



USO DE TECNOLOGIA DIGITAL DINÂMICA EM CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM VIÇOSA, BRASIL

USE OF DYNAMIC DIGITAL TECHNOLOGY IN MEDICAL CONSULTATION IN PRIMARY CARE IN VIÇOSA, BRAZIL

André Oliveira Coura¹
Maressa Nepomuceno Carvalho²
Maria Marta Amancio Amorim³

RESUMO: A avaliação da tecnologia em saúde tem ganhado cada vez mais espaço no cenário da Atenção Básica. O paciente, cada vez mais, deixa de ser apenas objeto da intervenção em saúde e se torna um participante ativo, um agente, em seu processo saúde-doença. Com o uso de tecnologias simples e amplamente disponíveis em consultórios médicos, o médico pode oferecer informação ao paciente, compartilhar decisões, decidir intervenções e esclarecer metas para a saúde do usuário. O objetivo desse trabalho é elaborar um projeto de intervenção para melhorar a coordenação do cuidado em consulta médica dos usuários da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus I, do município de Viçosa, por meio do uso de tecnologia digital dinâmica. Realizou-se um planejamento estratégico situacional junto à equipe e gestores e uma revisão de bibliografia na Biblioteca Virtual de Saúde com os seguintes descritores de saúde: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Avaliação da Tecnologia Biomédica, Tomada de Decisões, Educação em Saúde. O projeto de intervenção foi elaborado com o uso do programa “Paint” em consulta médica para explicação, definição de metas, alvos terapêuticos e decisão compartilhada. Para avaliação do impacto da intervenção pelos pacientes após a consulta foi elaborado um questionário. Conclui-se que mais estudos devem ser feitos na tentativa de melhorar a coordenação do cuidado dos pacientes com a utilização de ferramentas tecnológicas, muitas vezes já disponíveis.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Avaliação da Tecnologia Biomédica, Tomada de Decisões, Educação em Saúde.

¹ Médico da Estratégia de Saúde da Família. Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família

² Médica da Estratégia de Saúde da Família.

³ Doutora em Enfermagem. Orientadora do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do Centro de Estudos em Migrações e Relações Interculturais da Universidade Aberta de Lisboa. Professora do Centro Universitário Unifacvest.

Revista Gepesvida

ABSTRACT: The evaluation of health technology has gained more and more space in the scenario of Primary Care. The patient, more and more, ceases to be only the object of health intervention and becomes an active participant, an agent, in his health-disease process. With the use of simple technologies widely available in doctors' offices, the physician can offer information to the patient, share decisions, decide interventions and clarify goals for the health of the user. The objective of this work is to elaborate an intervention project to improve the coordination of care in medical consultation of the users of the Bom Jesus I Basic Health Unit, in the city of Viçosa, through the use of dynamic digital technology. Situational strategic planning was carried out with the team and managers and a review of the bibliography in the Virtual Health Library with the following health descriptors: Family Health Strategy. Primary Health Care, Biomedical Technology Assessment, Decision Making, Health Education. The intervention project was elaborated using the "Paint" program in medical consultation for explanation, definition of goals, therapeutic targets and shared decision. To evaluate the impact of the intervention by the patients after the consultation a questionnaire was elaborated. It is concluded that more studies should be done in an attempt to improve the coordination of patient care with the use of technological tools, often already available.

Keywords: Family Health Strategy, Primary Health Care, Assessment Technology, Biomedical, Decision Making, Health Education

INTRODUÇÃO

Viçosa é uma cidade brasileira, localizada na Zona da Mata, estado de Minas Gerais, situada a 224 km da capital mineira, com população estimada em 2017 de 78.381 habitantes. A taxa de mortalidade infantil média no município em 2014 foi de 9.88 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias, em 2016, foi de 1 para cada 1.000 habitantes. Em 2010, 88.5% dos domicílios contavam com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2017).

Viçosa possui 18 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com algumas áreas ainda não adscritas. Existem ainda centros especializados como o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) e o Consórcio Municipal de Saúde (CMS). A atenção especializada é feita no Hospital São João Batista, Hospital São Sebastião, CMS, CEAE, Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e consultórios particulares. Existe ainda um ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Viçosa, com nova sede própria inaugurada em agosto de 2018.

O bairro Bom Jesus, local em que foi elaborado esse projeto de intervenção está localizado na zona urbana de Viçosa, com fácil acesso ao centro da cidade, fazendo divisa

Revista Gepesvida

com os bairros Sagrada Família e Conceição. O bairro conta atualmente com duas Equipes de ESF sendo elas a Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus I e a UBS Bom Jesus II, que, desde março de 2018 funcionam em sede própria.

