

Requisitos funcionais de Software para Doenças Crônicas na Estratégia Saúde da Família**Functional Software Requirements for Chronic Diseases in Family Health Strategy**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-202

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 31/07/2020

Luana Matos Silva Araújo

Enfermeira, Doutoranda no Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Endereço: Rua Noruega, nº 345, 37901-092, Passos, MG, Brasil
E-mail: lumatos@usp.br**João Paulo Silva Araújo**

Analista de Sistemas, Especialista em Redes de Computadores e Internet

Instituição: Analista de Sistemas na empresa Invillia – Araraquara/SP
Endereço: Rua Noruega, nº 345, 37901-092, Passos, MG, Brasil
E-mail: jpsanet@gmail.com**Yolanda Dora Martinez Évora**

Enfermeira, Doutora em Enfermagem

Instituição: Docente Titular e Sênior da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP – Brasil.
E-mail: yolanda@eerp.usp.br**Silvana Martins Mishima**

Enfermeira, Doutora em Enfermagem

Instituição: Docente Titular no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP – Brasil
E-mail: smishima@eerp.usp.br**RESUMO**

Objetivo: Identificar requisitos funcionais necessários à criação de aplicativo para a classificação de risco de pacientes portadores de doenças crônicas.

Método: Pesquisa descritiva exploratória na abordagem qualitativa, utilizou-se como suporte teórico conceitos da integralidade. Realização de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, analisadas na vertente temática.

Resultados: Emergiram três temas: disponibilização do aplicativo, requisitos necessários à classificação de risco e as expectativas dos enfermeiros quanto à criação do aplicativo. Apreendeu-se

o posicionamento dos enfermeiros frente à ampliação dos requisitos funcionais na produção de aplicativo para pacientes com condições crônicas, suas expectativas, sugestões, críticas a respeito. Considerações Finais: Foi possível identificar como os enfermeiros analisam a possibilidade da criação de um software para a classificação de risco de portadores de Diabetes e Hipertensão, além da inclusão de outros requisitos funcionais para além dos elementos conceituais já estabelecidos como suporte ao trabalho na rede de atenção.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública, Atenção primária à saúde, Software, Estratégia Saúde da Família, Doença crônica.

ABSTRACT

Objective: To identify functional requirements needed to create an application for the risk classification of patients with chronic diseases.

Method: Descriptive exploratory research in the qualitative approach, concepts of completeness were used as theoretical support. Semi-structured interviews with nurses of the Family Health Strategy, analyzed in the thematic approach.

Results: Three themes emerged: availability of the application, requirements for risk classification and the nurses' expectations regarding the creation of the application. The position of the nurses in relation to the expansion of functional requirements in the production of the application for patients with chronic conditions, their expectations, suggestions and criticisms in this regard were apprehended.

Final Considerations: It was possible to identify how the nurses analyze the possibility of creating a software for the risk classification of Diabetes and Hypertension patients, besides the inclusion of other functional requirements beyond the conceptual elements already established to support the work in the attention network.

Keywords: Public Health Nursing, Primary Health Care, Software, Family Health Strategy, Chronic Disease.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia nesse início do século XXI uma situação de saúde que combina o crescimento populacional acelerado e mudanças na prevalência de diversas doenças, expressas em uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e predomínio das condições crônicas⁽¹⁾.

O aumento na expectativa de vida e a elevada proporção de indivíduos com condições crônicas passaram a gerar a necessidade de mudanças nos atendimentos realizados nos serviços de saúde, na direção de produzir maior aproximação destes serviços aos indivíduos, de se tornarem mais humanizados e solidários e, sobretudo, mais resolutivos, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), onde o acréscimo de condições crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tem se evidenciado⁽²⁾.

As políticas de saúde formuladas nos últimos 30 anos têm se voltado para a busca de alternativas e estratégias para o atendimento dos direitos e das necessidades de saúde da população⁽³⁾,

assim como para a criação de alternativas para o atendimento oportuno e integral aos usuários que apresentam condições crônicas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta características direcionadas à mudança do padrão de atenção à saúde, por meio de ações demarcadas pela perspectiva integral e integrada voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, além do foco no núcleo familiar. Além disso, suas ações visam integrar equipe e comunidade, fortalecendo os vínculos entre profissionais e população adscrita, permitindo que o enfermeiro construa um espaço de atuação ampliado, se colocando como peça fundamental no planejamento, execução e seguimento das ações de saúde, trazendo maior reconhecimento profissional e a ampliação de suas ações clínicas ^(4-6,29).

