

AValiação E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Bernardo João Rachadel Júnior

Gizelli Aires Ribeiro Nader

Sandra Rejane Soares Ferreira

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

A Avaliação e os Sistemas de Informações abordados no presente capítulo objetivam fornecer ao público leitor o conhecimento necessário para iniciar os processos de monitoramento e de avaliação ou fazer um paralelo com o que é desenvolvido em seu espaço de trabalho, de forma que o conhecimento aqui adquirido possa contribuir para a inovação incremental na Atenção Primária à Saúde (APS).

O propósito dos autores em trabalhar esses dois temas relevantes, em um mesmo capítulo, se deve à experiência acumulada sobre o quanto os Sistemas de Informação podem facilitar os processos de

monitoramento e de avaliação, tornando-os mais automatizados e com regras para a entrada e saída dos dados, em campos estruturados.

Avaliar os serviços de saúde é uma necessidade, pois permite conhecer a realidade do que está sendo produzido (efetividade), comparar resultados com outros serviços, verificar se as metas estão bem dimensionadas e se foram atingidas, melhorar o desempenho do serviço, revisar processos de trabalho, trazer retorno (técnico, financeiro e social) e, o mais nobre de todos, contribuir de forma efetiva para a melhoria do nível de saúde da população vinculada ao serviço¹. Atualmente, os Sistemas de Saúde indicam a importância de uma avaliação mais contextualizada, voltada ao cotidiano dos serviços e para além do planejamento em saúde da década de 1980².

A incorporação da avaliação nos processos cotidianos de trabalho dos serviços de APS tem sido um desafio, pois é uma tarefa que exige conhecimento, doutrina, método, tecnologias e a

participação de diversos profissionais e gestores, dada sua importância, complexidade e diversidade. Pode, ainda, configurar-se como um campo interdisciplinar e democrático onde os instrumentos de gestão estão alinhados com os sistemas de informação que por sua vez dão suporte à extração dos dados^{1,2}.

AValiação Na Área De Saúde

Avaliar, segundo Contandriopoulos et al³, consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A avaliação auxilia na verificação dos resultados dos processos de trabalho para, se necessário, aperfeiçoá-los. Destaca-se que a medição do desempenho é multidimensional, podendo ocorrer em termos de qualidade, eficácia, eficiência, equidade e produtividade, entre outros. Todavia, independentemente do modelo utilizado, dos mais fragmentados aos mais complexos, o monitoramento e a avaliação tornam-se práticas essenciais em qualquer organização de alto desempenho⁴.

Existem várias concepções teóricas e abordagens para realizar avaliação, mas um dos modelos mais bem-sucedido foi desenvolvido por Donabedian⁵, que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, a partir do referencial teórico sistêmico. Entretanto, a concepção ou o tipo de avaliação que será adotado depende de quem realizará a avaliação, quem vai usar a informação ou tomar uma decisão a partir dela. Diferentes atores têm objetivos diversos e isso precisa ser levado em consideração na escolha do método.

Para Donabedian⁵, a avaliação da qualidade de um serviço de saúde se sustenta na tríade “estrutura, processo e resultado”, e seus componentes estão interligados de forma sistêmica, pois a estrutura apoia a execução do processo e este sempre gera resultados. Também, considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Já os resultados possuem características capazes de refletir os efeitos de todo cuidado, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo. O autor ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além de outros aspectos organizacionais incluindo os relacionados com os recursos materiais, que influenciam o processo⁵.

ITEM AVALIADO	DESCRIÇÃO DO OBJETO
AVALIAÇÃO DA "ESTRUTURA"	Realizada com indicadores organizacionais, que indicam a existência de recursos, fluxos e protocolos, considerando fatores como a hierarquização do atendimento, a padronização dos procedimentos, os sistemas de informação, a produção dos serviços, os recursos humanos, a estrutura física e os equipamentos. Os resultados são expressos quantitativamente, geralmente através de números absolutos e percentagens, e permitem conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços nos aspectos gerenciais.
AVALIAÇÃO DE "PROCESSO"	Realizada com indicadores que refletem a forma de atuação; consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviço de acordo com os padrões de excelência técnica. A sua execução envolve, por exemplo, a auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisa de opinião pública, entre outras.
AVALIAÇÃO DE "RESULTADO"	Realizada com indicadores que expressam os reflexos das medidas implementadas na saúde da população e as alterações nos perfis epidemiológicos

Figura 1 – Modelo de avaliação em saúde, segundo Donabedian⁵.

Fonte: Reprodução de Donabedian⁵.

Ao avaliar uma ação específica de saúde, a característica técnica é prioritária, devendo-se observar se os padrões de excelência são obedecidos no processo de execução. Além disso, por exemplo, pode-se avaliar a cobertura da ação e seu impacto sobre a saúde da população. Estes diferentes aspectos podem ser perfeitamente contemplados na proposta de avaliação de Donabedian, por meio da tríade estrutura–processo–resultado⁵.