A área coberta pela ESF Bom Jesus I se localiza inteiramente na zona urbana e não possui áreas de assentamentos, quilombos ou invasões, nem áreas com risco ambiental, porém existem áreas de aglomeração urbana como favelas e cortiços distribuídas em diversas partes do bairro adscrito. Atualmente a população adscrita é de 2.882 pessoas, com estimativa de acréscimo de aproximadamente 688 pessoas até o fim de dezembro de 2018, excluindo as duas novas ruas que ainda não foram oficialmente adicionadas ao mapa da unidade. Em relação à distribuição populacional, segundo o sexo e a faixa etária, nota-se que há o predomínio da população feminina, 51,72%, sobre a masculina, 48,28%. Além disso, é possível perceber a predominância da população compreendida entre a faixa etária de 20 a 59 anos, seguida pela de adolescentes, idosos e por fim, pelas crianças de 0 a 9 anos, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2003).

A equipe da ESF Bom Jesus I está passando por mudanças repetidas devido à implantação do Sistema Operacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (e-SUS AB) e às constantes divisões de área de abrangência entre as equipes, o que demanda o recadastramento de toda área por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis. Além disso, há de se considerar o desfalque referente a recursos humanos na ESF Bom Jesus I, que conta com o número reduzido de profissionais: atualmente sem enfermeiro, sem auxiliar de limpeza e com uma área desprovida de ACS.

A alta rotatividade de profissionais, o desfalque da equipe, a ausência de vínculo e a carência de contra referência dos profissionais da atenção secundária, tem feito com que o paciente se sinta perdido mediante tantas informações desorganizadas sobre o seu atual quadro de saúde, como: que medicamento o especialista passou, para quando marcou o retorno, se pediu exames de imagem ou laboratoriais, qual foi o diagnóstico do paciente, quais são as metas para a pressão arterial, glicemia e peso desses pacientes, dentre outros.

Esses fatores dificultam a participação do paciente como agente de uma ação no processo saúde-doença. O acesso mais facilitado à informação com o advento da *internet*

Revista Gepesvida

tem feito com que os pacientes tenham cada vez mais, tentado entender e opinar sobre sua patologia ou sobre as decisões médicas.

A tentativa de organizar algumas dessas informações, em forma de representação esquemática e dinâmica, usando o programa “*Paint*”, pode ajudar o usuário no maior esclarecimento sobre o seu atual quadro de saúde. O programa “*Windows Paint*” é um software que possibilita a criação de desenhos e pequenas edições de imagens. Nativo do sistema operacional da empresa Microsoft desde a sua primeira versão, ainda em preto e branco, o programa tem ferramentas de edição em pequena escala e é muito utilizado na criação de artes digitais simples. Gratuito, ele pode baixado a qualquer momento por qualquer usuário (MICROSOFT PAINT, 2018).

O objetivo desse estudo foi elaborar um projeto de intervenção para melhorar a coordenação do cuidado em consulta médica dos usuários da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus I, do município de Viçosa.

METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi desenvolvido na UBS do Bom Jesus I, localizada no município de Viçosa, Brasil, que atua sob o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) número 6479359. Esse projeto foi desenvolvido no Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Um diagnóstico situacional foi feito por meio de entrevistas com membros da equipe de ESF Bom Jesus I em reuniões semanais de equipe, bem como consultas aos gestores e a dados disponíveis, segundo as referências citadas para posterior formulação da estratégia de intervenção e plano de ação deste trabalho. Para organizar a intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional e o Método da Estimativa Rápida, seguindo os passos: descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, gestão do plano de ação (CAMPOS, FARIA,

Revista Gepesvida

SANTOS, 2010).

Para entender sobre o tema pesquisado foi realizada a revisão na Biblioteca Virtual de Saúde usando os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Avaliação da Tecnologia Biomédica, Tomada de Decisões, Educação em Saúde.

Os resultados serão apresentados em duas partes: a revisão bibliográfica e o planejamento da intervenção e em seguida a discussão dos dados.

RESULTADOS

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA EM SAÚDE

O conceito de tecnologia em saúde abrange qualquer intervenção que pode ser utilizada para promover a saúde. Esse conceito não inclui somente as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes, tais como medicamentos e equipamentos (tecnologias biomédicas) e procedimentos médicos como anamnese, técnicas cirúrgicas e normas técnicas de uso de equipamentos (que em conjunto com as tecnologias biomédicas são chamadas de tecnologias médicas), mas também os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos (BRASIL, 2009).

Nas últimas décadas, o acréscimo da produção e a incorporação de novas tecnologias esteve associado à melhora da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, o que repercutiu no aumento da qualidade de vida e na queda da mortalidade em geral (BRASIL, 2009).