Nesse sentido, o cuidado se depara com o conceito de integralidade, que, além de popularmente conhecido como um dos princípios centrais do Sistema Único de Saúde (SUS), traz ainda características relativas a organização do sistema de saúde em uma rede integrada que possui práticas articuladas nos distintos níveis de atenção. Cabe dizer, portanto, que a integralidade é um valor a ser defendido na prática dos profissionais de saúde, e se revela na forma como esses profissionais lidam com os usuários sob seus cuidados ⁽⁷⁾. Ainda, a integralidade pode ser considerada no sentido da construção do reconhecimento das necessidades dos pacientes, visando a promoção do vínculo, do processo de longitudinalidade e continuidade da atenção e da atuação da equipe para construção de ações de saúde ⁽⁸⁾.

Em 2002 o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, trazendo como inovação o programa HIPERDIA, uma ferramenta importante para instrumentalizar o atendimento à saúde nesta área. O Programa aponta possibilidades para facilitar a identificação de fatores e comportamentos de risco de pacientes com HAS e DM, buscando viabilizar, dentre outros aspectos, a terapia medicamentosa adequada e, sobretudo, incentivar e preparar essas pessoas para o autocuidado. Este processo se dá por meio de orientações e informações que tem como finalidade melhorar a convivência com estes agravos e a adesão ao tratamento, minimizando suas complicações ⁽⁹⁾.

Cabe destacar que os portadores destes agravos tendem a apresentar necessidades e problemas que implicam no acompanhamento permanente, não apenas em quadros agudos, mas nas situações em que a continuidade e longitudinalidade da atenção se fazem presentes e necessárias ⁽¹⁰⁾, na perspectiva de um atendimento integrado e integral.

Desta forma, para o acompanhamento desses usuários, evidencia-se que a utilização de indicadores e ferramentas que qualifiquem o cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde têm se mostrado necessários. Assim, para o fortalecimento de ações que culminem em uma APS forte e

resolutiva, tornam-se prementes mudanças na assistência prestada pelos profissionais de saúde, que devem estar amparadas na lógica do cuidado integral, voltada para as necessidades de saúde do usuário e da comunidade ⁽¹¹⁾.

No cuidado de usuários com HAS e DM é importante que os profissionais de saúde tenham ferramentas que lhes permitam avaliar o impacto da doença de acordo com a gravidade da mesma e o risco de possíveis complicações, contribuindo para a concepção de intervenções mais adequadas e oportunas. Considera-se, então, primordial, a utilização da classificação de risco prévia de usuários com condições crônicas, no intuito de qualificar o atendimento prestado pelo profissional enfermeiro. A classificação de risco é entendida como um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, para desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para que o problema do usuário seja resolvido ⁽¹²⁾.

Considerando este quadro, a utilização de tecnologias de informação pode contribuir para que o processo de classificação de risco seja realizado com maior eficácia e efetividade, uma vez que o trabalhador de saúde pode contar com toda a informação necessária de modo ágil e sistematizado. A tecnologia vem sendo amplamente adotada em ambientes de saúde, em um esforço para melhorar a qualidade, eficácia e efetividade dos cuidados prestados aos usuários. Fatores que influenciam a adoção de tecnologia incluem a redução de despesas e demandas dos usuários em tecnologias a serem utilizadas em seus cuidados ⁽¹³⁾.

Na área da saúde, a tecnologia pode assumir grande importância na prática do profissional, uma vez que além das máquinas e equipamentos, os profissionais podem contar ainda com os mais variados tipos de tecnologia ⁽¹²⁾. Essas tecnologias determinam mudanças significativas, e provocam uma nova maneira de organização das diferentes instituições que atuam com serviços voltados à saúde, principalmente naquelas que atuam direta e indiretamente prestando assistência aos usuários ⁽¹⁴⁾.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi identificar os requisitos funcionais necessários à criação de um aplicativo para a classificação de risco de usuários portadores de condições crônicas.

