

# A percepção sobre o uso de inovações digitais na Atenção Primária À Saúde em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro

Perception of the use of digital innovations in primary health care in a medium-sized municipality in the state of Rio de Janeiro

Percepción del uso de innovaciones digitales en la atención primaria de salud en un municipio de tamaño medio del estado de Río de Janeiro

Lucas Ribeiro Santa Anna<sup>1</sup>, Matheus Santos de Macedo Soares<sup>2</sup>, Marcos Alex Mendes da Silva<sup>3</sup>

**Como citar esse artigo.** Santa Anna, LR. Soares, MSM. Silva, MAM. A percepção sobre o uso de inovações digitais na Atenção Primária à Saúde em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro. Rev Pró-UniverSUS. 2026; 17(1):01-05.

## Resumo

A atenção Primária à Saúde (APS) tem sido trabalhada mundialmente desde que se percebeu que o seu avanço levaria à melhora na qualidade vida das pessoas, pensando que suas ações seriam capazes de enfrentar os determinantes sociais do processo saúde adoecimento. Entretanto, seu desenvolvimento dependeu da incorporação de novas tecnologias que respondessem à nova forma de produção de ações de saúde. O objetivo do trabalho é conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre as inovações digitais adotadas na APS, que favoreceram o processo de trabalho multiprofissional. Trata-se de um estudo observacional e exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro. Foram entrevistados nove profissionais de saúde alocados em duas unidades de APS, sendo que a reincidência das respostas foi o parâmetro limitador do grupo de sujeitos, possível em estudos qualitativos. Foi aplicado questionário semiestruturado, com perguntas abertas que permitissem a exposição da opinião dos sujeitos sobre o tema, e o referencial teórico adotado para interpretação dos dados foi a análise de conteúdo. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 67654223.3.0000.5290. Durante o processo de análise emergiram duas categorias: as inovações na assistência à saúde, que abrangem o horário de atendimento do usuário, a efetivação do conceito de clínica ampliada, o quantitativo da população adscrita e a acessibilidade; e as inovações digitais, que envolvem a falta de ferramentas de comunicação, o uso do prontuário digital e o teleatendimento. Embora os serviços de saúde tenham adotado inovações em ambas as categorias após a pandemia da Covid-19, no presente estudo, foram apontadas apenas duas inovações na APS: a acessibilidade entre profissionais e usuários e o uso do prontuário eletrônico. Conclui-se que essas duas inovações já estavam presentes nos documentos oficiais da Política Nacional de Atenção Básica, portanto já não são inovadoras atualmente, e o que se esperava como inovação impulsionada pela pandemia e pelo avanço digital, a exemplo do teleatendimento, não esteve presente nas percepções relatadas.

**Palavras-Chave:** Inovação Em Saúde; Saúde Digital; Atenção Primária à Saúde.

## Abstract

Primary Health Care (PHC) has been a global focus since it was recognized that its advancement would lead to improved quality of life, with the belief that its actions would address the social determinants of the health-illness process. However, its development depended on the incorporation of new technologies that respond to the new way of delivering health actions. The objective of this study is to understand health professionals' perceptions of the digital innovations adopted in PHC, which have favored the multidisciplinary work process. This is an observational and exploratory study, qualitative in nature, conducted in a medium-sized municipality in the state of Rio de Janeiro. Nine health professionals assigned to two PHC units were interviewed, with recurrence of responses serving as the limiting parameter for the subject group, a possible approach in qualitative studies. A semi-structured questionnaire was administered with open-ended questions that allowed participants to express their opinions on the topic, and the theoretical framework adopted for data interpretation was content analysis. This study was approved by the Research Ethics Committee under number CAAE 67654223.3.0000.5290. During the analysis process, two categories emerged: innovations in healthcare, which encompass user service hours, the implementation of the expanded clinic concept, the size of the enrolled population, and accessibility; and digital innovations, which involve the lack of communication tools, the use of digital medical records, and telehealth. Although healthcare services adopted innovations in both categories after the COVID-19 pandemic, this study identified only two innovations in PHC: accessibility between professionals and users and the use of electronic medical records. It can be concluded that these two innovations were already present in the official documents of the National Primary Care Policy and are therefore no longer innovative today. What was expected as innovation driven by the pandemic and digital advancement, such as telehealth, was not present in the reported perceptions.

