

MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO: uma análise à luz da produção científica¹

E-mail:
mavargassantos66@gmail.com

Márcia Aparecida Vargas dos Santos

RESUMO

Apresenta pesquisa em andamento que tem por objetivo analisar a produção científica sobre mapeamento de competências no âmbito da Ciência da Informação a partir de indicadores bibliométricos. A realização desta pesquisa encontra justificativa diante da relevância do mapeamento de competências enquanto ferramenta capaz de identificar conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à realização das atividades em quaisquer segmentos organizacionais. No âmbito da Ciência da Informação, a atuação dos profissionais da informação deve estar alinhada às demandas da sociedade contemporânea, sendo fundamental identificar as competências destes profissionais na atualidade. Quanto aos procedimentos metodológicos, a pesquisa é classificada como exploratória e descritiva, apoiada em uma análise bibliométrica. Faz uso da abordagem quantitativa para a descrição e análise dos indicadores bibliométricos de produção e de ligação. Pretende, a partir dos resultados alcançados, identificar as abordagens conceituais sobre mapeamento de competências no âmbito da ciência da informação, bem como evidenciar possíveis direcionamentos quanto à atualização ou desenvolvimento de novas competências do profissional da informação.

Palavras-chave: Mapeamento de competências; Ciência da Informação; Produção científica; Análise bibliométrica.

ABSTRACT

It presents ongoing research that aims to analyze the scientific production on competency mapping in the field of Information Science using bibliometric indicators. The justification for this research lies in the relevance of competency mapping as a tool capable of identifying the knowledge, skills, and attitudes necessary for carrying out activities in any organizational sector. In the field of Information Science, the role of information professionals should be aligned with the demands of contemporary society, making it essential to identify the competencies of these professionals today. Regarding the methodological procedures, the research is classified as exploratory and descriptive, supported by bibliometric analysis. It employs a quantitative approach for the description and analysis of bibliometric production and linkage indicators. The aim, based on the results obtained, is to identify the conceptual approaches to competency mapping in the field of information science, as well as to highlight possible directions for updating or developing new competencies for information professionals.

Keywords: Competency mapping; Information Science; Scientific production; Bibliometric analysis.

¹ Projeto de dissertação apresentado e aprovado em banca de Qualificação realizada em 28/09/2023. Está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal da Paraíba (PPGCI/UFPB).

Na contemporaneidade, a ideia de informação é interdisciplinar, uma vez que é aplicada em praticamente todas as áreas do conhecimento científico, com uma ampla gama de interpretações, possuindo múltiplos significados e definições devido à sua aplicação em diversos setores do saber. A informação surge a partir da manipulação, ordenação e junção de dados, sendo considerada um recurso fundamental que auxilia no planejamento, na tomada de decisões e na realização de atividades.

A informação em saúde, em especial, evolui com destacada rapidez em comparação a algumas outras áreas. A evolução em sistemas de informação em saúde tem se desenvolvido rapidamente exigindo mudanças tecnológicas nos métodos de armazenar, tratar e disseminar a informação para uma melhor utilização por diferentes públicos (gestores, acadêmicos e sociedade em geral). Nesse sentido, os arquivos médicos das instituições de saúde desempenham um papel sociocultural junto à sociedade, possibilitando a construção de conhecimentos científicos (epidemiológicos), tecnológicos, sociais, culturais, históricos e jurídicos.

O hospital é um órgão vivo, o qual requer uma excelência em sua organização interna necessitando de uma qualidade no sistema informacional. As informações em arquivos de instituições médicas estão inseridas diretamente no prontuário do paciente, documento sigiloso, que contém todos os dados, ou seja, a identificação do paciente, que são utilizados como fonte de pesquisa biomédica ou em outras áreas do conhecimento.

O acesso às informações do prontuário do paciente por meio de pesquisas científicas possibilita a produção de novos conhecimentos, que disseminados corretamente potencializam a informação em argumentos para defender ações e causas para a comunidade. O prontuário do paciente constitui uma fonte de informação com possibilidades ilimitadas. Devido aos conceitos e características do prontuário do paciente, existem atos normativos do Conselho Nacional de Arquivos (Conarq), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Lei de Acesso à Informação (LAI), que deliberam sobre o acesso a essas informações.

