

Revista da Universidade Vale do Rio Verde
ISSN: 1517-0276 / EISSN: 2236-5362
v. 19 | n. 1 | Ano 2020

Fabricio Pelucci Machado
Universidade Federal de Minas Gerais

PLATAFORMA PARA DESENVOLVIMENTO DE REGISTRO ELETRÔNICO PESSOAL NA ÁREA MÉDICA (PDRP): o uso das competências para uma PDRP inovadora

RESUMO

A prática médica envolve conhecimento médico, habilidade e aplicação de acordo com a doença e o contexto inserido. O prontuário é ferramenta essencial, mas pertence à instituição de forma que as informações do paciente encontram-se fragmentadas em cada serviço médico. Para unificar os dados e empoderar o paciente criou-se o registro eletrônico pessoal. Houve pouco avanço, pois os sistemas são criados por equipes de informática, sem a participação de médico ou paciente. Propõe-se a criação de um modelo inovador de Plataforma para o Desenvolvimento de Registro Eletrônico Pessoal (PDRP) com base nas competências individuais para inovação. Apesar de não ser útil apenas em nível hospitalar, o contexto foi escolhido, pois nele são exigidas diversas competências. Desenvolveu-se um modelo teórico-metodológico, seguido por pesquisa qualitativa com entrevistas semi-estruturadas e gravadas. Médicos e pacientes foram questionados sobre o prontuário vigente e as competências para a criação da PDRP. Após análise de conteúdo, o modelo foi enriquecido com as percepções e competências. As principais competências citadas foram: autonomia, responsabilidade, comunicação, motivação, trabalho em equipe.

Palavras-chave: Prontuário. Registro eletrônico pessoal. Competências. Estrutura organizacional. Hospital.

PLATFORM FOR DEVELOPMENT OF PERSONAL ELECTRONIC RECORD IN THE MEDICAL AREA (PDRP): the use of competencies for an innovative PDRP

ABSTRACT

The medical practice involves medical knowledge, ability and application according to the disease and the context inserted. The medical record is an essential tool, but it belongs to the institution so that the patient's information is fragmented in each medical service. In order to unify the data and empower the patient, a personal health record was created. There has been little progress since the systems are created by computer teams, without the participation of doctors or patients. It is proposed to create an innovative model for the Platform for the Development of Personal Health Record (PDRP in portuguese) based on the individual competences for innovation. Although it is not only useful at the hospital, the context has been chosen, since it requires several competencies. A theoretical-methodological model was developed, followed by qualitative research with semi-structured and recorded interviews. Doctors and patients were questioned about the current medical chart and the skills to create the PDRP. After content analysis, the model was enriched with

perceptions and competencies. The main competences cited were: autonomy, responsibility, communication, motivation, teamwork.

Keywords: Personal health record. Competencies. Organizational structure. Hospital.

Recebido em: XX/XX/XXXX - Aprovado em: XX/XX/XXXX - Disponibilizado em: XX/XX/XXXX

1. INTRODUÇÃO

Na saúde, o prontuário eletrônico é uma ferramenta médica que gera informações para os atendimentos e reduz redundância de informações (KRIST, 2015). Ao buscar assistência em outra instituição, o histórico de saúde fica fragmentado em diversos locais e quando é assistido em novo serviço, as informações prévias são vazias, o que pode atrasar, encarecer o processo, além de predispor a um evento adverso pelo desconhecimento de doenças pré-existentes. Os prontuários tem sido considerados como uma ferramenta incompleta e com baixa flexibilidade e interatividade, o que os tornam banco de dados e não uma ferramenta que auxilie a prática médica, com participação ativa do paciente (ROEHRS, 2017; AU, 2017).

Outro formato de registro das informações dos pacientes é o Registro Eletrônico Pessoal, que trataremos nesta pesquisa pelas iniciais em português: REP. Yamin (2011, P. 568) descreveu como “um conjunto de ferramentas baseadas na internet, que permite pessoas acessarem e coordenarem sua informação médica por toda a vida”. Esse tipo de registro se diferencia do prontuário uma vez que esses dados podem ser controlados pelo paciente e o prontuário é controlado apenas pela organização. No entanto, mesmo no enfoque o REP, os estudos não apontam uma forma de uso dessa ferramenta que tenha considerado as competências dos médicos e pacientes e sua interação.