Embora, nos últimos tempos ocorreu a contribuição da Medicina Baseada em Evidências, muitos autores consideram que a complexidade envolvida no encontro médico-paciente ultrapassa a dimensão das evidências científicas, pois trata-se de uma relação baseada na intersubjetividade, na experiência clínica, nos recursos disponíveis e na intuição (AMORIM et al., 2010).

Revista Gepesvida

Neste ambiente complexo, surgiu a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) na década de 1970. Como não era possível tomar decisões corretas sem informações adequadas, a ATS transformou-se em um elo entre as evidências científicas e os gestores dos serviços de saúde, por produzir informações seguras e transparentes que respaldavam as tomadas de decisões (BATTISTA, HODGE, 1999).

A ATS é uma área cuja atividade é multidisciplinar e interdisciplinar - sintetiza os conhecimentos sobre a aplicação de tecnologias de saúde na sociedade, mostrando as suas consequências a curto, a médio e a longo prazo. Tem por objetivo principal, subsidiar as decisões relativas à difusão e incorporação destas tecnologias pelos gestores, profissionais de saúde e pacientes. Nessa área, realizam-se revisões que procuram abranger todas as evidências científicas disponíveis sobre as características técnicas, segurança, eficácia, efetividade, custo, custo-efetividade, impacto de implementação além de considerações socioculturais, éticas e legais da aplicação da tecnologia que está sendo avaliada (GABBAY, WALLEY, 2016).

Em documento da 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, reiterou-se o potencial benefício da incorporação de tecnologias saúde na saúde e incentivou o estabelecimento de processos de tomada de decisão para a incorporação de tecnologias de saúde que podem incluir segurança, eficácia e redução de custos à saúde. Este documento fortaleceu ainda o uso racional das tecnologias em saúde, o desenvolvimento e os sistemas de monitorização da utilização da rede de serviços (PAHO, 2012).

Em 2014, na 67ª Assembléia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou documento reconhecendo o papel crítico da intervenção independente em saúde e da avaliação tecnológica, na geração de evidências para informar, priorizar, selecionar, introduzir, distribuir e gerir intervenções para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento e reabilitação dos pacientes (OMS, 2017).

1.2 CONTATO ENTRE PROFISSIONAIS E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Segundo Souza *et al.* (2017) o maior grau de comunicação, troca de informações, apoio matricial, cuidado no território e domicílio tiveram peso relevante nos níveis de coordenação. Além disso, os autores concluíram que a frequência de contato de especialistas com a atenção básica e prontuário eletrônico integrado exigiram maior nível de coordenação das equipes.

Almeida e Santos (2016) identificaram em sua população estudada que a contra referência era deficiente e a comunicação interprofissional escassa, principalmente quando o usuário era atendido na rede contratada ou conveniada. E concluíram que a capacidade de coordenação se mostra afetada tanto pela fragmentação da rede regional, quanto por problemas intrínsecos à Atenção Primária à Saúde, pouco fortalecida em seus atributos essenciais. Em comparação ao que vemos em nossa equipe, a falta de profissionais, principalmente do enfermeiro, o que seria um requisito básico para funcionamento de uma unidade, bem como a alta rotatividade de profissionais, prejudica a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

1.3 NOVAS ESTRATÉGIAS PARA DECISÃO TERAPÊUTICA COMPARTILHADA

Légaré e Thompson-Leduc (2014), em uma revisão estabeleceram mitos e verdades com relação às crenças sobre as barreiras para aumentar a tomada de decisões compartilhadas. Os mitos representam uma ampla gama de preocupações históricas, culturais, financeiras e científicas. Encontraram poucas evidências para apoiar doze das crenças mais comuns sobre as barreiras para aumentar a tomada de decisão compartilhada e, na verdade, o estudo encontrou evidências em contrário. São os doze mitos citados pelos autores:

- Mito 1: A tomada de decisão compartilhada é uma moda passageira - ela passará.
- Mito 2: Na tomada de decisão compartilhada, os pacientes são deixados a

Revista Gepesvida

tomar decisões sozinhos.

- Mito 3: Nem todo mundo quer tomar decisões compartilhadas.
- Mito 4: Nem todo mundo é bom em tomar decisões compartilhadas.
- Mito 5: A tomada de decisão compartilhada não é possível porque os pacientes estão sempre me perguntando o que eu faria.
- Mito 6: A tomada de decisão compartilhada leva muito tempo.
- Mito 7: Já estamos tomando decisões compartilhadas.
- Mito 8: A tomada de decisão compartilhada é fácil e apenas uma ferramenta o fará.
- Mito 9: A tomada de decisão compartilhada não é compatível com as diretrizes de prática clínica.
- Mito 10: A tomada de decisão compartilhada é apenas sobre médicos e seus pacientes.
- Mito 11: A tomada de decisão compartilhada custará dinheiro.
- Mito 12: A tomada de decisão compartilhada não leva em conta as emoções.

