a qualidade do processamento da informação em saúde, aderência e continuidade do tratamento⁴².

A falta de treinamento formal e orientações das equipes de saúde, a possível escassa competência digital dos pacientes, o pouco ou nenhum comprometimento das organizações de saúde, uma infraestrutura inadequada e falta de envolvimento dos profissionais de saúde afins nas necessidades e desenvolvimento de informação em saúde, são os principais desafios no uso e desenvolvimento da TIC^{42,40}.

Para melhorar esse cenário é importante que seja realizado um projeto de EPS para os profissionais da saúde, não somente médicos residentes, mas todos os profissionais que utilizam do PEP, independentemente do nível de assistência ao qual está inserido. Assim como é importante que todos os profissionais sejam multiplicadores da informação e da importância e funcionalidade do app, que solicitem aos pacientes que se inscrevam, e que mostrem aos diferentes profissionais dos diferentes níveis de atenção. Para que assim o HC em Casa possa trabalhar sua melhor funcionalidade que é a disseminação de informações de saúde de cada paciente de forma clara e completa.

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)

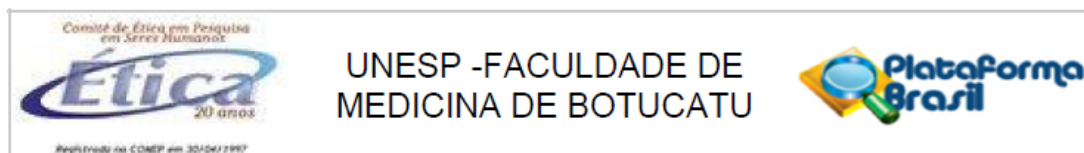
45. Hernández-Pinzón C, Flórez-Flórez ML. **Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y la comunicación.**

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>

ANEXOS

Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA DE COMUNICAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE :
 Subprojeto 1: Conhecimento dos profissionais de saúde de um serviço de referência sobre um instrumento eletrônico no processo de encaminhamento, Pesquisador: Marina Ramos Cirne, Orientadora: Profa Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani;
 Subprojeto 2: Aplicativo móvel como ferramenta facilitadora no acesso a registros eletrônicos de saúde pelo paciente, Pesquisador: Marcelo Roberto Martins, Orientadora: Profa Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani; Subprojeto 3: Avaliação do uso de uma ferramenta eletrônica em unidade de atenção primária à saúde para a comunicação entre os níveis de atenção, Pesquisador: Olga Rute da Silva Franzini, Orientadora: Profa Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani.

Pesquisador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17485519.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.491.163

APÊNDICES

Apêndice A

Formulário

- Idade:
 - Profissão:
 - Função:
 - Especialidade:
-
1. O que você utiliza para fazer a comunicação com os outros níveis de complexidade?
 2. Utiliza algum instrumento do Prontuário Eletrônico?
 3. Já a utilizou a aba “Resumo do atendimento/laudo médico”?
 4. Se sim, quando utilizou?
 5. Para qual finalidade?
 - () Alta de internação
 - () Alta de ambulatório
 - () Outro_____
 6. Sabe que a informação a partir dessa aba vai para um aplicativo (HC em Casa) o qual o paciente pode acessar?
 7. O que você acredita que pode melhorar nessa aba?

Após ação educativa:

8. Favor avaliar ação educativa:

Que bom	Que pena	Que tal

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Conhecimento dos profissionais de saúde de um serviço de referência sobre um instrumento eletrônico no processo de referenciamento.

Pesquisadores: Prof. Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani; Marina Ramos Cirne

Natureza da pesquisa: o sr(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer o entendimento dos profissionais de unidade ambulatorial sobre um instrumento eletrônico de contrarreferência.

Participantes da pesquisa: Profissionais da saúde que utilizam diariamente o instrumento de contrarreferência em unidade ambulatorial de especialidade.

Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o sr(a) permitirá que as pesquisadoras possam avaliar quais são os benefícios do instrumento de

contrarreferência. O(A) sr(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr(a).

Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais, tampouco risco ou desconforto. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Pagamento: o sr(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas vias de igual teor, terá uma via entregue ao Senhor(a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Marina Ramos Cirne

Endereço: Rua Papoula nº80 – Vila Paraíso – CEP: 18607-143 BOTUCATU/SP

Telefone: (14) 99826-8090

Email: macirne@gmail.com

Nome: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Endereço: Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu

Av. Dr. Montenegro, s/n Cep 18619-687 BOTUCATU/SP

Telefone: 14 38801326

Email: cjuliani@fmb.unesp.br

Apêndice C - Material Educativo

Laboratório e Laudos Nessas abas, o paciente pode consultar o resultado dos exames laboratoriais e os laudos dos exames de imagem realizados no HCFMB. Internação Essa aba mostra onde e quando o paciente ficou internado no HCFMB e nela <u>também há o resumo de alta hospitalar</u>. O paciente pode ter acesso a esse resumo clicando em uma de suas internações. Outros Essa aba conta com informações sobre as cirurgias realizadas, sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise, entre outras informações. Outras informações O aplicativo conta também com outras informações relevantes como: - o Como chegar e lista telefônica - o Horários de visita - o Laudos médicos - o Doação de sangue e leite materno - o Ouvidoria	 Esse panfleto educativo foi desenvolvido durante o Mestrado Acadêmico, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, pela aluna Marina Ramos Cirne, sob orientação da Prof. Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani.	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu Aplicativo HC em Casa  O aplicativo que facilita a comunicação entre o HC, os pacientes e os demais serviços de saúde.
---	--	---

O que é?

É um aplicativo disponível na Google Play ou Apple Store, que 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.



“Meu Prontoário”

É a aba dentro da opção voltada aos pacientes, contendo:

- Dados demográficos
- Agendamento
- Histórico e exames
- Localiza paciente

Agendamento

Nessa aba, o paciente pode consultar o agendamento de exames laboratoriais e de imagem, consultas e cirurgias.

Localiza paciente

O paciente pode indicar pessoas a quais gostaria que soubessem de sua internação, cirurgias ou exames.

Histórico e exames

Essa aba é destinada ao histórico do paciente e contém cinco subdivisões:

- Consulta
- Laboratório
- Laudos
- Internação
- Outros



Consulta:

Nessa aba estão elencados todos os atendimentos ao paciente nos diferentes serviços do complexo HCFMB.

O paciente, ao clicar em uma consulta, consegue visualizar o que foi escrito pelo profissional de saúde que o atendeu na aba Resumo do atendimento/ laudo médico do sistema MV.



Caso o profissional de saúde não realize o preenchimento dessa aba, o paciente não terá acesso as informações relevantes do atendimento, consequentemente não conseguirá mostrá-las aos profissionais de outros serviços de saúde.