**Keywords:** Health Innovation; Digital Health; Primary Health Care.

## Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido un enfoque global desde que se reconoció que su avance conduciría a una mejor calidad de vida, con la creencia de que sus acciones abordarían los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, su desarrollo dependió de la incorporación de nuevas tecnologías que responden a la nueva forma de brindar acciones de salud. El objetivo de este estudio es comprender las percepciones de los profesionales de la salud sobre las innovaciones digitales adoptadas en la APS, que han favorecido el proceso de trabajo multidisciplinario. Se trata de un estudio observacional y exploratorio, de naturaleza cualitativa, realizado en un municipio de tamaño mediano en el estado de Río de Janeiro. Se entrevistó a nueve profesionales de la salud asignados a dos unidades de APS, siendo la recurrencia de las respuestas el parámetro limitante para el grupo de sujetos, un posible enfoque en estudios cualitativos. Se administró un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas que permitieron a los participantes expresar sus opiniones sobre el tema, y el marco teórico adoptado para la interpretación de los datos fue el análisis de contenido. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el número CAAE 67654223.3.0000.5290. Durante el proceso de análisis, emergieron dos categorías: innovaciones en atención médica, que abarcan los horarios de atención al usuario, la implementación del concepto de clínica ampliada, el tamaño de la población inscrita y la accesibilidad; e innovaciones digitales, que involucran la falta de herramientas de comunicación, el uso de historias clínicas digitales y la telesalud. Si bien los servicios de salud adoptaron innovaciones en ambas categorías después de la pandemia de COVID-19, este estudio identificó solo dos innovaciones en APS: la accesibilidad entre profesionales y usuarios y el uso de historias clínicas electrónicas. Se puede concluir que estas dos innovaciones ya estaban presentes en los documentos oficiales de la Política Nacional de Atención Primaria y, por lo tanto, ya no son innovadoras en la actualidad. Lo que se esperaba como innovación impulsada por la pandemia y el avance digital, como la telesalud, no estuvo presente en las percepciones reportadas.

**Palabras Clave:** Innovación Sanitaria; Salud Digital; Atención Primaria De Salud.

## Afiliação dos autores:

1 Discente (Graduação) do Curso de Odontologia do Instituto de Saúde de Nova Friburgo- Universidade Federal Fluminense, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail:lucassanta@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1349-8617>

2 Discente (Graduação) do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4404-4555>

3 Docente do Curso de Odontologia do Instituto de Saúde de Nova Friburgo-Universidade Federal Fluminense. Doutor em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, na área de concentração de Saúde Coletiva, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [marcosalexmendes@uol.com.br](mailto:marcosalexmendes@uol.com.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4059-925X>

E-mail de correspondência: [lucassanta@id.uff.br](mailto:lucassanta@id.uff.br)

Recebido em: 09/10/25. Aceito em: 27/11/25.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) avançou mundialmente quando se percebeu que a melhoria da qualidade de vida das pessoas estava atrelada a uma mudança paradigmática que a colocasse no centro das ações de saúde, capazes de enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença e valorizar a promoção de saúde. Os documentos oficiais que relatam esse avanço e colocam a promoção de saúde como objeto das práticas desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1978), passando pela Carta de Ottawa (1986) até chegar às Estratégias de Saúde Digital do mundo globalizado propostas pela OMS, reforçam o direito universal à saúde por meio da adoção de ações promocionais e da incorporação de inovações digitais no cuidado<sup>1,2</sup>.

No Brasil, a APS passou a ser a ordenadora do cuidado em saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, e reorientadora do modelo de atenção de saúde a partir do formato das redes de atenção à saúde adotado pelo sistema. Essa mudança sucedeu a implantação das primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e foi fortalecida pelas redes temáticas prioritárias, que protegeram o fluxo dos usuários e os agruparam segundo suas necessidades<sup>3</sup>.