Diante dessa problemática, questiona-se: **Como o REP é utilizado em uma organização hospitalar privada e como incluir nessa prática as competências reais dos médicos e dos pacientes na interação médico-pacientes?** Essa questão de pesquisa tem como pano de fundo a análise das percepções dos atores envolvidos no uso do REP, bem como do uso de suas competências nesse processo. Portanto, para embasar o estudo, valeu-se da teoria das competências práticas nas organizações (ZARIFIAN, 2003) e da teoria das configurações organizacionais, mais especificamente, da estrutura de uma organização hospitalar (MINTZBERG, 1992), tendo como contexto as

características conceituais de Prontuários Eletrônicos e Registros Eletrônicos Pessoais.

A partir desse problema, e da tese de que as competências mobilizadas pelos médicos e pacientes são elementos centrais para a construção de uma ferramenta de registro eletrônico, **objetiva-se, com este trabalho, estudar as competências e as práticas dos atores (médicos e pacientes), em uma especialidade específica, a cardiologia, ao longo do processo de atendimento e diagnóstico, em um hospital privado brasileiro, com foco na utilização de um Registro Eletrônico Pessoal - REP.** Especificamente, pretende-se: estudar as lacunas do formato de registro atual, a partir da prática dos médicos e pacientes; levantar as competências empregadas para solucionar os problemas nesse contexto, a partir das percepções dos pacientes e dos médicos sobre o uso do Registro Eletrônico Pessoal; organizar, a partir da abordagem das competências e da estrutura organizacional, as categorias levantadas nas etapas anteriores em um modelo teórico-metodológico para o desenvolvimento de uma **Plataforma para Desenvolvimento de um modelo de Registro Eletrônico Pessoal, a qual chamaremos de PDRP.** Trata-se de uma metodologia baseada nas práticas dos atores, que indique quais competências são importantes para serem incorporadas nesse modelo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os estudos sobre competências diferenciam *competency* de *competence* (WOODRUFFE, 1991). O primeiro termo se refere a um conjunto de comportamentos que são requeridos para um posto ou posição a fim de executar uma tarefa ou função. Já o outro termo significa a área de trabalho na qual a pessoa é competente, o desempenho no cargo. Neste estudo, a competência é considerada enquanto *competency*, pois se busca compreender as competências práticas necessárias entre os principais sujeitos envolvidos com o fenômeno estudado: o uso de registros pessoais eletrônicos no serviço médico.

Zarifian (2003) explica, o conceito de competência como contextual. Em um hospital, por exemplo, local em que se lida com diversas doenças, o médico deve ser treinado tecnicamente, ter habilidades e aplica-las em situações individuais. O contexto hospitalar pode influenciar ou limitar esse processo de uso das competências, uma vez que há barreiras estruturais (inclusive físicas) e processuais (como realizar o tratamento).

Sandberg (2009) corrobora com a visão de Zarifian e Le Boterf, mas acrescenta a essa competência “um jeito de ser”, um conjunto complexo de como agir, relacionar-se com os clientes, parceiros e pares, além da estrutura e ferramentas. Em sua ontologia, cria quatro elementos básicos para ser competente: autoconhecimento, compreensão específica das atividades de cada profissão, rede de contatos, ferramentas, que incluem roupas, estrutura física, tecnologia e conhecimento.

Lettl (2007) elenca mais competências voltadas à inovação tais como: abertura à tecnologia, disposição a correr riscos e disposição para experimentar. Essas competências se encaixam no registro eletrônico proposto tanto do ponto de vista do paciente quanto do médico.

Para criar essa PDRP, Tartari (2014) complementa Zarifian (2003) e elenca as competências individuais para a inovação: criatividade, empreendedorismo, trabalho em equipe, habilidade com tecnologias e motivação.

Benzer (2017) afirma que o contexto interfere na implementação da inovação, o que remete as premissas de Zarifian (2003) e Le Boterf (1999) que entendem a competência em um contexto e situação específica. Benzer (2017) ainda entende que a estrutura hospitalar influencia na disposição individual, de forma que o ambiente alavanca o desenvolvimento das competências individuais. A relação entre competência, inovação, saúde seria melhor estudada em ambiente hospitalar, motivo pela escolha desse tipo de estrutura.

Sobre a estrutura hospitalar, Mintzberg (1992) enxerga a mesma distante da assistência médica. A organização hospitalar é fragmentada, com diversos departamentos, além de conferir autonomia limitada aos médicos, que não possuem liberdade de escolha sobre o prontuário a utilizar, pois o sistema é imposto pelo hospital (LETTL, 2007).