A Resolução Conarq nº 22, de 30 de junho de 2005, consagra o prontuário do paciente como um documento único em qualquer suporte, contendo informações sobre a saúde e assistência prestada ao paciente. Essas informações são reconhecidas pelo ato normativo como sendo de caráter sigiloso, sendo que ele aponta essas informações como sendo relevantes para estudos e pesquisas clínicas e científicas, que merecem tratamento adequado ao seu acesso.

Já as Resoluções CFM 1.821/2007 e 1.638/2002 especificam o prontuário do paciente como sendo um documento de emissão obrigatória, cuja guarda física é da entidade que o produziu. As informações contidas pertencem ao paciente e só podem ser divulgadas com sua autorização. A Lei de Acesso à Informação (LAI), por sua vez, amplia as possibilidades de acesso às informações do prontuário do paciente e atribui à instituição mantenedora a responsabilidade de garantir esse acesso ao cidadão.

É o prontuário do paciente, portanto, nosso objeto de pesquisa que ora resulta neste artigo. Importante dizer que iremos discutir mais à frente os conceitos relacionados a prontuários de pacientes, mas também adiantamos a necessidade de justificar nossa escolha pelo fato de que esse objeto é uma fonte de informação: seja ela compreendida como coisa, processo ou mesmo insumo para o conhecimento no ambiente clínico-hospitalar e, por isso mesmo, como comunicação da informação, a qual se dá por meio de processos tecnológicos no domínio da informação. Isso nos leva ao seguinte questionamento: qual a importância do prontuário do paciente no sistema médico-clínico-hospitalar?

Nossos objetivos são então: refletir sobre conceitos de prontuário do paciente já apontados pela literatura (geral) e apontar o que diz a legislação brasileira acerca de prontuário do paciente e traçar um paralelo entre o prontuário tradicional e o eletrônico (específicos).

A metodologia adotada foi de levantamento bibliográfico do tipo exploratório e cunho qualitativo a partir de busca sobre o tema na Base Referencial de Artigos de Periódicos em Ciência da Informação (Brapci) e em fontes que tratam do assunto a partir das descobertas, curiosidades e necessidades que se apresentavam.

Conforme Severino (2007, p. 122) a pesquisa bibliográfica “[...] é aquela que se realiza a partir do registro disponível decorrente de pesquisas anteriores em documentos impressos como livros, artigos, teses e etc.” As pesquisas exploratórias, também de acordo com Severino (2007, p. 123), são aquelas que buscam “[...] apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto”.

O método qualitativo é, segundo Minayo (2010, p. 57), “[...] o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam”. Assim, fica claro que este método se aplica adequadamente à proposta apresentada.

O texto que ora se apresenta está estruturado em mais três seções, além desta introdução, que são o desenvolvimento, as considerações finais e as referências.

2 PRONTUÁRIO DE PACIENTE: CONCEITOS

Prontuário de paciente é um documento, ou seja, é constituído por informação, dados e seu suporte, onde todas as informações estão interligadas, organizadas e preservadas; nos documentos estão as informações registradas. Bellotto (2006, p. 31) diz que: “[...] segundo a conceituação clássica e genérica, documento é qualquer elemento gráfico, iconográfico, plástico ou fônico pelo qual o homem se expressa”. Essa autora (2006, p. 31) salienta ainda que “[...] a forma/função pela qual o documento é criado é que determina seu uso e seu destino de armazenamento futuro. É a razão da sua origem e seu emprego, e não o suporte sobre o qual está constituído, que vai determinar sua condição de documento”.

O termo “prontuário”, segundo Almeida e Andrade (2014), tem origem no latim, com a palavra *promptuariu*. Esta, por sua vez, significa “lugar onde são guardados coisas de que se pode precisar a qualquer momento”; “manual de informações úteis”; “ficha que contém dados pertinentes de uma pessoa”; ou ainda “coleção de informação relativa ao estado de saúde de um paciente, armazenada e transmitida em completa segurança e acessível ao paciente e a qualquer usuário autorizado” (ALMEIDA; ANDRADE, 2014, p. 31).

De acordo com Galvão e Ricarte (2011, p. 78-79), a ISO lista dez aspectos que caracterizam o prontuário como objeto informacional. São eles: coleção de informação, armazenamento da informação, transmissão da informação, segurança da informação, organização da informação, padrão universal para organização da informação, serviços integrados, informação retrospectiva, informação corrente, informação prospectiva.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1.638/021, define prontuário como:

[...] documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe

multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p. 6).

