

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ANDRÉ OLIVEIRA COURA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO QUE VISA A IMPLEMENTAÇÃO
DO USO DE TECNOLOGIA DIGITAL DINÂMICA EM CONSULTA
MÉDICA PARA MELHORIA DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM JESUS I, DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2018

ANDRÉ OLIVEIRA COURA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO QUE VISA A IMPLEMENTAÇÃO
DO USO DE TECNOLOGIA DIGITAL DINÂMICA EM CONSULTA
MÉDICA PARA MELHORIA DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM JESUS I, DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Gestão do Cuidado em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra Maria Marta Amancio
Amorim

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2018

ANDRÉ OLIVEIRA COURA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO QUE VISA A IMPLEMENTAÇÃO
DO USO DE TECNOLOGIA DIGITAL DINÂMICA EM CONSULTA
MÉDICA PARA MELHORIA DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM JESUS I, DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Una

Examinador 2 – Professora Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de outubro de 2018.

RESUMO

Revisões sistemáticas indicam que os clínicos e os gestores desenvolvam 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. 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 implementar o uso de tecnologia digital dinâmica em consulta médica na melhoria da coordenação do cuidado aos usuários da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus I, do município de Viçosa, Minas Gerais. Foi feito um planejamento estratégico situacional junto à equipe e gestores bem como 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. A intervenção foi elaborada com o uso do programa "Paint" em consulta médica para explicação, definição de metas, alvos terapêuticos e decisão compartilhada para posterior avaliação de seu impacto pelos pacientes, feita através da aplicação de um questionário, após a consulta médica, para os pacientes que a receberam. 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.

ABSTRACT

Systematic reviews indicate that clinicians and managers develop more studies seeking to include patient participation in therapeutic decision-making and that professionals create easily accessible means of communication among themselves so that the care of the patient is longitudinal and coordinated. 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 the 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 study is to implement the use of dynamic digital technology on medical consultation in improving the coordination of care for users of the Bom Jesus I Basic Health Unit in the city of Viçosa, Minas Gerais. A strategic planning survey was made with the team and managers as well as a literature review in the Virtual Health Library with the following health descriptors Family Health Strategy, Primary Health Care, Assessment Technology, Biomedical, Decision Making, Health Education. The intervention was elaborated using "Paint" program in medical consultation for explanation, definition of goals, therapeutic targets and shared decision for later evaluation of their health impact by the patients, made through the application of a questionnaire, after the medical consultation, to the patients who received it. 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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação em Tecnologias de Saúde
CEAE	Centro de Atenção Especializada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
e-SUS AB	Sistema Operacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPDAS	Colaboração Internacional de Padrões de Auxílio à Decisão do Paciente
MDDA	Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMV	Prefeitura Municipal de Viçosa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento da Gestante
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema De Informação De Agravos De Notificações
TFD	Tratamento Fora do Domicilio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bom Jesus I, Unidade Básica de Saúde Bom Jesus I, município de Viçosa, estado de Minas Gerais	13
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, estado de Minas Gerais.	25
Quadro 3 – Questionário aplicado aos pacientes que receberão a informação em forma de imagens dinâmicas pelo programa “Paint” em consulta médica.	28
Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos para intervenção proposta	29
Quadro 5– Elaboração do Plano Operativo para intervenção na Unidade Bom Jesus I	30
Figura 1- Exemplos de imagens dinâmicas aplicadas pelo programa “Paint” em consulta médica.	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Breves informações sobre o município de Viçosa – MG	9
1.2 O sistema municipal de saúde	9
1.3 A Equipe de Saúde da Família Bom Jesus I, seu território e sua população	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	12
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 A Estratégia de Saúde da Família e suas atribuições	19
5.2 Avaliação da Tecnologia em Saúde	19
5.3 Contato entre profissionais e a coordenação do cuidado	21
5.4 Novas estratégias para decisão terapêutica compartilhada	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	24
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	25
6.5 Identificação dos recursos críticos	29
6.6 Análise de viabilidade do plano	29
6.7 Elaboração do plano operativo	29
6.8 Gestão do plano	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Viçosa-MG

Situada há 224 km da capital mineira, Viçosa é uma cidade da Zona da Mata, do estado de Minas Gerais, com população estimada para 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).

1.2 O sistema municipal de saúde

A cidade conta com dois hospitais em situação financeira defasada, o Hospital São João Batista e o Hospital São Sebastião que realizam atendimentos de urgência, internações e algumas consultas ambulatoriais especializadas. As duas instituições são referência para várias cidades de menor porte em seu entorno.

Viçosa conta com 18 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e possui algumas áreas ainda não adscritas à ESF. Existem ainda centros especializados como o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) e o Consórcio Municipal de Saúde (CMS).