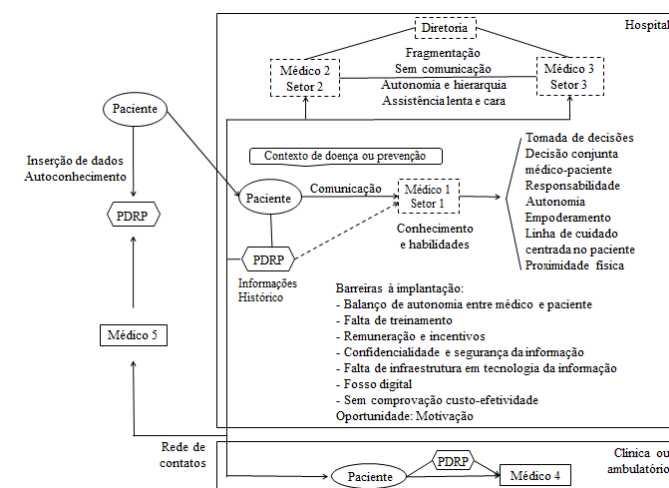
Donabedian (1980) entende que os resultados do hospital em tratamento e redução de custos são dependentes de estrutura e processos. Donabedian (1980), afirma que a

estrutura inclui o tamanho (físico), recursos humanos, serviços prestados e tecnologia, o que remete novamente a Sandberg. Os processos são os serviços clínicos prestados no hospital, tais como a própria assistência médica, o fluxo de informações (inclui o prontuário). Estrutura e processos não garantem a qualidade, mas aumentam a probabilidade de sucesso.

MODELO TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Com base nos conceitos de REP, competências e organização hospitalar, criou-se um modelo teórico-metodológico para a pesquisa. A figura 1 é a ilustração desse modelo:

Figura 1: Modelo teórico-metodológico da PDRP



Nota: PDRP: Plataforma para Desenvolvimento de um modelo de Registro Eletrônico Pessoal.

Fonte: Autores da pesquisa

No modelo proposto, o paciente possui sua PDRP no qual poderia agregar dados vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, peso, além de sinais e sintomas.

Ao requerer atendimento hospitalar, o usuário terá suas informações e histórico na PDRP e será atendido por um médico (no modelo, médico 1) em um contexto de doença ou prevenção, o que pode exigir competência de agir de acordo com seus conhecimentos e habilidades. Para atender o paciente, o profissional pode utilizar a PDRP como ferramenta como parte da competência descrita por Sandberg (2009) e alavancar sua competência para resolução do problema, assim como solicitar acompanhamento de outro médico, (número 2 ou 3), que poderia ser especialista de outra área. Todavia o médico pode apresentar dificuldades para acessar o registro do paciente, tais como a falta de conhecimento tecnológico, limitações do sistema

de informática da instituição e distância física até outro profissional. O registro do paciente poderia ser um vetor de comunicação entre esses médicos e entre médicos e pacientes a fim de definirem uma conduta conjunta, o que poderia potencializar as competências de autonomia, responsabilidade de médico e paciente, além de inserir o empoderamento do usuário. Essa comunicação também visa a flexibilizar a estrutura hospitalar ao aproximar os profissionais e superar hierarquias.

Após a alta do hospital, caso o paciente necessite de um acompanhamento médico em nível ambulatorial, esse pode ocorrer na mesma instituição ou em local distinto. Além de transmitir diretamente suas informações, o usuário também pode utilizar a PDRP para fornecer mais dados ao médico.

A estrutura hospitalar está evidenciada no modelo na forma do retângulo maior, e essa estrutura é modificada quando as informações são acessadas de dentro ou fora da instituição e com dados incluídos pelo próprio paciente. Médico e paciente obtêm maior autonomia ao tomarem decisões conjuntas e compartilharem as decisões, mas algumas barreiras permanecem.

A partir desse modelo foram construídos os questionários para a realização da pesquisa. Além disso, buscou-se enriquecer o modelo teórico-metodológico e apresentar subsídios para a construção de uma ferramenta de registro eletrônico que seja inclusiva das práticas dos atores envolvidos.

