

Tecnologia digital e gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência no Distrito Federal, Brasil

Digital technology and care management in Primary Health Care: an experience report in the Federal District, Brazil

Tecnología digital y gestión de la atención en la Atención Primaria de Salud: un relato de experiencia en el Distrito Federal, Brasil

Daniele Caséca Ruffo

Médica pela Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil;
E-mail: daniele.Ruffo@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9013-9070

Esdras Morais Sobreiro Lima

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, PI, Brasil;
E-mail: esdraslima@aluno.uespi.br; ORCID: 0000-0002-2622-3304

Samanta Hosokawa Dias de Nóvoa Rocha

Médica pela Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil;
E-mail: samantahosokawa@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8170-5763

Contribuição dos autores: DCR contribuiu para o desenho do estudo e da metodologia, a vivência e relato da experiência descrita e a escrita do artigo. EMSL atuou na análise e relato da experiência, e na escrita e revisão do artigo. SHDNR contribuiu no desenho do estudo e da metodologia, na análise da experiência e na revisão do artigo. Todos os autores concordaram com a versão final e assumem responsabilidade pela integridade do trabalho. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 03/07/2024

Aprovado em: 19/03/2025

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência da implementação do Trello em uma Unidade Básica de Saúde vinculada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, como possibilidade de aprimoramento dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. A implementação da ferramenta foi conduzida por uma médica residente atuante em campo, por aproximadamente seis meses entre 2021 e 2022. Os instrumentos de coleta de dados foram a observação empírica e o registro das vivências. Frente às limitações percebidas, houve a confecção de um quadro teste com os pacientes do matriciamento e apresentação à equipe para demonstração do aplicativo como possibilidade para contornar os obstáculos relatados. A vivência demonstrou vantagens na gestão dos grupos de pacientes e na coordenação do cuidado. As problemáticas motivadoras foram completamente endereçadas e, assim, a utilização desta ferramenta possibilitou uma busca ativa e mais precoce, melhorando a eficiência da gestão do cuidado e facilitando a discussão de casos entre os profissionais. Destaca-se como potencialidade a capacidade de automatizar alguns processos de trabalho, enquanto a necessidade de capacitação adequada da equipe, a proteção dos dados e o risco de fragmentação e plataformização do cuidado indicam limitações a serem consideradas. Este trabalho contribui com uma experiência inédita que pode proporcionar bases para que outras equipes utilizem essa ferramenta ou motivar atualizações do Prontuário Eletrônico do Cidadão para que sejam implementadas novas funcionalidades que contribuam com os processos de trabalho dentro da atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Saúde Digital; Integralidade em Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

Abstract: This study aims to describe the experience of implementing Trello in a Basic Health Unit linked to the Health Department of the Federal District, as a possibility of improving work processes in Primary Health Care. The tool's implementation was led by a resident physician working in the field for approximately six months between 2021 and 2022. The data collection instruments were empirical observation and recording of experiences. Given the perceived limitations, a test chart was created with the patients in the matrix and presented to the team to demonstrate the application as a possibility to overcome the reported obstacles. The experience

demonstrated advantages in the management of patient groups and the coordination of care. The motivating problems were fully addressed, and thus, the use of this tool enabled an active and earlier search, improving the efficiency of care management and facilitating the discussion of cases among professionals. The potential to automate some work processes stands out, whilst the need for adequate team training, data protection, and the risk of fragmentation and platformization of care indicate limitations that must be considered. This work contributes with an unprecedented experience that can provide a basis for other teams to use this tool or motivate updates to the Electronic Citizen's Medical Record so that new functionalities can be implemented that contribute to work processes within primary care.

Keywords: Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Digital Health; Integrality in Health; Family Practice.

Resumen: Este estudio busca describir la experiencia de implementación de Trello en una Unidad Básica de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, como una posibilidad para mejorar los procesos de trabajo en la Atención Primaria de Salud. La implementación de la herramienta fue liderada por una médica residente de campo durante aproximadamente seis meses, entre 2021 y 2022. Los instrumentos de recolección de datos fueron la observación empírica y el registro de experiencias. Dadas las limitaciones percibidas, se creó una tabla de prueba con los pacientes de la matriz y se presentó al equipo para demostrar la aplicación como una posibilidad para superar los obstáculos reportados. La experiencia demostró ventajas en gestión de grupos de pacientes y coordinación de la atención. Las cuestiones motivadoras fueron abordadas íntegramente, por lo que la utilización de esta herramienta posibilitó una búsqueda activa y más temprana, mejorando la eficiencia de la gestión asistencial y facilitando la discusión de casos entre profesionales. La capacidad de automatizar algunos procesos de trabajo se destaca como un potencial, mientras que la necesidad de una capacitación adecuada del equipo, la protección de datos y el riesgo de fragmentación y platafización de la atención apuntan a limitaciones que deben considerarse. Este trabajo aporta una experiencia inédita que puede servir de base para que otros equipos utilicen esta herramienta o motivar actualizaciones de la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano para que se puedan implementar