O processo de avaliação requer alguns cuidados, entre eles⁶:

- Analisar os dados (indicadores) produzidos no processo de trabalho relacionando-os ao contexto em que ocorre a experiência, gerando informações;
- Verificar se os objetivos planejados foram ou não alcançados e que fatores restringem ou contribuem para o seu alcance;
- Identificar quais foram as consequências das atividades realizadas, intencionais e não intencionais;
- Documentar as informações sobre as atividades de sucesso, os desafios, o alcance ou não dos objetivos e as oportunidades de melhoria.

Ao avaliar, é preciso considerar que a prática tem aspectos quantitativos e qualitativos e que ambos são importantes e estão inter-relacionados. A avaliação é um processo de reflexão crítica sobre a prática (coletiva e individual) e, se realizada de forma adequada,

permite identificar os avanços, as dificuldades e as limitações do processo de trabalho, bem como as possibilidades de superá-las⁶.

Avaliar o trabalho na área da saúde é uma necessidade/responsabilidade e pode ser uma forma de ampliar a participação das equipes de saúde promovendo a aprendizagem contínua. O processo de avaliação de forma participativa permite⁶:

- Qualificar e aperfeiçoar as ações;
- Incorporar a experiência dos que executam a ação;
- Motivar a equipe, a população e gestores (tomadores de decisão);
- Envolver a população e a equipe numa perspectiva educativo-participativa;
- Apoiar os processos de tomada de decisão.

Políticas de avaliação são mais efetivas quando sistematizadas, escritas e comunicadas a respeito do que pretendem fazer, que recursos devem ser investidos e quem são os responsáveis, para, assim, serem implementadas de forma consciente e consequente⁴.

INDICADORES DE SAÚDE: CONCEITO E USOS

Os indicadores de saúde podem ser definidos como instrumentos utilizados para medir uma realidade, um parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados do trabalho em saúde. E são importantes para verificação dos resultados das ações propostas dentro de um processo de planejamento e pode ser expresso como uma razão, uma proporção/taxa, médias, números absolutos, categorias ou um evento⁷.

Os indicadores revelam em que medida os objetivos estão sendo alcançados, considerando as metas previamente definidas. Na área da saúde, são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões de uma equipe de saúde e/ou de um gestor. Por meio deles, é possível detectar áreas de risco e evidenciar tendências. Além desses aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas⁷.

A eleição e a construção de indicadores

Recomenda-se que o indicador proposto esteja correlacionado à concepção metodológica escolhida para o processo de avaliação e que seja relevante, mensurável, sustentável e compreensível. Para buscar assegurar uma avaliação de qualidade, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)⁷ recomenda a observação de alguns atributos na construção dos indicadores, além de que eles sejam estratificados por indivíduo, espaço e tempo. Os atributos de um bom indicador são⁷:

- **Validade:** medir o que se supõe que deva ser medido;
- **Relevância:** possui características importantes para o processo de avaliação dos objetivos e metas estabelecidos;
- **Confiável / objetivo / reprodutível:** capacidade de se obter o mesmo resultado em situações semelhantes ou com a medição realizada por diferentes pessoas;
- **Sensibilidade:** captar mudanças ocorridas na situação;
- **Especificidade:** refletir apenas as mudanças acontecidas na situação em estudo;
- **Fácil obtenção / oportuno/ mensurável:** dados disponíveis ou fáceis de serem obtidos;
- **Simplicidade de cálculo:** facilmente definido, descrito e interpretado;
- **Factibilidade:** facilmente executado de forma sustentável;
- **Aceitabilidade / ético:** significa respeito ao direito de confidencialidade das informações dos indivíduos.

Na área da saúde, tem sido comum que os indicadores sejam estabelecidos a partir da tríade proposta para a avaliação em saúde por Donabedian⁵.

- **Estrutura** - Refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Exemplos de indicadores: número total de médicos para atender a população adscrita; número de equipamentos por sala comparado ao quantitativo de consultas/atendimentos esperados; número total de equipamentos em manutenção, entre outros.
- **Processo** - Relaciona-se ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados. Exemplos de indicadores: número de telemonitoramento por mês ou ano; percentual de cobertura de consultas de pré-natal, de rastreamento de câncer, de puericultura, de hipertensos, de diabéticos; número de pessoas inscritas no serviço de APS; entre outros.
- **Resultado** - Diz respeito às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações vinculadas ao serviço de APS. Exemplos de indicadores: percentual de hipertensos com pressão arterial controlada, de diabéticos com glicemia controlada, de asmáticos controlados; custo per capita; custo evitado (*saving*) no período analisado; número de beneficiários com satisfação medida pelo NPS acima de 70⁸, entre outros.