Com a implementação das equipes da ESF, o processo de trabalho da APS modificou, levando à incorporação de novas tecnologias, dando início a um novo modelo assistencial, com a oferta de ações de saúde integradas, com o desenvolvimento de novas habilidades a serem desenvolvidas em equipes multiprofissionais, priorizando as reais necessidades das populações<sup>4,5</sup>.

Tais mudanças constituíram inovações assistenciais naquele momento e são descritas por meio dos processos que as envolvem, podendo estar ligadas às relações/processos; aos equipamentos/recursos unicamente; ou combinarem as anteriores<sup>4</sup>, a partir das quais se cria uma interpretação ampliada da prática profissional que não se resume somente à operação de equipamentos ou máquinas de diagnósticos e conclusão de exames, mas circunscreve a expressão a saúde como um trabalho vivo, isto é, dinâmico e georeferenciado<sup>5</sup>. No entanto, as inovações digitais só foram adotadas quando o impulso tecnológico do país permitiu democratizar o seu acesso e sua incorporação.

Diante do exposto, este artigo busca conhecer a percepção dos profissionais de saúde da APS, sobre as inovações adotadas, sobretudo as digitais, que favoreceram o processo de trabalho em um município de médio porte na região serrana do estado do Rio de Janeiro.

## Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, com abordagem qualitativa, por considerá-la a estratégia ideal para se compreender percepções, pois aproxima sujeito e objeto, considerando-os da mesma natureza. Ela está relacionada aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas<sup>6</sup>.

A pesquisa qualitativa trabalha com as crenças, representações, significados, hábitos, atitudes e opiniões subjetivas, que compõem o senso comum coletivo, construtor da realidade social<sup>6</sup>.

Os limites do estudo correspondem àqueles próprios da abordagem qualitativa, que trabalha com a subjetividade e os sentidos, sem compromisso com a generalização do objeto de estudo e nem com grupos de sujeitos numericamente expressivos, mas sim, com a abordagem de um grupo intencionalmente escolhido e limitado pela reincidência da informação coletada.

O grupo de sujeitos deste estudo foi composto por profissionais de saúde alocados nas unidades de APS de um município de médio porte da região serrana do estado do Rio de Janeiro, cujos dados foram limitados pela reincidência das respostas, possível em estudos qualitativos com o objetivo central na qualidade das informações. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas por pesquisadores, na qual cada participante respondeu presencialmente as perguntas do roteiro, que foi construído, baseado nos itens inovadores do instrumento do programa de avaliação da melhoria e da qualidade do acesso à APS (PMAQ AB).

Cabe destacar que, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo o uso das informações para fins acadêmicos, seguindo as orientações da Resolução 466/2012 para a realização de pesquisas com seres humanos. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 67654223.3.0000.5290 e parecer número 6.069.558.

Os dados foram interpretados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>7</sup>, que gerou categorias de interpretação. Foram adotados os critérios organizacionais de subdivisão de fases na análise de conteúdo, propostos pela autora, como instrumento para descrição de todo o conteúdo coletado, respeitando a riqueza de detalhes, com intuito de compreender o objeto do estudo. Essas fases são respectivamente: pré-análise, exploração do material e, por fim, tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados adquiridos.

## Resultados e discussão

O grupo de participantes foi composto por nove sujeitos, dos quais três eram homens e seis eram mulheres, vinculados a duas unidades de APS diferentes, sendo uma unidade básica de saúde e a outra, unidade saúde da família. Do grupo de sujeitos, 11 % possuíam ensino médio completo e 89% possuíam o ensino superior completo, definindo um grupo com boa instrução formal. Foram entrevistados três cirurgiões-dentistas, um agente comunitário de saúde, um técnico de enfermagem, dois enfermeiros e dois psicólogos. A média do tempo de trabalho desses profissionais no serviço de saúde foi de dez anos, com dois participantes com um ano de trabalho, e no outro extremo, outros dois com vinte e cinco anos. Para garantir o sigilo das informações e a não identificação do respondente, adotou-se as iniciais do nome para nomear as falas descritas no estudo.