nuevas funcionalidades que contribuyan a los procesos de trabajo dentro de la atención primaria.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Salud Digital; Integralidad en Salud; Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um sistema de serviços que oferece porta de entrada a todas as necessidades de saúde dos usuários, promovendo cuidado ao longo do tempo com abordagem integral. Esse nível de atenção é guiado por quatro princípios nucleares: Acesso, Coordenação do Cuidado, Longitudinalidade e Integralidade.^{1,2}

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, adota-se como modelo de organização da APS a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual comporta diversos ambientes de atendimento possíveis, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) a mais comum. Dentro desta, encontram-se as equipes de saúde da família (eSF), que atuam dentro de um território definido, cobrindo uma população que pode variar entre 2000 e 4000 pessoas.³

As equipes são compostas de enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, médico, se possível especialista em Medicina de Família e Comunidade, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também podem coexistir Equipes de Saúde Bucal e Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) - que, anteriormente à Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, eram conhecidas como equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) - , estas últimas com profissionais de diversas áreas, como psicologia, nutrição e assistência social, trabalhando junto com a eSF.^{3,4}

O princípio nuclear da APS de coordenação do cuidado trata da cooperação entre diferentes profissionais acerca do cuidado de um paciente, procurando a melhor comunicação entre os responsáveis por ele, principalmente nos momentos de transição, além de gerenciar o itinerário do paciente na rede de atenção à saúde.^{1,2}

Nesse sentido, Mendes propõe um modelo de atenção às condições crônicas baseado na classificação de risco do ponto de vista patológico e de determinantes sociais de saúde, de modo a classificar em cinco níveis de gravidade, com ações em saúde proporcionais a cada nível, o que organiza os processos de coordenação do cuidado.⁵

Os níveis um e dois consistem em pessoas sem condições crônicas, que se beneficiam de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. O nível três representa pessoas com condições crônicas simples e o nível quatro, com condições complexas, que se beneficiam da gestão da condição de saúde (ou seja, elaboração de um plano de autocuidado apoiado em conjunto com o paciente, com monitoramento periódico pela equipe de saúde, além de suporte de especialistas focais). O nível cinco corresponde a pacientes com condições muito complexas, beneficiados por gestão de caso, que consiste na elaboração de plano de cuidados envolvendo múltiplos serviços sob monitoramento de um ou mais profissionais de saúde.⁵

Relacionada de maneira importante à Coordenação do Cuidado, a Gestão do Cuidado, também denominada Gerenciamento do Cuidado, compila atos profissionais que se utilizam da estrutura e de processos administrativos da APS, bem como tecnologias presentes no cotidiano do profissional para a sua concretização, no sentido de promover intervenções diretas aos usuários ou articulações entre os profissionais da equipe de saúde.⁶

As tecnologias em saúde podem ser divididas em leves, leves-duras e duras. Leves são aquelas que são estabelecidas no trabalho orgânico, ou seja, a partir da interação de indivíduos. Leves-duras são aquelas resultantes da aplicação de conhecimento. Duras são aquelas intermediadas por instrumentos.⁷

Neste escopo, a tecnologia dura tem se mostrado ferramenta com ganho progressivo de importância para a Gestão do Cuidado no âmbito do SUS, pelo menos desde 2012, com o lançamento da estratégia eletrônica do Sistema Único de Saúde (e-SUS) com o objetivo de fornecer ferramentas digitais para registros clínicos, em alinhamento com recomendações da Organização

Mundial da Saúde (OMS) relacionadas a estratégias digitais para o fortalecimento dos sistemas de saúde.^{8,9}