A atenção especializada é feita nos seguintes locais: Hospital São João Batista, Hospital São Sebastião, CMS, CEAE, Tratamento Fora Do Domicilio (TFD) e consultórios particulares. Existe ainda um ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Viçosa, com nova sede própria inaugurada em agosto de 2018.

A relação com outros municípios é feita principalmente com a cidade de Ponte Nova, onde a maioria dos pacientes são encaminhados via Consórcio Intermunicipal de Saúde. Em Muriaé são realizados os tratamentos dos principais cânceres, em Juiz de Fora e Belo Horizonte estão os pontos mais especializados da rede.

O apoio diagnóstico é realizado por laboratórios e clínicas radiológicas em instituições filantrópicas ou particulares como forma complementar ao serviço público, em sua maioria.

A assistência farmacêutica da cidade conta com farmácias populares cadastradas, além de instituições particulares, muitas delas aderidas ao programa farmácia popular.

A vigilância da saúde é feita pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), contendo as fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) e a Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA). Além disso é feito o cadastramento das gestantes no Sistema de acompanhamento da Gestante (SisPreNatal), investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, materno, fetal e infantil na área de abrangência, notificados à vigilância epidemiológica do município onde os casos são investigados e encaminhados para as discussões nas reuniões do comitê municipal de prevenção de mortalidade materno, fetal, infantil e de mulheres em idade fértil.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Bom Jesus I, seu território e sua população

O bairro Bom Jesus está totalmente localizado na zona urbana da cidade de Viçosa, no estado de Minas Gerais, com fácil acesso ao centro da cidade e faz divisa 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, juntas, onde era o antigo colégio do bairro. Este colégio foi cedido do estado de Minas Gerais para que funcionasse as unidades de saúde e recebeu reformas para tal adaptação. O objeto de análise deste diagnóstico é a UBS do Bom Jesus I, que atua sob o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) número 6479359. É responsável por seis micro áreas.

As áreas e a população adscrita se modificaram novamente após a mudança de unidade. 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.

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.

A equipe está passando por mudanças repetidas devido à implantação do Sistema Operacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (e-SUS AB) e devido às constantes divisões de área de abrangência entre as equipes, o que demanda o cadastramento 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.

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 (SIAB, 2013).

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

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. Contamos com uma auxiliar administrativa que faz o controle da agenda, acolhimento e também participa da solicitação de mantimentos, 5 ACS's que realizam o cadastramento da população, auxiliam na execução de campanhas e trazem informações relevantes da sua população adscrita aos profissionais da unidade em reuniões de equipe, que acontecem semanalmente e 1 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 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. Contamos com sistema de referência e contra referência via impressos, que frequentemente se perdem e não chegam ao profissional de saúde.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

No Quadro 1 temos a representação gráfica da priorização dos problemas da unidade. Dentre eles, temos a carência na coordenação do cuidado do usuário, de altíssima importância e escolhido como prioridade para a elaboração deste trabalho. A comunicação é dificultosa entre as unidades de prestação de cuidado ao 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 UBS. Além disso, muitas vezes perdemos o controle da coordenação do cuidado do 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's 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. Desde 2015 até 2018 já passaram cinco médicos e cinco enfermeiros pela unidade, o que gera uma sensação de descontinuidade do cuidado à população.

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, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Carência na coordenação do cuidado do usuário	ALTA	30	PARCIAL	1
Equipe	ALTA	20	FORA	1

incompleta				
Alto rodízio de profissionais de nível superior	ALTA	20	FORA	1

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 JUSTIFICATIVA

A ideia de construção dessa intervenção dentro da equipe da ESF Bom Jesus I surgiu após notar carência na coordenação do cuidado do usuário.

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 atual quadro de saúde. São exemplos dessas informações: que medicamento o especialista passou, para quando marcou o retorno, se pediu exames de imagem ou laboratoriais e mesmo qual foi o diagnóstico do paciente. Ademais, podemos citar: quais são as metas para a pressão arterial, glicemia e peso desses pacientes, etc.

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* 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 com que o usuário tenha 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).

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção que visa implementar o uso de tecnologia digital dinâmica em consulta médica na melhoria da coordenação do cuidado aos usuários da UBS Bom Jesus I, do município de Viçosa, Minas Gerais.

Objetivos específicos:

Aplicar o programa “Paint” em consulta médica da UBS Bom Jesus I do município de Viçosa, Minas Gerais.

Avaliar o uso o programa “Paint” em consulta aos usuários da UBS Bom Jesus I do município de Viçosa, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para organizar a intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional / Estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações, de acordo com o planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

Foi realizada a revisão na Biblioteca Virtual de Saúde e foram usados os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Avaliação da Tecnologia Biomédica, Tomada de Decisões, Educação em Saúde.