É nesta linha que trazemos a conceituação apresentada por Silva (2021, p. 4), que diz que: “[...] os prontuários são elementos essenciais para o desenvolvimento das atividades de administração de qualquer unidade hospitalar, para os cuidados e atenção aos pacientes e ainda para subsidiar pesquisas”. Por outro lado, eles também são considerados provas que podem corroborar ações e procedimentos realizados, assim como servir integrar autos de processos administrativos e judiciais (TEIXEIRA, 2008). Este mesmo autor descreve ainda outras funções do prontuário, a saber: assistência ao paciente, apoio ao diagnóstico, ganho de tempo, cobrança, defesa, estatística, pesquisa científica e ensino, informações epidemiológicas e elaboração de relatório e atestados.

O Conselho Federal de Medicina (2002) determina que o prontuário deve conter os seguintes dados: a) identificação do paciente, com nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade (município e estado de nascimento), endereço completo; b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e os 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 se submeteu e, além da identificação dos profissionais envolvidos na realização, que devem assinar 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. Também é imprescindível a assinatura e o número do CRM; e) nos casos emergenciais em que seja impossível a coleta da história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Na Ciência da Informação, o prontuário do paciente é usado sob diversas perspectivas, como apontam Gualdani e Galvão (2020): cultural, ético-jurídica, educacional, filosófica, conceitual, arquivística, tecnológica e gerencial. No primeiro dos casos, esse documento é visto como patrimônio documental, cultural, ou seja, objeto de preservação da memória, como praticamente se discorreu sobre ele até este momento. A segunda das perspectivas está relacionada a questões de acesso, uso e sigilo das informações, as quais obedecem a normas e legislações em vigor.

Já a educacional enxerga o prontuário como objeto de informação para processos de ensino-aprendizagem. É aqui onde ele é visto como fonte para pesquisas sobre o estado do paciente, sua evolução e procedimentos adotados. Molina e Lunardelli (2010) citam Marin, Massad e Azevedo Neto (2003) ao corroborarem esse entendimento. Dizem estes três últimos autores:

As informações registradas no prontuário médico [do paciente] vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003, p. 1 *apud* MOLINA; LUNARDELLI (2010, p. 74).

Na sequência, tem-se a perspectiva filosófica, a qual tem o prontuário a partir do ponto de vista filosófico, epistemológico e social (GUALDANI; GALVÃO, 2020). Já a conceitual é a que está sendo adotada neste artigo e à qual interessa “[...] mapear as principais características do conceito de prontuário do paciente, em suporte papel ou em suporte eletrônico”

(GUALDANI; GALVÃO, 2020, p. 149). A perspectiva arquivística põe o prontuário como documento arquivístico e a perspectiva gerencial o vê pela ótica institucional, que considera a gestão documental. Por fim, a perspectiva tecnológica

[...] analisa ferramentas e metodologias que, aplicadas ao prontuário do paciente, buscam melhorar sua qualidade, incluindo ferramentas de processamento de texto, de recuperação da informação, de segurança da informação, bem como ferramentas ou produtos terminológicos com foco no aperfeiçoamento do registro informacional (GUALDANI; GALVÃO, 2020, p. 153).

A Resolução 1.821/07 do Conselho Federal de Medicina (CFM) determina que o prazo mínimo para a preservação dos prontuários de pacientes em papel deve ser de 20 anos a partir do último registro. Ou seja, os prontuários devem ser entendidos como repositórios de informações, cabendo às instituições por eles responsáveis o resguardo das informações, a preservação da integridade física e moral dos pacientes, assim como a implantação de meios de salvaguarda e a manutenção desses meios.

A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, ou Lei de Acesso à Informação (LAI), aponta na seção V (informações pessoais) e artigo 31 que “[...] o tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais”. Além disso, no inciso II do parágrafo I, indicam que as informações “[...] poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem”. Ou seja, é preciso que haja consentimento por parte do paciente para que, só então, informações contidas nos prontuários sejam usadas ou manipuladas em pesquisas, por exemplo (ARAÚJO; MOTA, 2020).