Assim, por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), profissionais das diversas esferas da assistência conseguem obter e alimentar informações sobre todo o processo de cuidado do usuário do serviço. Dessa forma, há um diálogo entre os profissionais que o acompanham, facilitando a determinação das estratégias adotadas e diminuindo erros decorrentes de desencontro de informações. Ainda, é possível gerar diversos relatórios situacionais e listas de determinados grupos populacionais, sumarização de principais características da população adscrita, entre outras informações.¹⁰⁻

13

Por outro lado, as tecnologias já oferecidas pelo Sistema Único de Saúde ainda são insuficientes no que diz respeito à gestão e à coordenação do cuidado, por diversos fatores, tais como: dificuldade de integração entre os diversos serviços e setores, bem como o desestímulo e a falta de fiscalização para o abastecimento dos sistemas.^{13,14}

Em vista disso, o fomento à criação e à divulgação de novas ferramentas para incremento da APS é abordado na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e dentro das competências da Secretaria de Informação e Saúde digital, estratégias inseridas em um contexto mais amplo de mudança da gestão de instituições de saúde para a gestão da saúde de populações, caracterizando a prática da saúde digital.^{15,16}

Nesse contexto, uma das possibilidades de tecnologias disponíveis é o Trello, uma ferramenta online que pode ser acessada em computadores e dispositivos móveis pertencente à Atlassian, uma empresa de desenvolvimento de sistemas voltados ao aprimoramento da gestão de projetos e de tarefas.¹⁷

Em sua interface, há a possibilidade de criar 'Quadros', um espaço em branco para criação de listas que pode ser compartilhado com qualquer pessoa, via *e-mail* ou *link*. Em cada lista, podem ser adicionados cartões. Dentro de cada cartão é possível adicionar informações, checklists, anexos, atribuir responsáveis pela tarefa, adicionar local (o que gera uma visualização em

mapa para visão geral), prazos, lembretes, etiquetas, entre muitos outros recursos.¹⁷

Isso posto, a APS é a principal porta de entrada do SUS e é a ordenadora da rede, concentrando, em si, o cuidado em cerca de 85% das situações que chegam até ela. Para tal, é necessário que todos os atributos nucleares estejam presentes, mas especialmente, tratando-se desse tópico, a coordenação de cuidado. Ordenar a rede de assistência à saúde e os planos terapêuticos individuais da população é desafiador e complexo, exigindo uma organização das informações para facilitar o monitoramento dos dados.^{1,2}

Por conseguinte, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência da implementação do Trello em uma Unidade Básica de Saúde vinculada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), como possibilidade de aprimoramento dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um trabalho qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, baseado nas vivências dentro de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade frente ao uso do aplicativo Trello no aprimoramento dos processos de trabalho. A implementação da ferramenta foi conduzida por uma das médicas residentes atuantes no programa, por um período de aproximadamente seis meses, entre 2021 e 2022. Os instrumentos de coleta de dados foram a observação empírica e o registro das vivências por parte da médica-residente.¹⁸⁻¹⁹

Aspectos éticos

O trabalho seguiu as recomendações da Resolução CNS 510 de 2016 e recebeu aprovação do comitê de ética da Fiocruz Brasília no parecer de número 5.704.733, emitido em 17 de outubro de 2022.²⁰

Contexto

O cenário escolhido corresponde à unidade básica de saúde (UBS) 11 de Samambaia, localizada no Distrito Federal. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra De Domicílios (PDAD) 2021, a Região Administrativa de Samambaia

conta com aproximadamente 248.000 pessoas, sendo 51,7% do sexo feminino e com uma idade média de 32 anos. Dos moradores de Samambaia, constatou-se que 41,3% informaram ter utilizado as UBS na última ocasião de necessidade, sendo o principal motivo da ida às unidades doenças como dor, febre, diarreia, entre outras.²¹

No período de implementação da ferramenta, o serviço contava com quatro equipes de saúde da família (eSF), identificadas de forma numérica pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e por cor pela população, da seguinte forma: 45 (verde), 46 (amarela), 47 (laranja) e 48 (vermelha).

Também contava com quatro equipes de saúde bucal (eSB) e uma equipe eMulti - na época Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) -, composta por profissionais de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Nutrição, Farmácia e Fisioterapia. Recebia estudantes de medicina do internato e residentes de Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde Mental. A equipe escolhida para desenvolver o trabalho foi a 45, pois era o cenário de atuação da residente que implementou a utilização da ferramenta citada.