Em uma revisão sistemática de literatura, Paula et al. (2016) concluíram que os usuários das unidades avaliaram como insatisfatórios atributos considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime e concorrente para autonomia do usuário e controle social. Entre estes atributos estão a longitudinalidade, o primeiro contato, a abrangência e a orientação familiar e comunitária através de escores que utilizaram escalas de 0 a 10, qualificando baixos escores como <6,6. A avaliação do desempenho estava longe de ser considerada adequada em quase todos os estudos.

Conforme definido pela Colaboração Internacional de Padrões de Auxílio à Decisão do Paciente (IPDAS, 2017), os auxiliares de decisão do paciente são ferramentas projetadas para ajudar as pessoas a participarem da tomada de decisões sobre opções de cuidados de saúde. Eles fornecem informações sobre as opções e ajudam os pacientes a construir, esclarecer e comunicar os valores pessoais que associam aos diferentes recursos das opções. Em contraste, a tomada de decisão compartilhada é um processo que consiste

Revista Gepesvida

em uma série de comportamentos específicos por parte do paciente e do provedor de saúde.

Um estudo feito por Lloyd et al. (2013) revelou que normalizar a tomada de decisão compartilhada na prática exige mais do que dispositivos de apoio, e resultará de um entendimento comum da tomada de decisão compartilhada. Em outras palavras, as ferramentas podem facilitar a tomada de decisão compartilhada, mas a verdadeira mudança de comportamento clínico em termos de tomada de decisão compartilhada implica a adoção de um conjunto mais complexo de comportamentos clínicos.

2. PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

2.1 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

Os problemas principais, no que diz respeito à saúde do território Bom Jesus I, abrangem a falta de profissionais, bem como falhas na comunicação entre instituições de saúde. A unidade conta com um médico, que realiza as consultas médicas, atendimento pré-natal, puericultura, visitas domiciliares e grupos educativos (tabagismo, hipertensos e diabéticos), uma técnica de enfermagem, que realiza a aplicação de vacinas, apoio em grupos educativos (caminhada), medidas antropométricas, cuidado de feridas, visitas domiciliares, aferição de pressão arterial e glicemia e participa da solicitação de insumos e mantimentos para a unidade. Essa profissional acaba por realizar acolhimento e triagem na ausência do enfermeiro. A UBS conta com uma auxiliar administrativa que faz o controle da agenda, acolhimento e também participa da solicitação de mantimentos, cinco ACS que realizam o cadastramento da população, auxiliam na execução de campanhas e trazem informações relevantes da população adscrita aos profissionais da unidade em reuniões de equipe, que acontecem semanalmente e um Agente de Combate às Endemias (ACE) que promove as ações preventivas de combate a endemias.

A comunicação também é dificultosa entre as unidades de prestação de cuidado ao

Revista Gepesvida

paciente. Temos o serviço especializado com rigidez de critérios de atendimento e, na maioria das vezes com pouca resolutividade ou sem fazer contra referência à unidade básica.

A cidade de Viçosa conta com todo o aparato para integração digital entre as equipes e diversos níveis de atenção, computadores em todas as unidades e programa de prontuário eletrônico devidamente instalado. Porém, não se vê esforço para utilizar essas ferramentas disponíveis, capacitação técnica e profissional para tal. A UBS conta com sistema de referência e contra referência via impressos, que frequentemente se perdem e não chegam ao profissional de saúde.

2.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

No Quadro 1 é apresentada a priorização dos problemas da unidade. Dentre eles, tem-se a carência na coordenação do cuidado do usuário, de altíssima importância e escolhido como prioridade para a elaboração deste trabalho. Tem-se o serviço especializado com rigidez de critérios de atendimento e, na maioria das vezes com pouca resolutividade ou sem fazer contra referência à UBS. Além disso, muitas vezes perde-se o controle da coordenação do cuidado ao paciente. Eles, muitas vezes, se perdem em meio a uma carga de informações médicas e burocráticas e, sem ter conhecimento organizado dessas informações, acabam por receber um cuidado global insatisfatório. O quadro incompleto de ACS e ausência do enfermeiro na UBS, bem como ausência de auxiliar de limpeza gera dados incompletos e defasados no diagnóstico situacional da equipe, desmotivação dos profissionais e consequente redução da eficácia das intervenções realizadas. As funções são redistribuídas entre os profissionais restantes causando excesso de função e desmotivação, por exemplo, quando a técnica de enfermagem fica responsável pela limpeza do saguão da unidade.