2.1 PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS

Assim como em outras unidades de informação, os arquivos médicos também evoluíram com as tecnologias digitais de informação e comunicação e passaram a se preocupar com o suporte dos prontuários de pacientes. A preocupação veio tanto pelo armazenamento e segurança das informações nele contidas, como pela necessidade de se otimizar o espaço ocupado. Surgiu então o Prontuário Médico Eletrônico ou Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Segundo Almeida e Andrade (2014, p. 67), “As instituições de saúde vêm incorporando estas mudanças, desde as áreas administrativas, as primeiras a utilizarem estas tecnologias, passando para as áreas de suporte a diagnósticos, até o prontuário eletrônico do paciente”. De acordo com Sabbatini (2000 *apud* SILVA, 2021, p. 5),

o registro médico deixa de ser um documento passivo, difícil de entender, afastado do paciente, para ser um instrumento ativo, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, e um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde.

O prontuário eletrônico do paciente é, portanto, um registro eletrônico armazenado em um sistema projetado especificamente para apoiar os usuários, que são os integrantes da equipe médico-hospitalar. O acesso se dá, em geral, por meio de senha ou assinatura eletrônica, que “[...] permite o acesso imediato, uma vez que o sistema on-line integra todos os dados relativos

aos pacientes em uma unidade de saúde” (COSTA; MIGUEL; MORAES; SILVA, 2021, p. 12).

Os arquivos de instituições de saúde, os chamados “arquivos médicos” de outrora, fornecem informações importantes não somente acerca dos pacientes, mas também para toda a sociedade e ainda para a comunidade científica. Nascimento (2014, p. 13) afirma que “[...] no tocante ao sistema de saúde, os dados informacionais são de suma importância para que se possa planejar e organizar os serviços de saúde e dispensa a devida atenção médica à sociedade”. Os documentos agregam valores que nos fazem compreender que a informação é infinitamente utilizável, e seu valor é atribuído pelo usuário. O arquivo desempenha papel sociocultural junto à sociedade, onde o registro organizado para uso possibilita a construção de conhecimentos científicos, tecnológicos, sociais, culturais, históricos e jurídicos (BELLOTTO, 2006).

A busca por informação nas instituições hospitalares é constante e progressiva devido à assistência multiprofissional direcionada à sociedade. No arquivo médico, concentra-se a produção documental administrativa e a gerenciada ao paciente, que é o prontuário do paciente. O Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos (Same) surgiu no Brasil em 1943, quando os arquivos médicos foram separados da estatística. Criou-se a centralização desses setores e registro geral num único órgão, o Same, tornando-se a memória do hospital. As instituições passaram a usar esses serviços, obtendo excelentes resultados na avaliação do padrão de qualidade da instituição (FRANÇA, 2014).

O primeiro hospital a arquivar dados clínicos e organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatístico foi o Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos, em 1987. No Brasil, o primeiro hospital a implantar o Same foi o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1943 (FRANÇA, 2014). Esse serviço é imprescindível dentro da instituição de saúde. Ele permite que todo e qualquer profissional da equipe adquira a informação desejada dando-lhe aplicabilidade e atendendo com eficácia os pacientes que recorrem à instituição.

França (2014) especifica que o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico tem por finalidade a manutenção de integridade do conjunto de prontuários pertencentes ao hospital, por meio de atividades desenvolvidas segundo critérios especiais de guarda, classificação, codificação e controle da circulação dos prontuários, bem como assegurar o sigilo no que se refere aos seus conteúdos.

Ainda segundo França (2014, p. 24), em algumas unidades de saúde o Same tem a função de “[...] organizar auditorias administrativas, fazer levantamento de consultas realizadas, armazenar dados obtidos, produzir prontuários médicos e a guarda desses, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário”. Nesse sentido, França (2014, p. 24) afirma que “[...] o SAME é primordial para uma unidade de saúde, é deste setor que sai toda e qualquer decisão que a administração vem tomar para o bem da instituição e de seu usuário”.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prontuário do paciente é uma fonte primária de informação, pois é utilizado como fonte de informação para tratamento clínico, assim como para aprimoramento em estudos no que se referem à área da saúde. A Ciência da Informação considera fonte primária toda e qualquer informação que não esteja totalmente organizada, pois o pesquisador buscará as informações contidas nos prontuários através do manuseio página por página, sendo que muitas vezes essas informações não estarão somente em um prontuário.