2 METODOLOGIA

Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento da investigação foram seguidas as normatizações éticas para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, com a análise e aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de parecer 1.797.866, seguindo as regulamentações do CONEP (resolução CNS 466/12).

Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório descritivo na abordagem qualitativa, sustentado pelos conceitos da integralidade da atenção.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi realizada com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município de médio porte do sul do estado de Minas Gerais, Brasil.

Após anuência da coordenação da atenção primária à saúde do município os enfermeiros das 19 Unidades de Saúde foram convidados a participar e a aceitação se deu mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerou-se como critérios de exclusão o profissional estar ausente do trabalho em função de férias, licença saúde ou licença maternidade e a não concordância em participar do estudo. Do total dos 19 enfermeiros, 11 participaram da entrevista, uma vez que quatro unidades de saúde não contavam com a presença de enfermeiro devido a problemas na administração do município, dois enfermeiros encontravam-se afastados por motivo de doença, uma enfermeira estava de licença-maternidade e um enfermeiro em férias.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, dentro da própria unidade de saúde, gravadas com o consentimento dos enfermeiros e com a duração média de 20 minutos. Em uma entrevista, por problemas com o equipamento, o áudio da gravação foi perdido, sendo está excluída da pesquisa, resultando em um total de 10 sujeitos que tiveram suas entrevistas utilizadas na investigação.

O roteiro da entrevista foi construído a partir da linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, material institucional utilizado no Estado de Minas Gerais⁽¹⁵⁾ para atendimento de pacientes portadores dessas condições, além da utilização de elementos conceituais da integralidade da atenção.

Assim, o roteiro da entrevista foi organizado a partir de três grandes questões norteadoras:

1. O que você, enquanto enfermeiro, pensa sobre a criação de um aplicativo que possa lhe auxiliar na classificação de risco de pacientes hipertensos e diabéticos?
2. Tendo como base os elementos conceituais para a classificação de risco existentes na linha-guia, quais requisitos você acredita que o aplicativo deveria ter?
3. Existem elementos que você considera que o aplicativo deveria conter como requisito, mas que não estão contemplados na linha-guia?

O roteiro foi dividido em quatro partes, abordando: acesso ao aplicativo; fatores que podem alterar a classificação de risco; resultados esperados da classificação de risco (aspectos objetivos e subjetivos) e condutas frente à classificação de risco.

A última versão do roteiro foi definida somente após realização de entrevista piloto com um enfermeiro com experiência profissional na atenção básica do município, mas que não estaria participando como sujeito da pesquisa.

Para fins da análise das entrevistas e a garantia do sigilo dos sujeitos os enfermeiros foram identificados de E1 a E10.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2016.

Análise dos dados

Para a análise dos dados foram utilizados os elementos conceituais da análise de conteúdo, na vertente temática⁽¹⁶⁾. Após realizada a transcrição na íntegra das 10 entrevistas, todo o material foi lido exaustivamente, permitindo uma melhor apreensão das mesmas, bem como a organização do material. No processo de análise registraram-se os fragmentos das falas dos enfermeiros, as unidades de contexto ao qual se referiam e os respectivos núcleos de sentido que emergiram, sendo eles: disponibilização do aplicativo, requisitos necessários à classificação de risco e as expectativas dos enfermeiros quanto à criação do aplicativo.

3 RESULTADOS

3.1 A DISPONIBILIZAÇÃO DO APLICATIVO

Reitera-se na fala dos sujeitos, a classificação de risco como uma ação que deveria ser realizada apenas pelo enfermeiro, devido a sua competência profissional.

Acho que pra fazer tinha que ser uma pessoa só, pra fazer ... assim, o enfermeiro ... agora eu acho que o acesso tem que ser pra todos os profissionais. (E5)

[...] eu acho que outro profissional não tem competência pra isso [...] (E2)

Parece não haver o reconhecimento, por parte dos enfermeiros entrevistados, de que a classificação de risco apresenta regulamentação própria na legislação do exercício profissional, sendo que a realização ou não desta, está na dependência da competência profissional.

Uma distinção entre a realização da classificação de risco e o acesso a mesma foi mencionada por E5, observando que o acesso deveria ser a todos os profissionais. Esta fala registra uma indicação de que a assistência se processa pela equipe e não por um único profissional.

Na ausência do enfermeiro responsável pela assistência ao usuário, o enfermeiro que o está substituindo poderia realizar a classificação para continuidade ao processo assistencial.