3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A pesquisa é de caráter exploratório, por não se tratar de um estudo com uma hipótese pré-estabelecida. Objetivou-se explorar o fenômeno do uso do Prontuário Eletrônico em um hospital a fim de conhecer suas lacunas à luz de uma teoria. Portanto, este estudo não fornece conclusões que corroboram ou refutam uma hipótese, mas apresenta as características de um fenômeno específico do contexto hospitalar e mapeia quais dessas características inserem-se dentro de uma proposta de modelo teórico-metodológico.

Optou-se pela realização de um estudo de caso em um hospital brasileiro, mais especificamente, selecionou-se a Cardiologia como área foco para a pesquisa, considerando sua atuação em diversas áreas da organização: pronto-socorro, enfermaria, CTI, ambulatório e assim, superar a fragmentação de um hospital. O estudo de caso foi realizado no período de janeiro a maio de 2018. As estratégias de coleta e análise de dados estão descritas a seguir. O estudo foi

realizado em vários setores da instituição: pronto socorro, enfermaria, ambulatório e centro de terapia intensiva (CTI). O local foi escolhido de acordo com a literatura, que evidencia que os pacientes com doenças crônicas tendem a usar o registro eletrônico e o registro eletrônico pessoal (ARMANI, 2016).

Estratégia de Coleta de dados: optou-se pela triangulação na coleta de dados. Foram coletados dados secundários, provenientes de fontes documentais e dados primários, provenientes de entrevistas semi-estruturadas. Além disso, também foram coletados dados por meio de observação participante, visto que um dos pesquisadores está inserido no fenômeno em estudo. Para a realização das entrevistas, foi definida uma amostra não probabilística, intencional, com finalidade de selecionar, de forma qualitativa e abrangente (no caso dos pacientes, idade e sexo; no caso dos médicos, setor de atendimento, idade e sexo), o grupo de médicos e pacientes cardiopatas. A coleta foi dividida em 2 etapas, uma etapa de cunho exploratório, outra mais focada nas competências dos atores do processo, com questões advindas do modelo teórico-metodológico. Na primeira etapa, foram entrevistados 10 médicos e 20 pacientes cardiopatas (amostra não probabilística, intencional, por abrangência de idade, sexo, tempo de trabalho e setor), no pronto-socorro, enfermaria, CTI e ambulatório.

As perguntas foram baseadas em um questionário semi-estruturado, com o objetivo de explorar o uso do atual sistema de registro de maneira exploratória, focando no modus operandi do trabalho. A população de pacientes variou de 20 a mais de 60 anos, com maior participação daqueles de 30 a 40 anos. A participação entre gêneros foi semelhante, 11 mulheres e 9 homens. Foram preenchidos 11 questionários no pronto-socorro, 4 no ambulatório, 4 na enfermaria e apenas 1 no CTI. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A segunda etapa posterior foi focada no novo prontuário, como ele poderia ser diferente, e desenvolver as competências necessárias para utilizá-lo. Em concomitância, foi feita outra pesquisa com pacientes cardiologistas que objetivava a saber o nível de conhecimento deles sobre prontuário vigente. A segunda etapa da pesquisa foi realizada com entrevista semi-estruturada com 10 médicos do hospital e 10 pacientes, o roteiro de entrevista foi baseado no modelo referencial teórico.

Estratégia de análise dos dados: Essas entrevistas foram gravadas com a permissão dos

participantes e transcritas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e está inscrita na Plataforma Brasil. Para analisar as percepções dos atores procedeu-se com a análise qualitativa dos dados por meio da técnica específica da análise do conteúdo. Foram organizados os dados das entrevistas e posteriormente tratados todos como um corpus único de dados. Dessa forma, não interessou nesta pesquisa quem falou, mas quais categorias surgiram desse corpus. Após a organização, foram separados os temas provenientes das falas, bem como do referencial teórico. Com vistas a analisar as percepções sobre o uso do registro e das competências na interação médico-paciente.