Como os processos eram geridos anteriormente

As equipes discutiam mensalmente com o NASF os casos dos pacientes que se encontravam no nível cinco de complexidade do modelo de Mendes. Para organizar as discussões de matriciamento, os dados de cadastro, como nome, Cartão Nacional do SUS (CNS) e endereço, diagnósticos ativos e pactuações eram inseridos em planilha eletrônica de Excel. A planilha ficava salva em uma pasta compartilhada em uma intranet disponível para todos os servidores da SES-DF. Esta era projetada no momento da reunião para que todos pudessem visualizar, e editada em tempo real ou quando algum profissional realizava as pactuações propostas e inseria essa informação na planilha.^{5,22}

Nesse processo, foram identificadas como limitações a dificuldade de acessar a planilha por mais de um usuário ao mesmo tempo, trazendo prejuízo à discussão conjunta quando o projetor de imagens não estava disponível, além de perda de dados quando algum profissional esquecia de salvar as

alterações, ou editava a versão desatualizada do mês anterior, gerando confusão dos dados e dificuldade de acompanhar as pactuações realizadas. Além disso, não era possível anexar arquivos, o que gerava a necessidade de criar em plataforma diversa genogramas ou relatórios, levando à perda de dados em algumas ocasiões.

Além disso, a equipe mantinha em planilhas eletrônicas a lista dos pacientes com condições crônicas ou em ciclos de vida que demandavam múltiplas intervenções da equipe ao longo do tempo. Segundo esse critério, foram selecionados para serem listados os pacientes hipertensos e diabéticos, portadores de condições com dispensação de psicotrópicos, gestantes, crianças até cinco anos de idade, tabagistas e mulheres em idade de rastreios oncológicos.

Essas planilhas, que eram alimentadas pela eSF e pela eMulti, continham dados de cadastro, como nome, endereço, telefone, Cadastro de Pessoa Física (CPF), além de dados específicos de cada grupo: hipertensos e diabéticos possuíam descrição do uso ou não de insulino terapia, gestantes e crianças a data da última consulta e mulheres em idade de rastreios a data do último exame realizado. Estas eram alimentadas pelos agentes comunitários de saúde.

Outra ferramenta utilizada eram os relatórios operacionais do PEC, que continham esses dados e, de forma mais fidedigna, sua influência nos indicadores de saúde, o que motivava a profissional de enfermagem a utilizar somente essa fonte de dados. No entanto, em ambos os instrumentos, inexistia qualquer classificação de risco, dificultando o resgate rápido desse dado para planejamento de atividades coletivas. Além disso, nem sempre a data da última consulta ajudava a prever a data de retorno e assim viabilizar a checagem dos pacientes que necessitavam de busca ativa. Como os instrumentos utilizados pela equipe eram diferentes, também havia, em parte das reuniões, discrepâncias de dados entre eles.

Processo de desenvolvimento da solução

Frente às limitações percebidas no contexto em que a médica-residente estava inserida, esta começou a discutir com a equipe 45 suas observações, e todos os integrantes identificavam as mesmas dificuldades. Então, houve a