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.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia de Saúde da Família e suas atribuições

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB a ESF é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

No mesmo documento, entre as atribuições comuns a todos profissionais da ESF está a de garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares; responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público (BRASIL, 2017).

É composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo fazer parte da equipe o ACE e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

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).

5.2 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 (AMORIM et al., 2010).

Embora, nos últimos tempos 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).

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, médio e 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, 2006).

Em documento da 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana realizada em Washington, reiterou-se o potencial benefício da incorporação de tecnologias de 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, 2014).

5.3 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 mostra-se 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.

5.4. Novas estratégias para decisão terapêutica compartilhada

Uma grande revisão de Légaré e Thompson-Leduc (2014) estabeleceram mitos e verdades com relação às crenças sobre as barreiras para aumentar a tomada de decisões compartilhadas. Segundo o estudo, 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 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), 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 em uma série de comportamentos específicos por parte do paciente e do provedor de saúde (IPDAS, 2013).

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.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Carência na coordenação do cuidado do usuário” para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Para uma melhor coordenação do cuidado, um dos princípios da atenção primária é fundamental uma maior organização das informações e da didática na transmissão do conhecimento na relação médico-paciente. A proposta é avaliar como o uso de tecnologias digitais dinâmicas, usando o programa “Paint” para ajudar na decisão compartilhada em consulta médica na equipe da ESF Bom Jesus I em Viçosa – MG, pode interferir na coordenação do cuidado dos usuários.

6.2 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 atual quadro de saúde. Esses fatores dificultam a participação do paciente como agente de uma ação no processo saúde-doença.

6.3 Seleção do nó crítico

- Excesso de informações desorganizadas sobre o quadro atual de saúde do paciente.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No quadro 2 foram 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.

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, estado de Minas Gerais.

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

Fonte: autoria própria (2018)

Em alguns pacientes portadores das seguintes patologias: lombociatalgia, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus e 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.

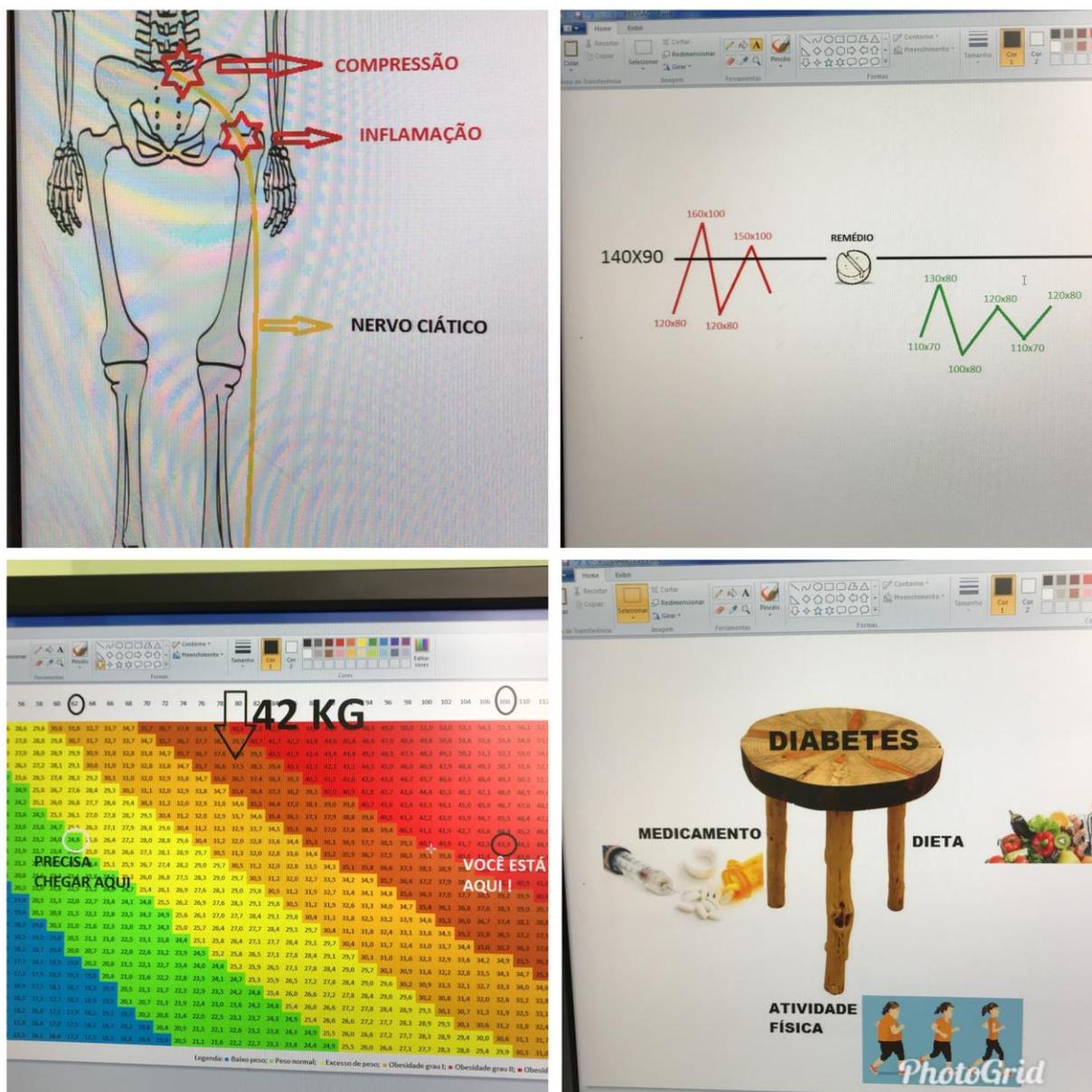
Na abordagem da hipertensão arterial, é explicado em tela, apontando com o mouse e digitando os valores de pressão arterial trazidos pelo paciente à consulta. Com a indicação de um anti-hipertensivo indica-se em tela que o efeito esperado seria, por exemplo, reduzir a pressão para valores abaixo dos 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 é explicado esquematicamente e através de figuras os três pilares de seu tratamento que são: alimentação saudável, atividade física e medicação. Esses três pilares são comparados à um banquinho de três pernas (objeto facilmente reconhecível pelos pacientes)