Considerando um grupo experiente no trabalho e com alto nível de informação, a partir das suas falas, chegou-se a duas categorias de análise: as inovações na assistência à saúde e as inovações digitais, embora nem sempre presentes na rotina dos entrevistados, mas minimamente lembradas por eles.

### Inovações na assistência à saúde

Quando perguntados sobre a composição das equipes de trabalho, todos foram unânimes em afirmar que, tanto a unidade básica, quanto a unidade saúde da família, possuíam equipes multidisciplinares e apontaram quais profissionais as compunham, nas falas abaixo.

[...] Com a psicóloga, médica, enfermeira, técnica de enfermagem e dentistas (MGV)

[...] Médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeuta, enfermeiros (SABM)

Entretanto, a composição multidisciplinar das equipes não significava que os profissionais atuassem conjuntamente em reuniões de equipe ou durante as consultas aos usuários, o que constitui um enorme desafio na efetivação dos pressupostos da APS, que buscam a interprofissionalidade. Mais do que essa aproximação em reuniões, as consultas clínicas interdisciplinares ou

compartilhadas dificilmente acontecem, mesmo com diferentes profissionais presentes, pois depende da organização interna do próprio grupo de trabalho, dos objetivos conjuntos e da cultura de trabalho estabelecida. Em um estudo sobre as legislações regulatórias dos sistemas nacionais de saúde<sup>8</sup>, orientados pela APS, identificam em sua análise documental dispositivos que induzem ao trabalho em equipe, sem, contudo, mencionar claramente a realização de interconsultas ou consultas compartilhadas, essencial ao desenvolvimento da clínica ampliada, que constitui premissa desse tipo de sistema de saúde, como o SUS brasileiro, sobretudo no período pós pandêmico em que os dispositivos digitais favoreceram essa aproximação.

A clínica ampliada e compartilhada constitui a ferramenta adotada para incluir, durante a consulta clínica, outros saberes técnico científicos em benefício da terapêutica compartilhada com o cidadão, e tornou-se uma inovação em função da dificuldade de sua implementação, mesmo que o seu conceito já não fosse tão recente, pois compõe as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), implementada em 2009<sup>9,10</sup>.

Ainda assim, nenhum relato demonstra haver essa interação entre os profissionais ao ponto de atuarem conjuntamente durante as consultas clínicas terapêuticas, restringindo a interprofissionalidade somente às discussões de casos ocasionais ou às reuniões de equipe, quando realizadas.

Não foram percebidas inovações no horário de funcionamento das equipes de trabalho, pois todas funcionam regularmente de segunda a sexta-feira, de 7 às 17 horas, sem que houvesse nenhuma menção ao horário estendido, que prioriza trabalhadores impossibilitados de se deslocar até a unidade no horário comercial, assim como orientava a Política Nacional de Atenção Básica brasileira (PNAB) de 2012<sup>11</sup> e garantia às equipes de saúde, autonomia no arranjo dos horários de funcionamento com vistas a contemplar todos os segmentos populacionais, considerado uma inovação na época.

No sentido contrário, a PNAB<sup>12</sup> mais recente, por meio do programa Saúde na Hora, passou a priorizar o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea, cuja proposta permite o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com no mínimo três equipes, oferecendo atendimento de 60 horas semanais com flexibilização e redução de carga horária dos profissionais, prescindindo assim, do horário estendido. Tal medida incentiva a transformação das UBS, nos municípios de médio e grande porte, em unidades de pronto-atendimento, segundo Giovanella, Franco e Almeida<sup>13</sup>. Essa afirmativa, ao descaracterizar a APS como proposta pela PNAB de 2012, passa a não se preocupar com a longitudinalidade do cuidado e, portanto, não busca atendimento em horário diferenciado e contribui para enfraquecer a inovação da PNAB, como exposto nas falas dos sujeitos das duas unidades pesquisadas.

[...] Segunda a sexta de oito às cinco, quarenta horas semanais (DV)

[...] Manhã e à tarde, de oito à meio-dia e de uma às dezessete horas (CRC)

A ausência do horário de trabalho estendido associada a falta da efetivação da clínica ampliada no processo de trabalho, duas inovações assistenciais da PNAB<sup>11</sup>, prejudicam enormemente os atributos da APS, que pretende cuidar longitudinalmente das pessoas, incentivar a integralidade e o cuidado coordenado<sup>11</sup>.