Aprofundando um pouco mais a aplicação dos indicadores no cotidiano do trabalho: imagine que o serviço de APS possui uma Linha de Cuidado ou Ação Programática para o gerenciamento das pessoas com condições crônicas de saúde, por exemplo, hipertensão e diabetes. Que indicadores poderiam ser implementados e monitorados? Considere que estas pessoas serão acompanhadas em Consulta de Enfermagem, portanto,

em relação aos indicadores de estrutura para que a enfermagem faça a navegação dos pacientes seria necessário: *headset*, gravação das ligações, plataforma para teleatendimento com videochamada etc. Quanto aos indicadores de processo, o número de pessoas acompanhadas, o número de consultas presenciais, o número de consulta por telemonitoramento, entre outras. Quanto aos indicadores de resultado, o percentual de hipertensos com pressão arterial controlada, de diabéticos com glicemia controlada, satisfação dos usuários em relação à Consulta de Enfermagem, entre outros.

No planejamento do trabalho, a equipe ou gestores ou ambos precisam escolher que tipo e quais indicadores serão utilizados, qual (is) reflete (m) melhor o (s) resultado (s) esperado (s) das ações planejadas e, também, para a Empresa ou Operadora (como a viabilidade do negócio). A partir desta escolha, serão definidas as fontes de verificação e os instrumentos de coleta de dados, uma vez que a “alimentação” correta destes instrumentos é condição necessária para obtenção do resultado do processo de forma que reflita a situação real. Qualquer inconsistência nas fontes de verificação poderá comprometer o valor da informação e, portanto, o resultado. Quanto mais simples e compreensível for o instrumento de coleta de informações, melhor será essa captação e seu resultado. Neste sentido, destaca-se a importância dos sistemas de informação na qualificação do processo. A qualidade dos indicadores depende da qualidade da fonte de verificação e dos dados⁷.

Definição e qualificação do indicador de saúde a ser avaliado

Para avaliar um indicador, o seu propósito e atributos precisam ser bem definidos. Ter clareza do indicador vai além de conhecer e descrever adequadamente o numerador e o denominador (se assim for construído). Algumas publicações (RIPSA, UNAIDS e a Lista de Referência Global da OMS de 100 Indicadores Essenciais) são referências úteis para esta análise⁷. A OMS recomenda verificar⁷:

- o título e a definição do indicador;
- o propósito e a fundamentação (determinar o que será medido);
- o método de mensuração ou cálculo do indicador;
- as fontes de verificação dos dados do indicador (instituições responsáveis e sistemas de informação);
- o método de coleta de dados;
- a frequência de coleta de dados;
- o nível de desagregação dos dados requeridos;
- as diretrizes para interpretação e uso do indicador;
- os pontos fortes, limitações e desafios do indicador; e
- a necessidade ou não de utilizar outras fontes de informação.

A avaliação dos indicadores de saúde deve envolver, se possível, os responsáveis pela produção, análise e interpretação dos dados e da informação. Eles devem conhecer os processos a serem realizados para monitorar as tendências e os contextos locais, regionais e nacionais. Convém lembrar que a maioria dos dados e as informações em saúde são produzidas em nível local por profissionais que conhecem melhor as características, pontos fortes e as limitações destes dados e da informação derivada. A necessidade de dispor na área de saúde de informação contínua e de qualidade é um forte motivo para fortalecer o uso dos sistemas de informação em saúde. Estes são ferramentas importantes para a coleta de dados para os indicadores e, quando eficientes, geram produtos que têm valor para a melhoria na atenção à saúde⁷.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS DADOS

O monitoramento dos dados sobre os cuidados em saúde prestados às pessoas, por meio de indicadores, aliado às análises dos profissionais, fornece informações para a avaliação dos processos de trabalho e para orientar a formulação e hierarquização de ações e estratégias de políticas de saúde. Fornece informações sobre a melhora ou a piora dos cuidados em saúde, promovendo maior transparência das informações para que gestores, equipes de saúde e beneficiários tenham informação para avaliar o contexto e tomar decisões⁷. Também é uma forma de identificar os problemas definidos como prioritários rapidamente, facilitando a quem compete tomar decisões e garantindo respostas mais ágeis aos problemas detectados⁷.

O monitoramento deve ser um processo contínuo e todas as suas fases têm papel importante, desde a captação e análise dos dados até a produção de relatórios com as informações coletadas, pois a confiança do usuário no indicador informado está relacionada à segurança de que os dados obtidos refletem a realidade, não sendo mera percepção não fundamentada⁷.

Cabe destacar que monitorar não é avaliar. O monitoramento é um processo que se preocupa com o rastreamento e coleta dos dados referentes aos indicadores estabelecidos nas metas de um projeto. Nesse sentido, os dados precisam ser “estressados”, ou seja, analisados, comparados e, por vezes, auditados, ou seja, têm de estar isentos de vieses de coleta e/ou de interpretação.