As categorias de análise também auxiliaram na discussão e reorganização do modelo teórico-metodológico. Os documentos e as anotações da observação participante foram selecionados de acordo com as 3 regras: exaustividade, representatividade e homogeneidade, de acordo com as recomendações da metodologia da análise de conteúdo. Os trechos retirados das falas dos entrevistados serviram para ilustrar a discussão das categorias, os trechos foram identificados como Px (onde P é paciente e x um número) e Mx (onde M é médico ou médica e x um número).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização universo do estudo foi um hospital privado, localizado em Minas Gerais, Brasil. Foi criado em 2002 e representa um complexo hospitalar com 16,5 mil metros quadrados. Possui 186 leitos, sendo 29 destinados aos CTIs. Em 12 salas cirúrgicas são realizadas em torno de 1.100 cirurgias por mês. Conta com 1.230 médicos em seu corpo clínico e 800 colaboradores. Em 2019, foram realizados 110.131 consultas em pronto-socorro, 16.654 internações, 13.600 cirurgias, 32.356 consultas (LIFECENTER, 2020). Nesse hospital, é disponibilizado o registro eletrônico pessoal que foi adquirido pela organização denominado Tasy® e contém itens para a administração da instituição. O enfoque do estudo foi o setor de Cardiologia. A escolha foi intencional por conveniência, visto que um dos pesquisadores está inserido nessa realidade.

Prontuário é um documento do paciente, com guarda e responsabilidade do médico

P1 afirma que: “pertence ao indivíduo a quem se refere, mas não é destinado ao paciente,

é destinado ao médico, mas pertence ao paciente.” E “ele (prontuário) é destinado ao médico pela própria linguagem e para finalidade dele”.

P2 declarou que almejou o prontuário porque “queria entender a visão dos médicos para saber o que estavam tomando de decisão, porque... queria ter mais informações para tomar decisões... junto ao médico”. Ainda o P2 pretendia “entender a tomada de decisões”.

P5 interessa pelo prontuário para utilizá-lo “em caso de emergência, na evolução, se está melhorando ou não”.

O registro eletrônico pessoal do hospital é um sistema burocrático e pouco intuitivo

Os profissionais entendem que o software é útil, que agrega evolução clínica, prescrição e resultados de exames (exceto imagens). Outra vantagem é a rapidez de navegação e poucos problemas de travamento e erros. Por outro lado, a ferramenta é pouco intuitiva, requer um treinamento que não lhes é fornecido e, então, aprendem a utilizá-lo com colegas experientes.

O M1 afirma que o sistema é “um pouco burocrático, com várias ferramentas interessantes, mas que tem uns caminhos longos”. Alega também que “poderia ser um pouco mais intuitivo, meio burocrático. Se apresentado de cara e alguém não passa meia hora apresentando como fazer as coisas, a pessoa não consegue prescrever uma solução, não consegue achar um exame”.

Se por um lado o software do hospital não é lento e não trava, por outro ele não é auto-explicativo e há ferramentas ocultas, afirma o M6.

O M10 percebe o sistema “é meio prolixo, abre janela demais para você fazer uma coisa simples... dá para simplificar”.

O M3 acha “um dos melhores sistemas com o qual já trabalhou. O único problema que vejo no sistema é o excesso de comandos para finalizar as tarefas, há muitas telas, muitos cliques, tem que ser alguma coisa mais prática”.

Prontuários não são desenvolvidos com as competências de médicos e pacientes

Dois médicos, tentaram colocar protocolos de atendimento para doenças graves; todavia não obtiveram êxito. “A gente sugere mudanças, aí fica uma coisa de vamos ver, a não

ser que sejam questões muito objetivas”, relato do M1. O M9 entende que “não só a gente, médicos, mas próprios gestores não conhecem o sistema, o que ele pode nos oferecer. Eu fiz o protocolo de tromboembolismo venoso e o que está agarrado é que o pessoal não consegue lançar determinadas coisas. Em tese, ele (sistema do hospital) nos dá muita informação, só que a gente não sabe como lançar a informação para que isso seja gerado de dados. Da maneira como ele é alimentado, o pessoal não consegue pegar. Todo mundo deveria estar treinado”.

Um plantonista do CTI, o M2, relatou dificuldade de acesso a TI porque era fim de semana e outro profissional alegou que há mudanças recorrentes e que essas não lhe são informadas: “Ninguém nunca me pediu (opinião), inclusive por eu ser plantonista de final de semana, tenho muita dificuldade em ter contato com o pessoal da informática. Eu tenho dúvida, tenho um problema, eu não consigo contato”.

O M8 revela que “nunca ninguém (TI) me perguntou, inclusive as coisas são alteradas dinamicamente, mudam as funções no prontuário e nunca me perguntaram nada e nunca me avisaram nada que ia mudar. Aprendi na prática diária, não tive nenhum treinamento específico não”.