Acho que o enfermeiro que tá substituindo o outro pode fazer né ... acho que sim ... [...] pra dá continuidade nessa assistência, mas os outros membros da equipe acho que não ... (E10)

Entretanto, E6 indica que o médico e o técnico de enfermagem deveriam realizar a classificação de risco, visto que por diversas vezes o enfermeiro encontra-se ocupado com tarefas burocráticas.

Acho importante também, tanto o médico quanto a técnica, porque a técnica, pelo menos a minha aqui ela é bem instruída, orienta bem, as vezes a enfermeira tá muito na parte burocrática, ela poderia tá ajudando nesse suporte. (E6)

A fala parece indicar uma situação específica do profissional de nível técnico, ou seja, da técnica de enfermagem, por sua experiência de trabalho em uma unidade de saúde e não de forma geral para qualquer trabalhador de enfermagem.

Esta afirmação de E6 é de certa forma corroborada por E3, quando afirma que além do enfermeiro, o técnico de enfermagem, em algumas situações, poderia realizar a classificação de risco, mas ressalta que este fator depende muito do profissional que irá executar, da sua capacidade e interesse.

Eu acho, assim, se for pra acompanhar assim, dá pra fazer, se for por exemplo, o técnico ... porque tem uns técnicos que tem mais interesse ... eu tinha aqui uma que se ela quisesse ela tirava de letra, mas depende muito da pessoa, tem uns que não tem tanto interesse. (E3)

É explicitado pelos enfermeiros que o médico, além do próprio enfermeiro, poderia realizar a classificação de risco por meio do aplicativo.

Sim, o médico, talvez até o técnico, mas não sei se o técnico teria essa capacidade né, mas eu acredito que não ... só o médico mesmo. (E8)

Acho que ele deveria classificar durante a consulta, somente o médico classificar. (E9)

3.2 REQUISITOS NECESSÁRIOS À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No conjunto das entrevistas encontram-se presentes elementos que se mostram necessários para a classificação de risco e que compõem alguns dos requisitos funcionais para a criação do aplicativo e que não são contemplados nos manuais específicos disponibilizados ⁽¹⁵⁾ aos serviços de saúde.

Os enfermeiros afirmam que condição socioeconômica, escolaridade e raça são fatores que possuem o potencial de alterar o resultado de uma classificação de risco, indicando desta forma que os dados sociodemográficos são necessários a serem considerados na elaboração do aplicativo.

[...] Eu acho que interfere na parte medicamentosa [condição socioeconômica], porque às vezes o remédio por exemplo, não tem naquele mesmo... na rede pública. Daí o paciente deixa de tomar [...] (E9)

[...] é importante também a escolaridade, se é uma pessoa analfabeta, que não sabe ler, é um fator de risco né, até pra ela conseguir ler uma receita, um medicamento, enfim, basicamente é isso [...] (E8)

Outro aspecto assinalado refere-se aos fatores psicológicos e emocionais, que também podem alterar a classificação de risco. A condição psicológica em que o usuário se encontra e possíveis situações de vulnerabilidade são fatores relevantes para realizar a classificação, reiterando que cada usuário deve ser analisado individualmente.

Vai depender da condição do paciente, cada caso é um caso. Por exemplo, no caso do hipertenso, os exames de rotina, vai depender também do grau dele de classificação, então assim, cada paciente terá que ser analisado individualmente para ver suas necessidades. (E8)

Os enfermeiros consideram relevante para a classificação de risco conhecer o histórico familiar do usuário, sua posição no seio da família, assim como seus hábitos e estilo de vida (por exemplo, se ele é tabagista) e, nesta direção, emergiu na fala dos enfermeiros, como elemento importante, a utilização do genograma como ferramenta para a classificação de risco.