A avaliação requer a definição prévia dos indicadores monitorados – estes irão compor um resultado ou um conjunto de resultados — e deve demonstrar o impacto das intervenções planejadas. A avaliação se concentra na eficácia, sustentabilidade e replicabilidade, ou seja, se os resultados planejados foram alcançados; se a intervenção trará valor em longo prazo; e se a intervenção merece ser repetida, com base no custo-benefício, bem como em termos de seu sucesso na obtenção dos resultados planejados. Entretanto, para avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é fundamental monitorar os

indicadores para identificar se houve avanços, pontuar os obstáculos existentes, viabilizar o redirecionamento de ações previstas inicialmente no processo de planejamento, bem como delimitar novas estratégias para a melhoria dos processos de trabalho e alcance de maior resolutividade e eficiência (custo-benefício)⁷.

A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A melhoria contínua da qualidade (MCQ) em saúde pode ser conceituada como um compromisso de melhorar continuamente a qualidade do cuidado, centrando-se nas preferências e necessidades das pessoas que usam os serviços. Em pesquisa realizada em 2018, para analisar a experiência das equipes de APS do Município do Rio de Janeiro em utilizar ferramentas de MCQ no seu processo de trabalho, somente 10% dos profissionais informaram que utilizam indicadores em saúde para nortear as ações a serem discutidas em reunião. Apenas 14% conseguiram realizar o itinerário completo dos seminários de MCQ com apoio de toda a equipe⁹.

As equipes de saúde precisam conhecer o que é esperado para suas funções para poder monitorar e avaliar o próprio desempenho, identificando oportunidades de melhoria ou correção, bem como para implementar ações de prevenção, levando, assim, a um incremento contínuo do trabalho e, por conseguinte, do nível de saúde da população. Não basta atingir as metas e se acomodar diante dos resultados alcançados, é necessário evoluir continuamente adotando de forma proativa medidas de melhorias e de inovação¹⁰.

A avaliação da situação de saúde da população decorre, em grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da APS (sistemas de informação). Daí a importância de se compreender os processos avaliativos como integrantes do processo de trabalho e essenciais para orientação das práticas de saúde, pelas equipes¹⁰.

A utilização no serviço de saúde de um painel de bordo com os indicadores é uma ferramenta que possibilita a medição do desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas pactuadas, o que permite aos profissionais se autogerenciarem, buscando a melhoria contínua dos resultados assistenciais¹⁰. O painel de bordo elenca, para cada objetivo, uma série de dados a serem coletados nos prontuários, conforme exemplos apresentados no Quadro 1.

A prática reflexiva considera que os avaliadores devam se debruçar sistematicamente sobre si mesmos com o objetivo de verificar como estão em relação às necessidades de quem os demanda. Este é um exercício que precisa ser fortemente incorporado no processo de trabalho das equipes de saúde da APS.

O GESTOR E O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O sistema de gestão tem enorme importância para as organizações, pois trabalham na tomada de decisões estratégicas, visando a sustentabilidade dos negócios. A tomada de decisão precisa ser pautada em dados e informações sólidas e, assim, são desenvolvidos cuidadosos planejamentos, orçamentos, onde os objetivos estratégicos são monitorados e avaliados por meio de indicadores, o que irá possibilitar que os gestores possam acompanhar o desempenho das organizações (e de suas equipes) para implementar ações que mitiguem ou corrijam problemas ou, ainda, possam verificar que estão no caminho definido ou escolhido¹⁰. Para que a alta direção possa debater e definir os resultados, é preciso haver uma harmonização de entendimentos acerca do que pode ser reconhecido como tal¹¹.

Há algum tempo tem-se trabalhado na perspectiva de gerir os serviços de saúde de forma orientada por resultados e quando este norte é sustentado pela gestão como um todo, os processos de avaliação são mais sólidos¹².

Para gestão por resultados, encontram-se distintos conceitos, mas aqui apresenta-se as definições e conceitos Paulo¹¹, que destaca quatro dimensões: (a) resultado como referência-chave para todo o processo de gestão; (b) atribuição de responsabilidades aos resultados pretendidos; (c) integração dos processos de gestão; (d) valorização de uma cultura organizacional com ênfase nos resultados, e não nos processos¹¹.

As organizações devem estar preparadas para a condução de processos de avaliação que envolvam todos os setores e permitam as discussões entre suas diferentes equipes, promovendo a reflexão sobre os caminhos que podem ser traçados para atingir um objetivo comum para todos, que é o sucesso da empresa e a satisfação de seus clientes e colaboradores¹³.

Com o trabalho em equipe e uma gestão pautada em estratégias que promovam a discussão sobre a tomada de decisão, é possível atingir os objetivos propostos, considerando as diferentes variáveis e pontos críticos da atividade desenvolvida. A coleta, a análise, o tratamento de dados e as informações passam a ser fator de urgência, independentemente do segmento ou tamanho da organização e deve atender o nível estratégico (o mais elevado da organização, tendo a função essencial de equilibrar os interesses da instituição e a manutenção do seu meio), o tático (intermediário, a ele cabe assegurar a disponibilidade e organização de recursos, bem como a distribuição dos bens e/ou serviços da organização) e o operacional (deve assegurar o cumprimento das distintas tarefas, segundo suas particularidades, com a melhor eficiência e eficácia)¹⁴.