Segundo a equipe, a população anda desacreditada com relação ao funcionamento da unidade, pois a rotatividade de médicos e enfermeiros é frequente. De 2015 até 2018 já passaram cinco médicos e cinco enfermeiros pela unidade, o que gera uma sensação de

Revista Gepesvida

descontinuidade do cuidado à população.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Carência na coordenação do cuidado do usuário	Alta	30	Parcial	1
Equipe incompleta	Alta	20	Fora	1
Alto rodízio de profissionais de nível superior	Alta	20	Fora	1

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bom Jesus, Unidade Básica de Saúde Bom Jesus I, município de Viçosa, Brasil
Fonte: autoria própria (2018).

*Alta, média ou baixa; ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30; ***Total, parcial ou fora; ****Ordenar considerando os três itens

2.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Para uma melhor coordenação do cuidado é fundamental a organização das informações na transmissão do conhecimento na relação médico-paciente. A proposta é usar as tecnologias digitais dinâmicas, como o programa “Paint”, para ajudar na decisão compartilhada em consulta médica na equipe da ESF Bom Jesus I em Viçosa, Brasil.

2.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

O excesso de informações sobre as próprias enfermidades, sobretudo em pacientes portadores de múltiplas patologias ou que tem acesso a consultas com especialistas de diversas áreas tem feito com que o paciente se sinta perdido, mediante tantas informações desorganizadas sobre o seu atual quadro de saúde. Esses fatores dificultam a participação

Revista Gepesvida

do paciente como agente de uma ação no processo saúde-doença.

2.5 SELEÇÃO DO NÓ CRÍTICO

O nó crítico selecionado foi o excesso de informações desorganizadas sobre o quadro atual de saúde do paciente.

2.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES

No quadro 2 são apresentadas as operações necessárias sobre o “Excesso de informações desorganizadas sobre o quadro atual de saúde do paciente” relacionado ao problema “Carência na coordenação do cuidado do usuário”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus I, do município de Viçosa, estado de Minas Gerais.

Revista Gepesvida

Nó crítico 1	Excesso de informações desorganizadas sobre o quadro atual de saúde do paciente
Operação (operações)	Organizar informações sobre patologias.
Projeto	Usar o programa “Paint” para construir dinamicamente e em tempo real um esquema explicativo sobre algumas patologias dos pacientes
Resultados esperados	Esclarecer sobre o atual quadro de saúde dos usuários.
Produtos esperados	Que o paciente tenha mais influência como agente das intervenções e ajude os demais profissionais a coordenar o próprio cuidado e a tomar decisões.
Recursos necessários	Estrutural: Computador com o programa “Paint” Cognitivo: Capacidade técnica do profissional e didática. Financeiro: Recursos para compra e manutenção de computadores e para impressão dos questionários. Político: Apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
Recursos críticos	Estrutural: Computador disponível com o programa “Paint” Cognitivo: Capacidade técnica do profissional. Político: Manutenção de equipamentos Financeiro: Recursos para compra e manutenção de computadores e para impressão dos questionários
Controle dos recursos críticos	Coordenação da UBS (favorável)
Ações estratégicas	Explicar aos pacientes frequentemente, de forma didática e dinâmica sobre suas patologias.
Prazo	Imediatamente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e equipe ESF.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Questionário sobre satisfação do usuário com a intervenção

Quadro 2. Operações sobre o “Excesso de informações desorganizadas sobre o quadro atual de saúde do paciente” relacionado ao problema “Carência na coordenação do cuidado do usuário”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus I, do município de Viçosa, Brasil.

Fonte: autoria própria (2018)

Em alguns pacientes portadores das patologias - lombociatalgia, hipertensão

Revista Gepesvida

arterial, obesidade e diabetes mellitus serão aplicados recursos digitais com as representações gráficas descritas na Figura 1, explicadas dinamicamente, passo a passo pelo médico.

Na lombociatalgia, é mostrado ao paciente uma foto esquemática da anatomia humana com destaque para o nervo ciático e suas mais comuns afecções. Logo após é explicado ao paciente qual será a abordagem e em qual local será realizada. Por exemplo: quando prescrito um antiinflamatório, e apontado em tela, com o uso do mouse ou de um círculo, feito em tempo real, sobre a palavra “inflamação”. Outro exemplo seria a solicitação de um exame de imagem e posterior explicação, demonstrando em tela ou circulando em tempo real que esse exame será feito na coluna para identificar uma possível hérnia discal.