explicando que se uma das pernas não está presente, o banquinho cai, ou seja, a diabetes descontrola.

Figura 1. Exemplos de imagens dinâmicas aplicadas pelo programa “Paint” em consulta médica.



Fonte: autoria própria (2018)

Após o fim da 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.

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

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

Fonte: autoria própria (2018)

6.5 Identificação dos recursos críticos

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

Quadro 4 – Identificação dos recursos críticos para intervenção proposta na UBS Bom Jesus I, Viçosa -MG

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

Fonte: autoria própria (2018)

6.6 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 SMS 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.

6.7 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- MG,

demonstrando os resultados, produtos esperados, ações estratégicas, responsáveis e prazos.

Quadro 5– Elaboração do Plano Operativo para intervenção na Unidade Bom Jesus I, Viçosa-MG.

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

Fonte: autoria própria (2018)

6.8 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.

7- 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 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.

REFERENCIAS

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. Editoria: Epub. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v..50, n.80, p.1-13, 2016.

AMORIM, F.F; JÚNIOR, P.N.F.; FARIA, E.R.; ALMEIDA, K.J.Q. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Contexto Histórico e Perspectivas. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v..21, n.4, p.343-348, 2010.

BATTISTA, R.; HODGE, M. The evolving paradigm of health technology assessment: reflections for the Millennium. **CMAJ**, Ottawa, v..160, n.10, p.1464-1467, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.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**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2003.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3.

GABBAY, J.; WALLEY, T. Introducing new health interventions. **BMJ**, Londres, v..332, p.64-65, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **Censo demográfico**, 2017. Disponível em: <ibge.gov.br>. Acesso em 12 fev. 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.

LÈGARÈ, F.; THOMPSON-LEDUC, P. Twelve myths about shared decision making. **Patient Education and Counseling**, Quebec, v..96, 2014. p.281–286

LLOYD, A.; JOSEPH-WILLIAMS, N.; EDWARDS, A.; RIX, A.; ELWYN, G. Patchy 'coherence': using normalization process theory to evaluate a multi-faceted shared decision making implementation program (MAGIC). **Implement**

Science, Londres. v..8, n.102, p.1-9, 2013. MICROSOFT PAINT. **Download**. Disponível em: <https://microsoft_paint.pt.downloadastro.com/>. Acesso em 13 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. 67ª Assembléia Mundial de Saúde. **Health Intervention And Technology Assessment In Support Of Universal Health Coverage**. n.67, v. 23, p.1-10, 2014.

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

PAULA, W.K.; SAMICO, I.C.; CAMINHA, M.F.; FILHO, M.B.; SILVA, S.L. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.50, n. 2, p.335-345, 2016.

SOUZA, M.F.; SANTOS, A.F.; REIS, I.A.; SANTOS, M.A.C.; JORGE, A.O.; MACHADO, A.T.; ANDRADE, E.I.; CHERCHIGLIA, M.L. Editoria: Epub. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Rev Saúde Pública**, São Paulo v..51, n.87, p.1-11, 2017.