A alimentação ... ce vê o tanto que ... eu acho que eles tinham que arrumar uma atividade, porque você vê o que é gente que aposentou ... tem hora que você vê que dava pra trabalhar e as vezes não tava tão ruim quanto tá agora ... então acho que até isso, ocupar a cabeça. (E1)

Ah, condição familiar ... isso interfere ... mas se você pensar em outras partes, naquele genograma por exemplo, essa parte familiar é muito importante né ... porque você vê que isso leva assim né, ao infarto, a gente vê que essa parte cardíaca tem mesmo muita influência né ... a genética né ... eu tenho uma família aqui que quase todos os irmãos têm problema sério de coração sabe, então isso aí seria interessante mesmo. (E3)

A existência de exames e seus resultados mostram-se importantes, sendo o eletrocardiograma considerado um elemento relevante para classificar o usuário hipertenso. Adicionalmente mostra-se fundamental estar com resultados de exames recentes em mãos ao classificar o usuário.

[...] O ideal era ter tudo em mãos né, esses exames, pelo menos um ECG pra hipertenso, os exames mais recente que tá demorando a sair [...] (E4)

Doenças crônicas que ele possui, além da hipertensão e diabetes, medicação que usa, últimos resultados de exame, acho isso. (E5)

A capacidade do autocuidado foi indicada como um aspecto que interfere diretamente na classificação de risco.

Ah sim, interfere muito [a capacidade de autocuidado]. Por exemplo, acho que se o paciente não tiver ... igual eu falo, a gente orienta a fazer uma alimentação adequada, fazer uma atividade física, ele tem que fazer a parte dele, eu falo que é 50% / 50%, não é transferir tudo pro PSF, o paciente também tem que fazer a parte dele, essa coisa do autocuidado, essa conscientização de pelo menos 3 vezes na semana fazer uma caminhada né ... já ajuda bastante. (E4)

3.3 AS EXPECTATIVAS DOS ENFERMEIROS QUANTO AO APLICATIVO

A criação do aplicativo é indicada como uma possibilidade que irá facilitar a consulta de enfermagem e, no que diz respeito a classificação de risco, este será de grande auxílio principalmente quanto às orientações que devem ser oferecidas aos usuários, resultando em uma consulta de melhor qualidade.

Pelo que estou imaginando na minha cabeça vai ser muito bom, porque assim, já vai facilitar umas coisas, porque à medida que você vai colocando no computador ele vai te dando uma exata, você não vai precisar ficar pensando ... porque as vezes você tem que dar alguma orientação, você sempre acaba esquecendo alguma coisa e se você já tem ali os itens, você não vai esquecer ... paciente vai sair com mais qualidade da consulta. (E2)

No conjunto das entrevistas, o aplicativo é apontado como uma ferramenta para agilizar a classificação de risco, sendo também considerado como uma forma mais segura de colocá-la em prática.

Eu acho tudo válido, gosto, acho certo, acho válido, precisa mesmo, pra gente até ter uma segurança mesmo né. Porque as vezes a gente olha por exemplo uma pressão né, tem aquela coisa, se tá 16x10 fica aquela coisa, toma medicação, não toma, fica só nisso ... e tudo eu acho que hoje em dia você tem que ter um documento, alguma coisa pra te dar suporte, então eu acho válido [...] (E4)

4 DISCUSSÃO

A ESF enquanto uma proposta de política de saúde apresenta características voltadas à mudança do padrão de atenção à saúde, considerando seus elementos constitutivos alicerçados nos princípios e valores da APS⁽¹⁷⁾. Neste sentido, tem como foco o sujeito; a atenção organizada junto ao núcleo familiar, que se apresenta como central; ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, ampliando o rol de ações desenvolvidas para além da manutenção da saúde e da intervenção sobre agravos agudos.

Ademais, as ações previstas na ESF visam integrar a equipe e comunidade, fortalecendo os vínculos entre trabalhadores e população adscrita⁽¹⁸⁾, permitindo, dessa forma, que o enfermeiro possa construir seu espaço de atuação na prestação de cuidado seguro e qualificado, colocando-se como uma peça fundamental no planejamento, execução e seguimento das ações de saúde. Nesta perspectiva, o conjunto das ações previstas na ESF pode ainda trazer ao profissional enfermeiro maior reconhecimento profissional⁽¹⁹⁾.

Implantar a classificação de risco no atendimento a pacientes que apresentam HAS e/ou DM tem como objetivo principal qualificar o atendimento realizado pelo enfermeiro durante as consultas de enfermagem, permitindo assim maior grau de responsabilização do profissional e do usuário, além da satisfação deste último⁽²⁰⁻²¹⁾.