Na abordagem da hipertensão arterial, é explicado em tela, apontando com o mouse e digitando os valores de pressão arterial trazidos pelo paciente à consulta. Com a indicação de um anti-hipertensivo indica-se em tela que o efeito esperado seria, por exemplo, reduzir a pressão para valores abaixo dos níveis estipulados para aquele paciente.

Na abordagem da obesidade, é apontada em tela a classificação do índice de massa corporal (IMC) que o paciente se encontra no momento da consulta, bem como é explicado em que classe de obesidade ele se classifica. A partir daí é definido uma meta de IMC para aquele paciente e um prazo para que ele atinja aquela meta. Logo após é calculado quantos quilos aquele paciente deve perder para atingir tal meta.

Na abordagem da Diabetes Mellitus (DM) é explicado esquematicamente e através de figuras os três pilares de seu tratamento - alimentação saudável, atividade física e medicação. Esses três pilares são comparados à um banquinho de três pernas (objeto facilmente reconhecido pelos pacientes) explicando que se uma das pernas não está presente, o banquinho cai, ou seja, a DM descontrola.

Revista Gepesvida

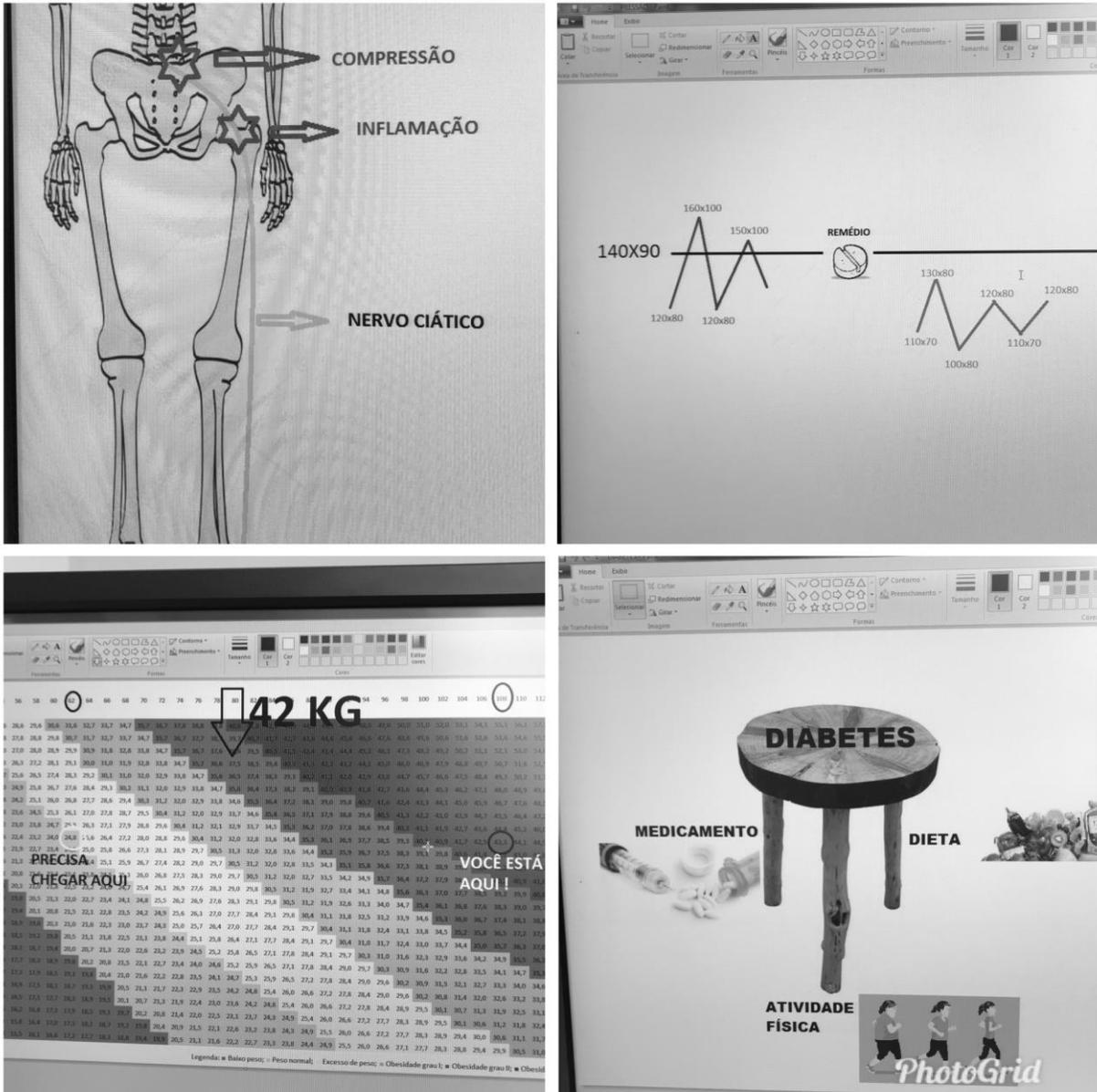


Figura 1 Exemplos de imagens dinâmicas aplicadas pelo programa “Paint” em consulta médica
 Fonte: autoria própria (2018)