O plano estratégico deve comunicar, de forma clara e simples, quais são os resultados perseguidos pela organização e como eles podem ser mensurados, permitindo o monitoramento e a atribuição de responsabilidade. Esses resultados devem dirigir uma gestão integrada entre plano, orçamento e implementação, moldando a estrutura da organização e seus mecanismos de incentivo¹¹.

A UTILIZAÇÃO DO PCATOOL NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE APS

Uma forma de avaliação dos serviços de APS é o uso do Primary Care Assessment Tool (PCATool). O instrumento foi validado nos Estados Unidos da América (USA) e possui um conjunto de 92 itens com confiabilidade e validade suficientes para avaliar aspectos de estrutura e processo da orientação à APS¹⁵.

No Brasil, a versão do PCATool-Infantil aplicada aos cuidadores da população menor de dois anos de idade, usuários dos serviços da rede de atenção básica da região sul de Porto Alegre (RS), foi validada em 2004 (revisada em 2012) e contempla os atributos essenciais e derivados¹⁵.

Em estudo de validação realizado entre 2006-2007 (reavaliado em 2013), com a versão do PCATool para adultos, também na rede de serviços de Porto Alegre (RS), deu origem a um instrumento composto de 86 itens, que apresentou excelentes resultados de confiabilidade e revelou-se uma ferramenta adequada para captar a orientação à APS¹⁵. O PCATool-Brasil adulto possui três itens que medem o grau de afiliação do beneficiário/ usuário com o serviço de saúde e 85 itens relacionados aos atributos da APS. Após estudos, viu-se ser possível uma versão reduzida do PCATool-Brasil, com maior capacidade de uso no cotidiano dos serviços. Para saber mais, acessar:

1. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG da, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. RevBrasMedFam Comunidade [Internet]. 4 de outubro de 2013 [acessado em 2022 Mar 09]; 8(29):274-8. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil. [Internet] 2020 [acessado em 2022 Mar 09]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf
3. Website [Internet] 2022. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **PCATool-Brasil**. [acessado em 2022 Mar 09]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/pcatbrasil/#home>

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Um Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser definido como conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde¹⁶. É inegável a sua importância para a avaliação dos serviços, em qualquer processo ou nível de complexidade¹⁶.

A informação é fonte fundamental para o desencadeamento de ações pautadas na realidade local e para a possibilidade de programação prévia, assim como identificação de obstáculos a serem transpostos. Mas é necessário primeiramente que esta seja clara e acessível para permitir sua real compreensão¹⁷.

A forma com que o SIS for desenvolvido pode determinar o nível de qualidade dos dados e as possibilidades de avaliação, seja para tomada de decisão gerencial ou técnica.

Sistemas de Informações abertos, com poucos parâmetros e inteligência, tendem a ser, apenas, uma versão digital dos prontuários físicos.

As etapas de processamento, análise e transmissão da informação estão diretamente relacionadas às definições prévias, de onde quer se chegar, qual nível de informação é determinante para que seja possível auxiliar na garantia da operacionalização dos atributos da APS e conforme avançar na avaliação de valor em saúde.

O Sistema de Informação deve ser desenvolvido considerando as necessidades de avaliação, de estrutura, processos e resultados, bem como as demandas diárias dos processos de trabalho para atenção à saúde qualificada da população.

O sistema de informação como ferramenta para avaliação

Vimos anteriormente como podem ser organizados os indicadores de um serviço de saúde considerando o modelo estabelecido a partir da tríade proposta para a avaliação em saúde por Donabedian⁵. No Quadro 1, exemplifica-se como o sistema de informação pode efetivamente contribuir para que a avaliação seja realizada descrevendo-se no painel de bordo os três componentes da tríade de avaliação, os indicadores estabelecidos para cada componente, o tipo de dado que compõe o indicador e, por fim, a origem dos dados que serão coletados.