O prontuário como fonte primária de informação também deve ser alvo de um olhar mais atento para as questões éticas, respeitando as condutas de acesso e compartilhamento das informações nele contidas. Embora a LAI garanta o acesso a essas informações, ela assegura o sigilo dos dados pessoais juntamente com a Lei Geral de Proteção de Dados.

O bibliotecário médico, aquele que atua em arquivos médicos, é de extrema importância em todo o processo de busca, localização e disponibilização do prontuário do paciente, assim como pela boa e correta armazenagem desse documento. Esta, aliás, é uma pauta que, por ora, não foi contemplada nesta nossa discussão e que se apresenta como uma limitação momentânea, mas que deverá ser suprida no decorrer da pesquisa de mestrado.

Independente disso, mas de maneira contributiva, converge para o problema apresentado na introdução ao nos questionarmos sobre a importância do prontuário do paciente no sistema médico-clínico-hospitalar. É de nossa opinião, afinal, que esse documento tem sua importância crucial para todo o processo de atendimento célere e tratamento adequado, assim como para o correto e ágil armazenamento do prontuário.

Com isso, acreditamos ter atingido os objetivos do artigo, que foram refletir sobre conceitos de prontuário do paciente já apontados pela literatura (geral) e apontar o que diz a legislação brasileira acerca de prontuário do paciente e traçar um paralelo entre o prontuário tradicional e o eletrônico (específicos). Importante afirmar que este trabalho é ainda embrionário, pois poderá integrar o desenvolvimento de um todo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. B.; ANDRADE, A. Q. Organização da informação em prontuários de pacientes: uma abordagem Popperiana. **Informação & Tecnologia**, n. 1, v. 1, p. 29-41, 2014. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/41297>. Acesso em: 3 ago. 2023.

ARAÚJO, N. C.; MOTA, F. R. L. Prontuário de paciente. **Informação em Pauta**, v. 5, n. especial 1, p. 52-67, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/136639>. Acesso em: 1 ago. 2023.

BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes**: tratamento documental. São Paulo: T. A. Queiroz, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Distrito Federal). Resolução nº 1638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 184. 9 ago. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=184&data=09/08/2002>. Acesso em: 1 ago. 2023.

COSTA, R. P. F.; MIGUEL, M. C.; MORAES, M. F.; SILVA, L. C. Abordagens conceituais sobre prontuário do paciente: avançar e ousar nas pesquisas brasileiras em ciência da informação. **Revista Conhecimento em Ação**, v. 6, n. 2, p. 4-20, 2021. DOI: 10.47681/rca.v6i2.42161. Acesso em: 2 ago. 2023.

FRANÇA, P. Z. P. **Reestruturação do serviço de arquivo médico e estatística do centro municipal de referência em saúde Leonard Mozart da prefeitura municipal de Cabedelo**. 2104. 58f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014. Disponível em: <http://www.https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/1185>. Acesso em: 2 ago. 2023.

GALVÃO, Maria Cristina Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. O prontuário do eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias na Ciência da Informação. **InCID: R. Ci. Inf. e Doc.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 77-100, jul./dez. 2011.

GUALDANI, F. A.; GALVÃO, M. C. B. Perspectivas da ciência da informação sobre o prontuário do paciente. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 11, n. 2, p. 142-161, 2020. DOI: 10.11606/issn.2178-2075.v11i2p142-161. Acesso em: 3 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, L. G.; LUNARDELLI, R. S. A. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, v. 15, n. 1, p. 68-84, 2010. DOI: 10.5433/1981-8920.2010v15n1p68. Acesso em: 2 ago. 2023.

NASCIMENTO, F. J. T. do. **O acesso nos arquivos de instituições de saúde**: entre o direito à informação e o direito à intimidade. Dissertação (Mestrado em Gestão de Documentos e Arquivos) – Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

SILVA, C. R. da. História do Prontuário Médico: Evolução do Prontuário Médico Tradicional ao Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18031>. Acesso em: 1 ago. 2023.

TEIXEIRA, R. Informação e comunicação em saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). **Saúde do Adulto**: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_130_saude_cap_1.pdf. Acesso em: 2 ago. 2023.