Considerando a população adscrita a cada uma das unidades de saúde pesquisadas, observa-se que o parâmetro atende satisfatoriamente ao proposto pela PNAB<sup>14</sup> de até 3750 pessoas, entretanto, ultrapassa o recomendado quando se considera as orientações da PNAB de 2012<sup>11</sup>, e sobretudo a de 2017<sup>12</sup>, quando esta última resgata o atendimento por livre demanda, sem controle

eficaz desse quantitativo populacional que procura a unidade de saúde<sup>15</sup>.

[...] Aqui só possui uma equipe, estou na dúvida, mas acho que são aproximadamente três mil e pouco (MRLDS).

[...] A equipe tem três mil e poucas cadastradas, só ainda não conseguimos atingir a meta por conta da deficiência de agente comunitário de saúde pra cadastrar (CS).

[...] 3750 aproximadamente, sendo uma equipe só (GWS).

O número excessivo de pessoas adscritas a cada equipe e/ou o seu des controle favorecem a desorganização da atenção à saúde por não garantir o retorno do usuário no tempo programado, e quando o modelo passa adotar a demanda espontânea, ele desfaz a lógica do cuidado longitudinal, instala a lógica do cuidado episódico e transfere para a vontade do usuário a busca pelo atendimento em saúde. Essa desorganização da agenda da unidade de saúde alimentou durante muitos anos os indicadores desfavoráveis da APS, sem real controle das condições de saúde do indivíduo, o que poderia facilmente ser contornado com o uso de inovações digitais, tais como, o prontuário eletrônico do paciente (PEP), o contato pelo Whatsapp, e até mesmo o monitoramento remoto desse paciente pelo telefone. Entretanto, uma inovação apontada pelos atores foi a acessibilidade aos pacientes e aos gestores, constituindo elemento positivo no funcionamento da unidade de saúde e relação entre profissionais e usuários, expresso na fala desse profissional.

[...] Grande acessibilidade de pacientes, comunicação fácil com gestor, diretora da unidade, além de que essa diretora possui boa relação com a comunidade (LOS).

Esse tipo de inovação presente na fala de LOS, favorece a dinâmica da resolutividade na saúde na medida em que outorga ao usuário o papel de parceiro do cuidado proposto pelo profissional de saúde, tão necessário em projetos terapêuticos singulares para casos complexos em que o plano de ações deve ser compartilhado<sup>11,12</sup>.

### Inovações digitais

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, observa-se insatisfação com os encaminhamentos pela falta de qualidade dos serviços de atenção secundária e terciária, segundo DV, que impacta diretamente no cuidado prestado na APS, que ainda convive com a falta de tecnologias digitais, como telefone e internet para agilizar essa comunicação.

[...] Uma grande dificuldade é a Resolutividade, pois no município não possui níveis superiores de atenção. Na maioria das vezes não conseguimos dar ao nível de assistência mais especializado (DV).

[...] A ausência do telefone, às vezes falta de internet, a localidade é um pouco distante para os pacientes virem (CS).

O uso de tecnologias digitais na área de saúde não é recente, mas ganhou um grande impulso com a pandemia da COVID-19, que impôs novas formas de produção do cuidado, com o aumento da capacidade de processamento computacional, melhoria dos serviços de telecomunicação, realidade virtual aumentada, inteligência artificial, robótica e sistemas de informação interoperáveis<sup>16</sup>.

Esse ecossistema digital, que começou com o advento da internet e caminha hoje com tecnologias mais sofisticadas, acompanhando o desenvolvimento da informática na área de saúde, envolve teleatendimento, teleducação, redes colaborativas com uso da internet, inteligência artificial, robótica e deve ser colocado em prática com muita ética e responsabilidade, respeitando-se a legislação digital vigente<sup>16</sup>.