Após a consulta o paciente que recebeu essas intervenções será convidado a responder um questionário simplificado (Quadro 3) com questões, sem identificação e depositados em uma urna na saída da unidade. Periodicamente, e em reunião de equipe o balanço dessas respostas servirá de base para melhorias do próximo mês.

Revista Gepesvida

1.Você gostou da explicação do médico sobre a sua doença?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em parte
2.Você já conhecia sua doença da forma que o médico explicou?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em parte
3.O médico esclareceu alguma dúvida que você não sabia?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em parte
4.Você acha que terá mais facilidade em relatar sobre sua doença para outros profissionais de saúde, caso for necessário?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em parte
5.Algum médico ou profissional de saúde já conversou sobre esse tema com você?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em parte
6.A explicação ajudou você a tomar decisões sobre sua saúde?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em parte
7.Você gostaria de acrescentar alguma dúvida ou sugestão?
<input type="radio"/> Sim . _____ <input type="radio"/> Não

Quadro 3 - Questionário a ser aplicado após explicação com uso de tecnologia digital dinâmica para decisão compartilhada.

Fonte: autoria própria (2018).

Revista Gepesvida

2.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

A identificação dos recursos críticos para intervenção proposta na UBS Bom Jesus I, Viçosa –Brasil são bem simples e disponíveis e estão apresentados esquematicamente no Quadro 4. Os recursos para compra e manutenção de computadores será feito rotineiramente por um funcionário da prefeitura, bem como para impressão dos questionários, que poderia ser feito na própria unidade ou terceirizado.

Meios	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Computador	1	(recurso disponível)	(recurso disponível)
Pessoal especializado manutenção	1	R\$1500,00/mês (recurso disponível)	R\$1500,00/mês (recurso disponível)
Impressão dos questionários	200	R\$0,10	R\$20,00

Quadro 4. Identificação dos recursos críticos para intervenção proposta na UBS Bom Jesus I, Viçosa, Brasil
Fonte: autoria própria (2018)

2.8 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

A viabilidade do plano de intervenção é completamente plausível visto que as unidades já contam com o custo para compra e manutenção de computadores na sala do médico. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde conta com um profissional efetivo, assalariado, para realizar a manutenção desses computadores independente ou não da proposta de intervenção, bem como impressora própria para impressão dos questionários.

2.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

No Quadro 5 é mostrado, de forma esquemática a elaboração do Plano Operativo para intervenção na Unidade Bom Jesus I, Viçosa, Brasil, demonstrando os resultados,

Revista Gepesvida

produtos esperados, ações estratégicas, responsáveis e prazos.

Operação	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Respon-sáveis	Prazo
Organizar informações sobre patologias.	Esclarecer sobre o atual quadro de saúde dos usuários.	Que o paciente tenha mais influência como agente das intervenções e ajude os demais profissionais a coordenar o próprio cuidado e a tomar decisões.	Explicar aos pacientes frequentemente, de forma didática e dinâmica sobre suas patologias com o uso do “Paint”	Médico e equipe da ESF Bom Jesus I	Imediato

Quadro 5. Elaboração do Plano Operativo para intervenção na Unidade Bom Jesus I, Viçosa, Brasil
Fonte: autoria própria (2018)

2.10 GESTÃO DO PLANO

Durante e após a implantação do plano, o médico e a equipe devem monitorar a satisfação do usuário com a intervenção, buscando melhorar a cada dia as técnicas e abordagens para melhor coordenação do cuidado desses pacientes.

3. DISCUSSÃO

Para Campos, Faria e Santos (2010) a realização de um diagnóstico situacional em saúde de uma comunidade implica ter acesso ou produzir informação de qualidade. Um modo de se obterem essas informações é realizar uma Estimativa Rápida, com uma equipe

Revista Gepesvida

composta de técnicos da saúde e ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Por tanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). A Estimativa Rápida torna-se o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica.