A Lei Federal 7.498/86⁽²²⁾, que dispõe sobre o exercício da profissão de enfermagem nas três categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, expressa e define em seu artigo 11, inciso I, alínea i, como atividade privativa do enfermeiro, a realização de consulta de enfermagem, ferramenta que se coloca na prática deste trabalhador⁽¹⁹⁾. Além deste caráter pelas disposições específicas da legislação, credita-se à consulta de enfermagem potencial de tornar o enfermeiro uma das peças fundamentais para colaborar no atendimento às necessidades dos usuários, para o qual ocorre uma relação única entre usuário e profissional, podendo se apresentar ainda como um espaço privilegiado para a reflexão de um saber e fazer específicos do enfermeiro⁽²³⁾ e que possa se direcionar para uma assistência centrada na integralidade da atenção.

A discussão acerca da classificação de risco no contexto da atenção básica vem ganhando espaço, principalmente no que diz respeito ao profissional apto a realizá-la. Todos os profissionais podem participar do acolhimento do paciente, no entanto, a classificação de risco deve ser realizada, segundo a legislação específica para as áreas profissionais, apenas por profissional de saúde de nível universitário capacitado para tal ação⁽²⁴⁾.

Alguns Conselhos Regionais de Medicina (CRM) divulgaram parecer relacionado à classificação de risco, deixando claro que esta deve ser realizada por médico ou enfermeiro, mediante treinamento, seguindo protocolos específicos e/ou normas da instituição⁽²⁴⁾. Esta, certamente, é uma discussão importante e leva em consideração a relevância da classificação de risco, que, quando realizada na direção da identificação de riscos e vulnerabilidades, se mostra eficaz e efetiva na organização do processo de trabalho da equipe de saúde e pode permitir o planejamento conjunto para o atendimento das necessidades dos usuários.

Neste sentido, cabe no campo da saúde a necessidade imperiosa de uma ação que possa motivar e estabelecer estratégias para a construção de um trabalho em equipe calcado na ação

interprofissional⁽²⁵⁾ e na consecução destas ações fundamentadas em saberes interdisciplinares. No momento atual, existe um consenso sobre o conceito de trabalho em equipe no setor saúde que pode caminhar na direção apontada⁽²⁴⁾, porém, ainda é predominante uma noção de equipe onde diversos profissionais apenas coexistem em uma mesma situação de trabalho, partilhando uma mesma estrutura física, numa visão e ação fragmentada em relação à clientela. Esta perspectiva de trabalho pode desencadear dificuldades na ação conjunta dos trabalhadores no atendimento às necessidades dos usuários, visto que é desejável que a equipe atue de forma integrada para assegurar a integralidade da atenção às necessidades de saúde da população⁽²⁵⁾.

Assim, credita-se à efetivação da integralidade da atenção à saúde a ação articulada, integrada e colaborativa dos diferentes profissionais de saúde, para a constituição de um trabalho em equipe que possa atender as necessidades dos usuários. A integralidade da atenção também se constrói a partir da utilização das distintas tecnologias presentes no campo da saúde; tecnologias leves, leveduras e duras⁽²⁶⁾.

Um cuidado necessário, quando da utilização de qualquer tecnologia virtual no campo da saúde, é que esta não substitua a interação direta, como a produção de acolhimento e cuidado. Na fala de E2, trazida anteriormente, chama a atenção quando diz que *“não vai precisar ficar pensando”*, ficando a dúvida se a utilização do aplicativo se dará como ferramenta ou como substituto da consulta e da interação necessária com o usuário, indo contra o propósito da integralidade.

Certamente, com o grande desenvolvimento tecnológico não é possível que o campo da saúde e o atendimento processado nesses serviços fique a parte deste movimento universal, contudo, a reflexão necessária se dá no sentido da tecnologia, em todas suas dimensões⁽²⁶⁾, se colocar a favor do atendimento de necessidades dos usuários e não como mero instrumento que vise o aumento de produtividade da ação de cuidado ao outro.

Os requisitos funcionais de um sistema descrevem o que ele deve fazer, correspondem às funcionalidades da aplicação, os serviços que o sistema deve oferecer e como o sistema deve reagir em determinadas situações. Estes requisitos dependem do tipo de software que será desenvolvido, de quem são seus possíveis usuários e da abordagem que será adotada⁽²⁷⁾. Assim, os enfermeiros indicaram elementos conceituais necessários à avaliação de risco para a HAS e DM, para além dos especificados na linha-guia⁽¹⁵⁾.