COMPONENTE	INDICADOR	DADO	ENTRADAS DE DADOS
ESTRUTURA	Acesso avançado (AA) ao atendimento	Profissional horário de atendimento, agenda (data e hora), horários disponíveis para AA e reservados	Agenda dos profissionais de saúde
	Acesso aos profissionais de saúde	Quantidade de equipes, pessoas cadastradas por equipe, sexo, faixa etária	Cadastro dos profissionais, cadastro dos beneficiários
	Utilização da capacidade instalada	Horários disponíveis para atendimento, horários da agenda utilizados	Agenda dos profissionais de saúde
	Registro na APS	Dados cadastrais, equipe	Cadastro dos beneficiários ou data da primeira consulta
PROCESSO	Cobertura de consulta médica	Consultas realizadas, data, data do cadastramento, dados cadastrais dos beneficiários, ano	Prontuário do paciente, cadastramento
	Cobertura de exames de rastreamento	Exame realizado (por tipo de exame), data da realização, beneficiário, sexo, faixa etária	Prontuário do paciente ou pagamento aos exames e cadastramento
	Cobertura de telemonitoramento	Telemonitoramento realizado, data da realização, data do cadastramento, beneficiário cadastrado	Prontuário do paciente cadastramento
	Cobertura dos atendimentos, conforme as linhas de cuidado	Atendimentos e exames realizados, data da realização, beneficiário, sexo, faixa etária, linha de cuidado	Prontuário do paciente ou pagamento aos exames/ atendimentos e cadastramento. Obs.: as linhas de cuidado podem estar parametrizadas no próprio prontuário ou em sistema específico
	Satisfação dos beneficiários	Pesquisa de satisfação	Pesquisa de satisfação
	Doença crônica compensada	CID, data do diagnóstico, data do último registro de verificação, tabela de parâmetros de compensados, beneficiário	Prontuário do paciente
RESULTADOS	Custo assistencial	Valores pagos pelos serviços realizados, beneficiário, faixa etária, sexo, tipo de atendimento, tabela de parâmetros de valor, linha de cuidado	Pagamentos aos serviços de saúde, cadastramento
	Internações evitadas por Condições Sensíveis à APS (CSAPS)	Beneficiário, motivo da internação ou CID da alta, data da internação e de alta, parâmetros para internações por CSAPS	Prontuário do paciente, motivo da internação (essa entrada dependerá do processo definido para obtenção do dado), cadastramento, pagamento do hospital

Quadro 1 : Painel de bordo com os elementos coletados no Sistema de Informação que compoirão o processo de avaliação do serviço.

Fonte: elaborado pelos autores.

Os dados necessários para formatar a avaliação da estrutura, processo e resultados da APS também podem ser estratificados em equipe, profissional e/ou beneficiário, dependendo do objetivo da avaliação e sua audiência.

Considerando que Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, não podemos deixar de abordar a essencialidade da integração de dados, com objetivo de englobar o plano terapêutico, em todos os níveis de atenção. Juntando os dados por meio de utilização de prontuário único ou de captação e compartilhamento entre os serviços (consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais), é possível a realização efetiva da gestão do cuidado¹⁶.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Registros da atenção à saúde prestada à população são essenciais e devem conter todo o histórico do paciente, desde o nascimento até a morte. As informações servem para adequar e direcionar o cuidado em saúde da equipe multiprofissional. Além disso, dão suporte à pesquisa, ao ensino e ao gerenciamento dos serviços, e são também um documento legal dos atos realizados pelas equipes de saúde¹⁸.

A Resolução do CFM 1.638/2002 define que prontuário é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo¹⁸.

Conforme Bárbara Starfield¹⁹, os prontuários e os sistemas de informações servem a quatro funções: (a) para auxiliar a memória dos profissionais no cuidado da saúde das pessoas e como uma ferramenta epidemiológica no planejamento da atenção à saúde das populações; (b) são documentos legais importantes, pois refletem a atenção prestada e fornecem evidências quando estas são colocadas à prova; (c) influenciam os processos de atenção; e (d) servem como fonte de informações a respeito da qualidade da atenção e indicam como melhorá-las¹⁹.

Os prontuários em papel são as formas mais tradicionais. Todavia, esse tipo de documento é exposto aos riscos de quebra de privacidade e de extravio. Existe, ainda, a dificuldade para recuperação de informações importantes para tomada de decisão e/ou que devem ser compartilhadas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Desta forma, a utilização de ferramentas de registro eletrônico, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), se torna imprescindível para a solução dos riscos relacionados ao manejo das informações e para evoluir em plataformas de interoperabilidade.

Existem diversas formas de registro em prontuário e um exemplo é o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS): o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). Conhecido como História Clínica Orientada ao Problema (HCOP), este modelo foi elaborado por Lawrence Weed, em 1960, por meio dos trabalhos *Medical records that*

guide and teach e Medical records, medical education and patient care. Os trabalhos consolidaram a forma de registro orientado por problemas e incorporaram o método SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) para registro da evolução clínica¹⁹.

A dificuldade na área, segundo Rakel²⁰, “é um problema em qualquer item fisiológico, patológico, psicológico ou social, que seja de interesse para os profissionais de saúde ou para os pacientes”.

Embora o Sistema de Saúde registre como problema o que foi apontado acima, é importante considerar o novo conceito de “condição de saúde”, desenvolvido, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica e, depois, acolhido pela Organização Mundial da Saúde, dividido em condições agudas e crônicas. Segundo Mendes²¹, “às condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias”.

A forma como o PEP será construída direciona para uma determinada concepção na forma de prestar atenção à saúde, portanto, fundamentá-lo na perspectiva da identificação das condições de saúde e história de vida pode potencializar o trabalho da equipe multiprofissional na direção do cuidado integral e integrado, bem como da longitudinalidade e da ampliação do vínculo. Conforme citado anteriormente, uma das funções do prontuário é influenciar o processo de atenção. À medida que o prontuário é idealizado e formatado como ferramenta para o auxílio dos cuidados em saúde, ele pode tornar-se um potencializador dos resultados.