Priorização é uma seleção dos problemas que serão enfrentados, pois é muito difícil resolver todos ao mesmo tempo principalmente pela falta de recursos humanos, materiais e financeiros. Segundo Campos, Faria e Santos (2010) a seleção é feita a partir da análise dos critérios: importância do problema onde foram atribuídos valores baixa, média e alta importância, urgência, foram distribuídos até o máximo de 30 pontos, de acordo com a sua urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe em parcial, total ou fora da sua capacidade de solucioná-los.

Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 59) “descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação, para afastar qualquer ambiguidade diante o problema que se quer enfrentar; para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano”.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 27) “um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus

Revista Gepesvida

objetivos”.

A explicação do problema selecionado tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa geradora de um problema é outro problema ou outros problemas (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Os “nós críticos” são descritos por Campos, Faria e Santos (2010) como aquelas causas principais e importantes que dão origem ao problema e que merecem ser enfrentadas para solucioná-lo. O nó crítico está dentro do espaço de governabilidade da equipe, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

Campos, Farias e Santos (2010) definem as operações como conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas para a execução do plano. As operações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Elas são previamente desenhadas para dar suporte ao enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações e conseqüentemente resolução do problema.

Com relação às atribuições específicas do médico estão: realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe e exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito trabalho ainda deve ser realizado no sentido de melhorar a coordenação do cuidado ao usuário na Atenção Básica do Brasil. Revisões sistemáticas indicam que os

Revista Gepesvida

clínicos e os gestores devem desenvolver mais estudos procurando incluir a participação do paciente na tomada de decisões terapêuticas e que os profissionais criem meios de comunicação entre si de fácil acesso, para que o cuidado do paciente seja longitudinal e coordenado. Há constante incentivo de grandes instituições no sentido de encorajar o uso da tecnologia para a promoção de saúde em todo o mundo. Conclui-se que mais estudos devem ser feitos na tentativa de melhorar a coordenação do cuidado dos pacientes com a utilização de ferramentas tecnológicas, muitas vezes já disponíveis, bem como avaliar a real eficácia dessas intervenções.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F., SANTOS, A. M. (2016). Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 80, p. 1-13, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006602> >. Acesso em 12 dezembro 2018.

AMORIM, F. F. et al. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Contexto Histórico e Perspectivas. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 4, p. 343-348, 2010. Disponível em < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/avaliacao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em 12 dezembro 2018.

BATTISTA, R., HODGE, M. The evolving paradigm of health technology assessment: reflections for the Millennium. **CMAJ**, v. 160, n. 10, p. 1464-1467, 1999. Disponível em < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1232608/pdf/cmaj_160_10_1464.pdf. > Acesso em 12 dezembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB**: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília. 2003. Disponível em < <http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf> >. Acesso em 12 dezembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde**: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília. 2009 Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf >. Acesso em 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial**

Revista Epidemiologia

da União, Brasília, 22 setembro 2017. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

CAMPOS, F. C. C., FARIA, H. P., SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte. 2010. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaodas_aoes_de_saude_2/3 >. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

GABBAY, J., WALLEY, T. Introducing new health interventions. **BMJ**, v. 332, p. 64-65, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7533.64> >. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

INTERNATIONAL PATIENT DECISION AIDS STANDARDS. IPDAS. **What are Patient Decision Aids?** 2017. Disponível em: < <http://ipdas.ohri.ca/what.html> >. Acesso em 13 de setembro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico**, 2017. Disponível em < https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

LÈGARÈ, F., THOMPSON-LEDUC, P. Twelve myths about shared decision making. **Patient Education and Counseling**, v. 96, p. 281–286, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.014> >. Acesso em 13 de setembro de 2018.

LLOYD, A. et al. Patchy ‘coherence’: using normalization process theory to evaluate a multi-faceted shared decision making implementation program (MAGIC). **Implement Science**, v. 8, n. 102, p. 1-9, 2013. Disponível em < <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-102>>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

MICROSOFT PAINT. **Download**. 2018. Disponível em: < https://microsoft_paint.pt.downloadastro.com/ >. Acesso em 13 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. 67ª Health Intervention And Technology Assessment In Support Of Universal Health Coverage. **Assembléia Mundial de Saúde**, v. 67, n. 23, p. 1-10, 2017. Disponível em < <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21463en/s21463en.pdf>>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

Revista Gepesvida

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. Health Technology Assessment and Incorporation Into Health System. 28th Pan American Sanitary Conference 64th. **Session of the Regional Committee** (Washington). CSP2.R9:1-3, 2012. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/167989> >. Acesso em 17 de setembro de 2018.

PAULA, W.K. et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

SOUZA, M.F. et al. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 87, p. 1-11, 2017. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007024>>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

*Recebido em maio de 2021.
Aprovado em julho de 2021.*