Quando o profissional sente falta do telefone, ou de outro meio de comunicação com os pacientes, ele demonstra a importância e os benefícios da tecnologia de informação e comunicação digital

(TICD) agregadas ao cuidado individualizado. Embora essa reclamação estivesse presente nas falas dos profissionais de uma unidade, na outra, eles utilizam o telefone como forma de contato com pacientes para esclarecer dúvidas. Porém, nessa unidade, as TICD disponíveis não passam da linha telefônica, muito aquém da transformação digital proposta pelo Programa SUS Digital<sup>17</sup>.

Cabe lembrar que, na unidade de saúde da família visitada, por estar distante do centro da cidade, não há meios de comunicação digital, enquanto na unidade básica de saúde, no centro, os profissionais dispõem de telefone, entretanto, em ambas, não se marca consulta por telefone, este serve apenas para dar informações sobre os atendimentos.

O atual Programa SUS Digital (PSD), que tem por objeto promover a transformação digital do sistema, com abordagem multidisciplinar, com escopo na intersecção entre tecnologia, informação e saúde, incorporando software, hardware e serviços, engloba os sistemas de informação interoperáveis, registro eletrônico de dados de saúde, aplicação da ciência de dados, inteligência artificial, telessaúde, aplicações móveis de saúde, dispositivos vestíveis, robótica aplicada, medicina personalizada, e internet das coisas, entre outros, voltados para o setor de saúde<sup>17</sup>.

Essa proposta de transformação digital no SUS já esteve presente na sua história com o Programa Telessaúde Brasil Redes, implantado em 2011, com o objetivo de apoiar tecnicamente equipes saúde da família em áreas mais remotas<sup>18</sup>. Ao longo dos anos que se seguiram a sua implantação, houve uma descontinuidade em vários núcleos de telessaúde espalhados pelo país, portanto, resgatar tais iniciativas digitais torna-se novamente uma inovação a serviço do cuidado em saúde, mas no presente estudo, não se observa nas falas dos sujeitos a presença dessas iniciativas, para além do telefone. Muito menos a iniciativa do teleatendimento, que foi disseminada durante a pandemia, quando o distanciamento social era uma regra de saúde pública, que sequer foi lembrada pelos profissionais.

O teleatendimento em saúde passou a fazer parte do processo de trabalho de diferentes profissionais, utilizando diversos dispositivos, com regulamentação própria para cada categoria profissional, por meio de seus conselhos de classe, todos sob a orientação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que protege os dados do cidadão<sup>19</sup>. Essa inovação digital poupou a vida de muitos brasileiros durante a pandemia, que tiveram sua saúde telemonitorada sem precisar sair de seus domicílios, por meio de iniciativas, tais como, o TeleSUS, Consultório Virtual de Saúde da Família, Aplicativo Coronavírus, e agora mais recentemente, com a iniciativas do Programa SUS Digital, que engloba todas essas ferramentas e incorpora o ConectSUS.

Entretanto, o uso de tecnologias digitais depende de elementos inerentes ao campo da informática em saúde, que precisam estar atrelados aos avanços na área da saúde, como GWS percebeu ao apontar a falta de interoperabilidade entre os sistemas informatizados já existentes e em atividade no município, que não permite agilizar o atendimento e nem os exames, enquanto LOS reclama do sistema de regulação, que também envolve tecnologia digital no SUS e funciona com certa dificuldade, segundo ela.

*[...] Os sistemas não são integrados. Sistemas informatizados né. Mais demanda do que quantitativo adequado para atendimento, demora nas filas médicas. Demora também para os exames e demora também no retorno ao médico (GWS)*

*[...] As dificuldades que eu tô encontrando agora no momento, retornando aos atendimentos, estranhei o sistema de regulação devido a pessoa estar aguardando vaga de atendimento e não consigo contato com ela, dificultando o serviço (LOS).*

O sistema de regulação (SISREG) de vagas implantado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para direcionar melhor o fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde, já em

funcionamento desde 1999, busca garantir as consultas nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, portanto, qualquer falha no sistema de informação gera prejuízo nos encaminhamentos dos usuários para os níveis de maior densidade tecnológica do SUS, assim como reclamou LOS.