A utilização de ferramentas de registro de saúde eletrônico vem aumentando nos últimos anos. Dados de 2021 da *National Survey of Canadian Physicians* mostram que, de 2017 até 2021, o uso entre os profissionais cresceu de 82% para 87%. Esse fato retrata a importância da compreensão sobre as ferramentas eletrônicas para os registros²². O primeiro passo para o entendimento sobre o PEP é conhecer os itens que o compõem. De acordo com a Resolução CFM N° 1.638, de 10 de julho de 2002¹⁸, os componentes do PEP são:

- a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais ele foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do Conselho Profissional;

e) Nos casos emergenciais, nos quais é impossível a colheita da história clínica do paciente, deverá constar relato completo da avaliação e todos os procedimentos realizados para o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Além dos cinco itens citados, os aspectos não funcionais dos PEPs são imprescindíveis para o sucesso da utilização e do engajamento dos atores envolvidos no processo. Dentre eles, pode-se citar a usabilidade, a qual deve ser maximizada para ganhos em adesão, eficiência e qualidade do registro da atenção aos usuários.

A Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007²³, ainda traz outros aspectos que levantam atenção aos usuários e desenvolvedores de sistemas de PEPs relacionados à segurança e controle das informações. A legislação refere-se ao Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SBIS) como direcionador dos aspectos que autorizam a dispensa da guarda em papel e prontuários²⁴. Sendo assim, para que um PEP esteja apto a substituir plenamente a guarda de papéis, deve-se atender os requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS 2), relativo ao SBIS. A seguir descreve-se a definição dos níveis de garantia de segurança conforme o Manual de Certificação²⁴:

- **Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS1):** padrão mínimo de segurança da informação, o qual estabelece todos os elementos essenciais necessários para uma operação segura e com garantia do sigilo dos dados registrados no sistema, não se aplicando, contudo, aos sistemas que pretendem eliminar a impressão de registros em papel ²⁴.
- **Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2):** além de contemplar todos os requisitos do NGS1, incorpora também recursos de Certificação Digital necessários para que o sistema opere sem a geração de registros em papel (paperless)²⁴.

A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)²⁵ determina as condutas a serem adotadas para o tratamento de dados pessoais no Brasil, descritas assim no seu texto original: “...dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.” A legislação, portanto, traz novos alicerces para a proteção e privacidade de dados dos indivíduos.

Para melhor compreensão da lei, destacam-se dois aspectos a serem observados: os princípios (características prévias e a boa-fé) e as hipóteses de bases legais para tratamento de dados²⁵. São eles²⁵:

- I. finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;
- II. adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;
- III. necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;
- IV. livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais;
- V. qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;
- VI. transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;
- VII. segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;
- VIII. prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;
- IX. não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;
- X. responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

Além da apresentação dos princípios como parâmetros fundamentais para o direcionamento do tratamento de dados, a lei traz as hipóteses, ou bases legais, nas quais os dados pessoais podem ser aplicados e tratados por terceiros. São elas²⁵:

- I. mediante o fornecimento de consentimento pelo titular;
- II. para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;
- III. pela administração pública, para o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas públicas previstas em leis e regulamentos ou respaldadas em contratos, convênios ou instrumentos congêneres, observadas as disposições do Capítulo IV desta Lei;

- IV. para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;
- V. quando necessário para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, a pedido do titular dos dados;
- VI. para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- VII. para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;
- VIII. para a tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais da área da saúde ou por entidades sanitárias;
- IX. para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
- X. quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem os direitos e liberdades fundamentais do titular de forma que exijam a proteção dos dados pessoais; ou
- XI. para a proteção do crédito, inclusive quanto ao disposto na legislação pertinente.

Tendo o entendimento destes pontos, várias organizações de saúde têm buscado a adequação à lei e seus pressupostos. Estas frentes de ação têm gerado muitas dúvidas e questionamentos sobre quais pontos devem ser levados em consideração e quais os possíveis impactos a serem gerados contra a organização.

Considerando o papel, definido na LGPD²⁵, de controlador dos dados como a entidade responsável pela gestão dos sistemas informacionais que tratam informações pessoais, há várias organizações que se enquadram para esse papel, dependendo do processo definido. São elas: as operadoras, as agências governamentais e prestadores, entre outras. Aos controladores, após o advento da LGPD, cabe uma reavaliação na forma de gerenciar os dados. Segundo Gregori²⁶, passarão a ter limitações no acesso de informações, pois todos os dados pessoais e, especialmente os sensíveis, precisarão seguir um ritual de gestão próprio. Será necessário instituir dentro das empresas a figura do encarregado pelo tratamento de todos os dados pessoais disponíveis, que será o responsável em implantar a LGPD na empresa; precisarão definir qual a real necessidade e destinação dos dados para o negócio; depois que tiverem certeza de que necessitam de determinado dado pessoal, deverão solicitar previamente o consentimento expresso com finalidade determinada do respectivo titular dos dados²⁶.