Considerar outros aspectos observados como necessários para a compreensão do usuário em sua singularidade e para além do quadro mórbido, mostrou-se fundamental para ampliar a classificação de risco, tomando a perspectiva colocada para o trabalho sustentado pelos atributos da

APS⁽¹⁰⁾, onde a história e a posição do usuário na composição familiar, assim como dados sócio econômicos e hábitos sejam considerados de importância.

No início do século XXI, o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (IMANC), sugeriu que o enfermeiro, com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população, deveria possuir uma série de competências essenciais, lançando mão de criterioso uso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores e reflexão na prática diária. Além disso, outra competência observada pelo IMANC e pela Associação Americana das Escolas de Enfermagem foi a utilização de tecnologia da informação como apoio para tomada de decisões⁽²⁸⁾.

A inclusão de smartphones na prática dos profissionais de saúde tem se apresentado bastante elevada, e, baseado nisso, aplicativos que possuem conteúdos com potencial de auxiliar a prática do cuidado vem ganhando espaço a cada dia, desde que se alinhem as diretrizes colocadas para o trabalho para além da busca de produtividade. Além disso, estudos mostram que, uma vez que os profissionais tenham acesso facilitado a ferramentas de referência, podem prestar assistência com melhor qualidade⁽²⁸⁾.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo permitiu identificar como os enfermeiros da atenção básica analisam a possibilidade da criação de um software para a classificação de risco de usuários que apresentam HAS e DM. Além disso, estes profissionais apontaram a inclusão de outros requisitos funcionais para além dos elementos conceituais estabelecidos e existentes para suporte ao trabalho na rede de atenção.

O estudo, mesmo considerando as perdas que impossibilitaram que todos os enfermeiros da atenção básica fossem entrevistados, permitiu apreender como os enfermeiros se posicionaram frente a ampliação dos requisitos funcionais na produção de um aplicativo para classificação de risco para usuários que convivem com condições crônicas, suas expectativas, sugestões e críticas a respeito. A possibilidade da produção de um aplicativo é vista como um facilitador do processo de classificação de risco e os enfermeiros observam que o uso de tecnologias de informação apresenta potencial de facilitar o acesso a uma gama de informações, servindo de certa forma, como um apoio ao trabalho desenvolvido na rede de atenção.

Os enfermeiros ressaltaram a importância de uma ferramenta que possa auxiliá-los no processo de classificação de risco. A possibilidade da criação de um aplicativo para smartphone traz a perspectiva de reduzir o tempo despendido pelos enfermeiros nesse processo, além de possibilitar

um melhor gerenciamento dos dados e das informações, permitindo articulá-los para um enfoque integral e integrado do usuário.

Assim, a intenção deste trabalho é possibilitar uma ponte para a criação do aplicativo, com a perspectiva futura de sua implantação e avaliação pelos enfermeiros, sem perder de vista as demais tecnologias presentes no desenvolvimento do trabalho em saúde e que em seu conjunto e articulação permitam a efetivação da integralidade da atenção.

Limitações do estudo

Apesar da análise de que a disponibilização de tecnologia virtual pode ser de grande utilidade na APS e de se apontar outros requisitos funcionais para a classificação de risco que considere o usuário para além de seus dados fisiopatológicos, pode-se indicar como limitação deste estudo sua realização em um único município do estado de Minas Gerais. A possibilidade de maior número de sujeitos e maior diversidade de cenários de prestação de assistência em serviços de atenção básica, talvez permitisse outros elementos que poderiam colaborar para maior aprofundamento desta discussão.

Implicações para pesquisas futuras

A utilização de ferramentas que permitam a sistematização e registro dos dados voltados à prestação do cuidado de enfermagem que possam ampliar o olhar sobre o sujeito do cuidado para além do agravo presente, incluindo a utilização de software, podem contribuir para a qualificação do trabalho dos enfermeiros na atenção básica, como uma tecnologia disponível para o trabalho cotidiano.

As contribuições dos enfermeiros indicam que a ampliação de requisitos funcionais para além dos aspectos fisiopatológicos da HAS e DM pode permitir que a longitudinalidade da atenção, enquanto um atributo da Atenção Primária à Saúde, se concretize.