A PDRP poderia modificar a estrutura hospitalar

O M9 acredita que uma PDRP “ideal seria saber o que os médicos do hospital X precisam, aí a gente contrata alguém para fazer o programa. O problema é que isso tem um custo, o hospital tem sua própria equipe de TI”. A estrutura pode ser modificada em nível processual quando, por exemplo, “o cirurgião acessar o prontuário na hora e vir que o paciente esteve internado, ele vê a importância daquilo (um medicamento), mesmo não sabendo nada do remédio e isso ajudaria muito”.

O último médico concorda com o 9 ao entender que a PDRP deveria ser trabalhada com o médico e “as funcionalidades fossem mais direcionada para o que a gente precisa”.

A PDRP Confere autonomia ao paciente

O M9 entende a autonomia atrelada a educação. “Quem tem que cuidar da saúde é o paciente. O médico é um vetor para isso

acontecer, mas não adianta você prescrever um determinado tratamento se o cara não acredita”.

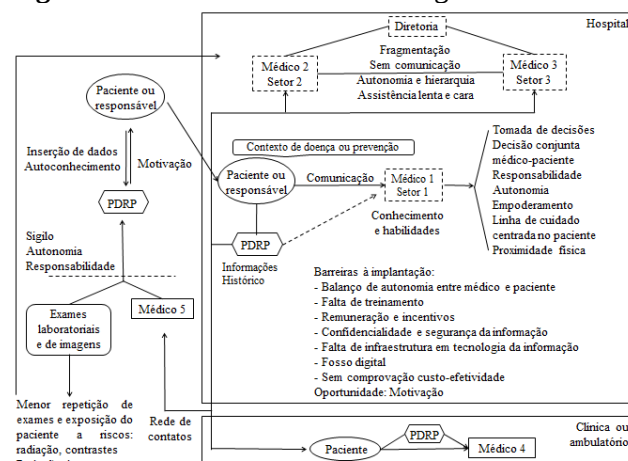
“... ainda mais hoje em dia, com a tendência de o paciente participar mais das decisões médicas. Pode melhorar a relação (entre médico e paciente)”, foi o relato do M10. Frase dialoga com o P2, que busca o prontuário para “entender as tomadas de decisões conjuntas, não para questionar as coisas”. Se não concorda, busca outro médico. O mesmo argumento foi utilizado pelos P6 e P10. Eles acreditam que a PDRP confere autonomia ao paciente quando deseja migrar de médico.

O P3 entende que “o protagonismo do cidadão tomando conta dos seus dados é uma coisa muito interessante. Com certeza isso tem a ver com empoderamento do paciente, sua autonomia. Quando o paciente se envolve, a efetividade do cuidado médico é completamente diferente, quando ele deixa de ser passivo e realmente entende qual o problema dele e atua, essa visão não é muito comum. O principal agente de mudanças é ela mesma. Isso também passa por motivação”.

P8 ainda relata que “a PRDP daria autonomia para migrar de médico”. A mesma paciente relata que “às vezes você está acompanhada por alguém, que você não pode expor tanto a vida. Igual eu estava com minha tia e não podia expor o quadro real dela”.

O modelo teórico-metodológico foi acrescido de informações coletadas de médicos e pacientes sob a óptica das competências e suas experiências.

Figura 2: Modelo teórico-metodológico final



Fonte: autores da pesquisa

O modelo teórico-metodológico foi enriquecido pela pesquisa realizada. A inserção de responsáveis ampliou o universo da PDRP, principalmente na assistência dos dependentes de

outras pessoas, como crianças, idosos, pacientes psiquiátricos. A PDRP pode estimular o paciente a se motivar para mudar a saúde ou a condição patológica. Ao perceber dados fora dos parâmetros da normalidade, o paciente é incentivado a substituir hábitos ou procurar o médico com maior celeridade. A competência da motivação está presente junto ao paciente ou responsável, em nível extra hospitalar, assim também ao ser atendido pelo médico 1, que será acionado para tomar decisões e se curar, motivo da busca pela assistência. Os entrevistados acrescentaram a responsabilidade no sigilo das informações assim como autonomia de permitir o acesso para o médico ou instituição (representado por exames laboratoriais e de imagens) que julgar confiável (linha tracejada fora do hospital ou clínica).