Quando perguntados se usam prontuário eletrônico, cinco responderam que sim, provavelmente na unidade mais central e quatro desconheciam, pois ainda usavam prontuário de papel, o que reflete que, apesar dos esforços da atual Política de Informação Digital do SUS, ainda existem cenários pouco evoluídos em relação a tal inovação.

*[...] Sim, frequentemente, estamos passando por uma adaptação com o novo sistema, portanto alguns profissionais ainda utilizam o prontuário no papel (MRLCD)*

Na percepção de MRLCD, o prontuário eletrônico está em fase de implantação com a transição do uso do prontuário de papel para o formato digital, que apesar do longo esforço do SUS para sua implementação a nível nacional, não deixa de ser uma inovação na realidade do município estudado e depende do letramento digital de quem o opera.

A constituição brasileira protege o segredo profissional, a confidencialidade de dados e o direito à intimidade dos indivíduos, e os códigos de ética profissional dispõem sobre o consentimento informado que alimenta os princípios do SUS<sup>19</sup>. O Conselho Federal de Medicina<sup>20</sup> reconhece o prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal e sigiloso [...]. Como os prontuários reúnem informações pessoais e sensíveis, é vedado divulgar tais informações, à exceção dos casos previstos em lei. Já a lei 13.878 de 2018 permite a digitalização e o uso de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio dessas informações com vistas a facilitar a garantia do sigilo profissional.

## Considerações finais

Das inovações na assistência à saúde, que abrangem o horário de atendimento do usuário, a efetivação do conceito de clínica ampliada, o quantitativo da população adscrita e a acessibilidade, apenas esta última esteve presente nos discursos dos sujeitos, enquanto nas inovações digitais, que envolvem as ferramentas de comunicação, o teleatendimento e o uso do prontuário eletrônico, apenas este último foi percebido por eles, ainda assim, por apenas parte do grupo de sujeitos.

Embora os serviços de saúde tenham adotado inovações em ambas as categorias após a pandemia da Covid-19, no presente estudo, foram apontadas apenas duas inovações na APS: a acessibilidade entre profissionais e usuários e o uso do prontuário eletrônico, mesmo assim, ambas as iniciativas já faziam parte do arcabouço dos documentos oficiais da Política Nacional de Atenção Básica em vigor desde 2006, portanto, já não são inovadoras, e o que se esperava como inovação impulsionada pela pandemia e pelo avanço digital, a exemplo do teleatendimento, não esteve presente nas percepções relatadas.

Mesmo ciente dos limites do estudo, tais como, ser um município de médio porte com poucos recursos, a política de incentivo ao avanço tecnológico ser ainda recente e o grupo de sujeitos ser pequeno em estudos qualitativos, conclui-se que o processo de trabalho na APS ainda precisa evoluir com a incorporação das inovações digitais para acompanhar a transformação proposta para o SUS.

## Referências bibliográficas

1. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002
2. Conferência internacional sobre promoção da saúde., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002
3. Pisco, L e Pinto, LF. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal,1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4, 2020.
4. Merhy, EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
5. Sodré, F e Rocon, PC. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? *Saúde e Sociedade* [online]. v. 32, n. 1, 2023
6. Tarquette, SR. *Pesquisa qualitativa para todos*. Petrópolis: Editora Vozes, 2020.
7. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
8. Barbosa SP et al. Sistemas nacionais de saúde, legislação e seus determinantes sociais: um estudo comparativo entre Brasil, Espanha, Portugal e Itália. *Cad. Saúde Pública* 2024; 40(6):e00169423
9. Curvo, DR; Matos, ACV; Sousa, WL; Paz, ACA. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 10, n. 25, p. 58–82, 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.
13. Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 2020.
14. 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 à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
15. Silva, GCGV; Silva, MAM; Nogueira, PP; Barbosa, OLC. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. *Revista Pró-UniversUS*. 2021 Jan./Jun.; 12 (1): 60-65.
16. Wen, CL. *Telemedicina de logística e telessaúde integrada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Manual Instrutivo do Programa SUS Digital [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Informação e Saúde Digital. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).
19. Aith, F; Dallari AB. *LGPD na saúde digital*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.
20. Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1348 de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).