Observa-se que a LGPD traz ao cidadão uma segurança maior quanto à manipulação de seus dados e, em contrapartida, aos gestores, uma maior atenção aos princípios definidos na lei. A adequação não é resolvida apenas com a aquisição de um determinado sistema de informação ou a definição de um encarregado de dados, é necessário que se avalie a necessidade das informações tratadas e ainda todo o processo que seguem.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro, LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde Soc. São Paulo*, v.28, n.2, p.95-110, [Internet] 2019. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2019.v28n2/95-110/pt>
2. Teston LM, Mendes A, Carnut L, Louvison M. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310127, [Internet] 2021. [acesso em 2022 Jan 28]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sz9vrSpWGLJ9jSjQ4hr7hWf/?format=pdf&lang=pt>
3. Contandriopoulos AP, ChampagneF, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, [Internet] 1997. p. 29-47. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zctf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>
4. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, Alves CKA, Hartz Z. Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12):5017-5028, [Internet] 2020. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fDNhNcTfsGDLBjN3Frzh8CK/?format=pdf&lang=pt>
5. Donabedian, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
6. UNA-SUS, Universidade Federal de Santa Catarina. *Gestão e Avaliação: avaliação em sistemas locais de saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Gestão e Avaliação na Atenção Básica. Eixo II - O Trabalho na Atenção Básica. 2ª edição*, 2017. [Acesso em 2022 Jan 27]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35068/mod_resource/content/1/Unidade%203/top1_1.htmlhttps://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35068/mod_resource/content/1/Unidade%203/top1_1.html
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos*. Washington, DC: OPAS, 2018. [Acesso em 2022 jan. 27]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057><https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>
8. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1189-1196, [internet] 2020. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPTj4CVFGtSjYKPbnbyzD/?format=pdf&lang=pt>
9. Ramos M, Brandão AL, Graever L, Campos CEA. Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 26 de setembro de 2021 [acesso 2022 fev. 24];16(43):2736. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2736>
10. CONASS. *Planificação da Atenção à Saúde. Oficina 6: Monitorando e avaliação na Atenção Primária à Saúde; 17ª CRS. Guia do participante*. Rio Grande do Sul. [Internet] 2019. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://atencaoabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/12085035-oficina-vi-monitoramento-e-avaliacao.pdf>
11. Paulo LFA. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [3]: 981-1007, 2016. [acesso 2022 Fev 24]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Y5VYdpKtMVZkhK4KwGj4pGy/?format=pdf&lang=pt>

12. Bezerra, LCA. Gestão e avaliação do desempenho com foco nos resultados: estudo de caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Dissertação para a obtenção do grau de doutor em saúde internacional especialidade de políticas de saúde e desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Julho de 2019. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/104836/1/TESE_final.pdf
13. Maier JAR, Ferreira HS. A importância da tomada de decisões para a inovação e mudança nos ambientes organizacionais: Business Intelligence e Planejamento de Recursos na empresa (ERP) como fatores estratégicos. v. 7 ed. especial (2021): RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128
14. OLIVEIRA DPR. Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas. 30 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2012.
15. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. [Internet]. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):256-63. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/823>
16. Ferreira, SMGF. Sistema de Informação em Saúde. Conceitos Fundamentais e Organizacionais. Oficina de Capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área da saúde. NESCON/FM/UFGM. Tema: Sistema de Informação em Saúde. [internet] Abril 1999. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>
17. Wurman, R. S. Ansiedade de Informação: como transformar informação em compreensão. Tradução de Virgílio Freire. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1991.
18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.638/2002 (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf
19. Starfield, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
20. Rakel, R. E. Tratado de Medicina de Família. Editora Guanabara Koogan, 1995.
21. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
22. CANADA HEALTH INFOWAY. 2021 National Survey of Canadian Physicians - Quantitative Market Research Report. LEGER. 2021. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/resources/reports/benefits-evaluation/3935-2021-national-survey-of-canadian-physicians>
23. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM Nº 1.821/2007 (Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg.252). Modificada pela Resolução Nº 2.218/2018. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>
24. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (SBIS). Manual de Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. Versão 5.1. 2021. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: http://novosite.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_S-RES_SBIS_v5.1.pdf

25. Brasil. LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 Dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. 2018. [acesso 2022 fev. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

26. Gregori, Maria Stella. Os impactos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais na saúde suplementar. Revista de Direito do Consumidor. vol. 127. ano 29. p. 171-196. São Paulo: Ed. RT, jan.-fev./2020. [acesso 2022 Fev 24]. Disponível em: <https://revistadedireitodoconsumidor.emnuvens.com.br/rdc/article/view/1268/1189>