Ao repetir menos os exames, reduz-se também os riscos do paciente, tais como radiação e uso de contraste, assim como superar a estrutura organizacional, com assistência lenta e cara.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática hospitalar exige conhecimento, habilidade e aplicação desses em um contexto específico, o que Zarifian (2003) e Le Boterf (1994) conceituam como competências. Essa competência é pouco desenvolvida, pois, na estrutura hospitalar vigente proposto por Mintzberg (1992), o médico participa do núcleo operacional e apresenta autonomia limitada. Ao profissional é permitido pouco poder de decisão em temas organizacionais, tais como escolha do prontuário.

Na perspectiva do paciente, o hospital não lhe confere competências, e esse torna-se um ator passivo, que não participa do tratamento em plenitude e não lhe é concedida a tomada de decisões junto ao profissional, não há empoderamento. Assim, o médico torna-se o agente fundamental, único a assumir a responsabilidade, propor condutas e seu poder se torna maior que o permitido ao paciente. Há um desequilíbrio de forças e de autonomia.

Utilizaram as competências individuais para a construção dessa pesquisa, com foco no médico e no paciente. Competências organizacionais não foram aplicadas por não serem o objetivo da pesquisa. Como há uma proposta de inovação, trabalhos que associam os dois temas foram empregados para construir um modelo teórico-metodológico conceitual de registro eletrônico pessoal, chamamos esse modelo de *Plataforma para Desenvolvimento de*

um modelo de Registro Eletrônico Pessoal: PDRP.

Houve também limitações metodológicas pela quantidade de médicos e pacientes entrevistados e pelos conhecimentos díspares sobre o tema. A análise de conteúdo possibilitou a agregação de dados para se obter o resultado final.

Acredita-se que o trabalho contribuiu para a inovação ao criar um conceito novo, de PDRP baseada em competências individuais e em inovação. A PDRP também poderia ajudar a tornar a estrutura mais flexível, não fragmentada ao conferir autonomia aos agentes. Para superar os desafios de sua implementação, a participação de médico e de paciente, o trabalho em equipe, o treinamento e a motivação podem ser a oportunidade necessária.

A pesquisa também contribuiu para a pesquisa científica ao reunir conceitos previamente desiguais. Ao associar competência, estrutura hospitalar e inovação, foi alcançado um modelo teórico de PDRP único. O trabalho também foi enriquecido pela participação do paciente, circunstância pouco explorada na criação de outros modelos.

REFERÊNCIAS

- ARMANI, R. et al. **Current patient and healthcare worker attitudes to eHealth and the personally controlled electronic health record in major hospitals.** Internal medicine journal, v. 46, n. 6, p. 717-722, 2016.
- AU, Man Ho et al. **A general framework for secure sharing of personal health records in cloud system.** Journal of computer and system sciences, v. 90, p. 46-62, 2017.
- BENZER, Justin K. et al. **The role of organizational structure in readiness for change: a conceptual integration.** Health services management research, v. 30, n. 1, p. 34-46, 2017.
- DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Explorations in quality assessment and monitoring, 1980.
- KRIST, AH. **Electronic health record innovations for healthier patients and happier doctors.** J Am Board Fam Med 2015;28:299–302.
- LETTL, C. **User involvement competence for radical innovation.** Journal of engineering and technology management, v. 24, n. 1-2, p. 53-75, 2007.
- LE BOTERF, G. **De la compétence.** Paris: Le Editions d'Organisation, 1994.

LIFECENTER. Hospital Lifecenter. Disponível em: https://www.hospitallifecenter.com.br/nossos_resultados >. Acessado em: 29 out 2020.

MINTZBERG, H. **Structures in fives: Designing effective organizations.** Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 1992.

ROEHRS, Alex; COSTA, Cristiano André; ROSA RIGHI, Rodrigo. **Omni PHR: A distributed architecture model to integrate personal health records.** Journal of biomedical informatics, v. 71, p. 70-81, 2017.

SANDBERG, Jörgen; PINNINGTON, Ashly H. **Professional competence as ways of being: An existential ontological perspective.** Journal of management studies, v. 46, n. 7, p. 1138-1170, 2009.

TARTARI, Jaqueline et al. **Competências individuais para a inovação: em busca do profissional inovador.** Revista ESPACIOS| Vol. 35 (Nº 11) Año 2014, 2014.

WOODRUFFE, Charles. **Competent by any other name.** Personnel Management, September, n. 23, p. 9, 1991.

YAMIN, Cyrus K. et al. The digital divide in adoption and use of a personal health record. Archives of internal medicine, v. 171, n. 6, p. 568-574, 2011.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência. Trajetória histórica, desafios atuais e propostas.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.