Desta forma, é primordial permitir que outros elementos conceituais se voltem para considerar o sujeito em sua inserção familiar, social, econômica, seus hábitos e distintas dimensões de sua singularidade, considerando a possibilidade da disponibilização de um software para outros profissionais da equipe, cujos resultados da classificação de risco permitam o planejamento conjunto e a articulação do cuidado prestado por distintos profissionais da equipe.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Available from: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
- Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2003 [cited 2018 Mar 11]; 8(2): 569-584. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>
- Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo SA, Lapa e Silva JR, Salles AA, et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 12]; 50(19): 1-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005997.pdf
- Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' Clinical Practice in Primary Care: a Process Under Construction. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dez 10]; 19(1): 123-130. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf
- Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet] 2018 [cited 2018 Set 22]; 52: e03327. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_0080-6234-reeusp-52-e03327.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6
- Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. Available from: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>
- Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf
- Filha FSSC, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adherence and perception of users accompanied by the Family Health Strategy. *Rev. RENE* [Internet]. 2011 [cited 2018 Abr 15]; 12(esp): 930-936. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
- Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>

Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. REME rev. min. enferm. [Internet]. 2008 [cited 2018 Abr 09]; 12(4): 581-586. Available from: reme.org.br/exportar-pdf/304/v12n4a18.pdf

Strudwick G. Predicting Nurses' Use of Healthcare Technology Using the Technology Acceptance Model. Comput. inform. nurs. [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 10]; 33(5): 189-198. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25974361>

Goes TM, Polaro SHI, Gonçalves LHT. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. Enferm. foco (Brasília) [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 12]; 7(2): 47-517. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/794/319>.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. 3ª edição atualizada. Belo Horizonte, 2013. Available from: <https://pt.scribd.com/document/299275306/Linha-Guia-Hipertensao-Diabetes-Doenca-Renal>

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, Conterno JR, Minosso KC. Effectiveness of the Family Health Strategy in units with, and without, the Mais Médicos (More Doctors) Program in a municipality in the west of Paraná state, Brazil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 10]; 21(9): 2849-2860. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2849.pdf>

Fernandes CS, Martins MM, Gomes BP, Gomes JA, Gonçalves LHT. Family Nursing Game: Desenvolvendo um jogo de tabuleiro sobre Família. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 14]; 20(1): 33-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0033.pdf>

Carneiro AD, Moraes GSN, Costa SFG, Batista PSS, Costa KC. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos éticos e legais. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2008 [cited 2017 Dez 05]; 10(3): 756-765. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a21.pdf

Sousa LD, Lunardi Filho WD, Cezar-Vaz MR, Figueiredo PP. A clínica como prática arborífica e rizomórfica do trabalho em enfermagem cirúrgica. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 22]; 47(6): 1389-1396. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01389.pdf>

Sousa LD, Filho WDL, Thofehrn MB. Visibilidade do trabalho do enfermeiro no contexto do modelo clínico de assistência. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2015 [cited Set 24]; 23(3): 407-412. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a19.pdf>

Brasil. Decreto nº 94.406 de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1987.

Ferraccioli P, Acioli S. As diferentes dimensões do cuidado na prática realizada por enfermeiros no âmbito da atenção básica. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 9(1): 28-36. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3964/pdf_1

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface comun. saúde educ.* [Internet]. 2016 [cited 2018 Set 22]; 20(56): 199-201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0199.pdf>

Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of non- transmissible chronic diseases. *Interface comun. saúde educ.* [Internet]. 2010 [cited 2017 Dez 12]; 14(34): 593-605. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510>

Tibes CMS, Dias JD, Zem-Mascarenhas, SH. Mobile applications developed for the health sector in Brazil: an integrative literature review. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Set 13]; 18(2): 1-5. Available from: www.reme.org.br/exportar-pdf/940/v18n2a16.pdf

Rodrigo J, Souza EG, Januário MM. Informatics competencies essential to decision making in nursing management. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Set 13]; 50(1): 109-117. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000100015>.

SILVA, Áchelles Monise Batista da et al. Territorialização em saúde na atenção primária: relato de experiência de acadêmicos em medicina. *Brazilian Journal of health Review.* 2020 [cited 2020 Jul 25]; 3(4): 8793-8805. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13538/11345>.