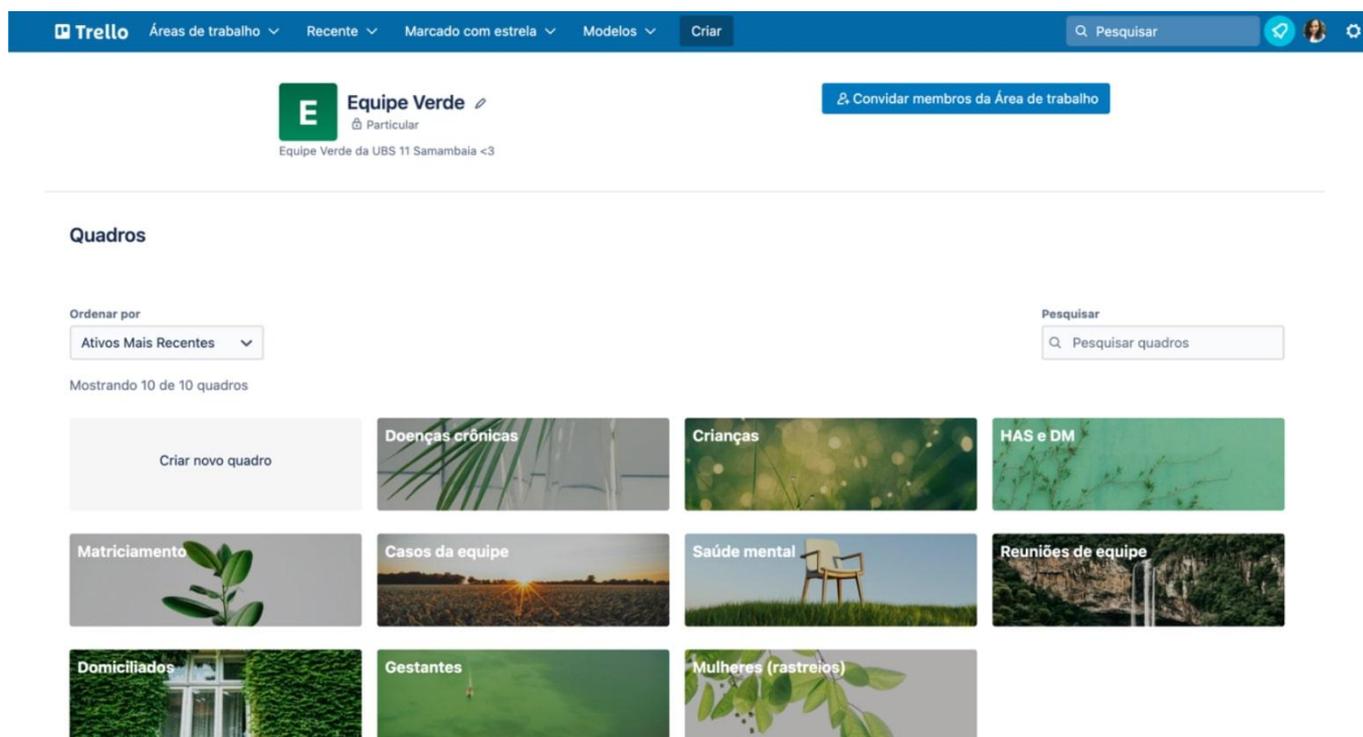
confecção de um quadro teste com os pacientes do matriciamento no aplicativo Trello e a sua apresentação à equipe para demonstração do aplicativo como possibilidade de ferramenta para contornar os obstáculos relatados. A ideia partiu de experiência positiva prévia da autora com o aplicativo em contexto de gestão de projetos em equipe.

Após a demonstração, foi realizada a proposta formal de uso para os processos de trabalho dentro da eSF. A equipe expressou verbalmente o aceite da proposição e solicitou capacitação para seu uso. A partir disso, foram realizados quatro momentos de capacitações em reuniões de equipe e encontros individuais. Foram criados quadros baseados nos grupos já acompanhados pela equipe e compartilhados por e-mail com todos os membros.

Inicialmente, os dados eram alimentados pela médica residente, com a previsão de ampliar a condução do processo após a habituação dos demais membros, com atualização das informações após os atendimentos e em horário reservado para trabalho administrativo. A profissional de enfermagem seguiu utilizando os relatórios do PEC e auxiliava na atualização dos dados após as reuniões de equipe, momento em que os agentes comunitários de saúde faziam o mesmo.

Para a centralização das informações, foi criado um login no Trello com o e-mail da equipe, o qual foi compartilhado para o e-mail de todos os membros. Quando a interface era aberta, visualizavam-se diversos quadros, dentre os quais: Matriciamento (para os casos que eram matriciados junto à equipe eMulti), Casos da Equipe (para os casos que eram mais complexos, mas não estavam em matriciamento), Gestantes, Crianças (para crianças e adolescentes), HAS e DM (para pacientes hipertensos e diabéticos), Doenças crônicas (para pacientes com doenças crônicas excluindo afecções de saúde mental), Saúde mental (para pacientes portadores de afecções de saúde mental), Domiciliados, Reuniões de equipe (para compilar as pactuações da equipe) e Mulheres - rastreio (para acompanhamento de solicitação e resultados de Citologia oncótica - CCO) (Imagem 1).

Imagem 1. Quadros desenvolvidos no aplicativo Trello.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para melhor demonstrar como essa ferramenta era utilizada, será descrito abaixo o quadro referente aos pacientes hipertensos e diabéticos como exemplo dos demais (Imagem 2).

Os pacientes eram divididos por agente comunitário de saúde responsável pela cobertura do território de moradia, o que facilitava visualizar a distribuição nas microáreas e identificação do agente responsável. O nome de cada paciente era inserido em cartões, os quais continham etiquetas com a classificação de risco, dados de cadastro, resumo do caso clínico, *checklist* com pendências e data prevista de retorno.

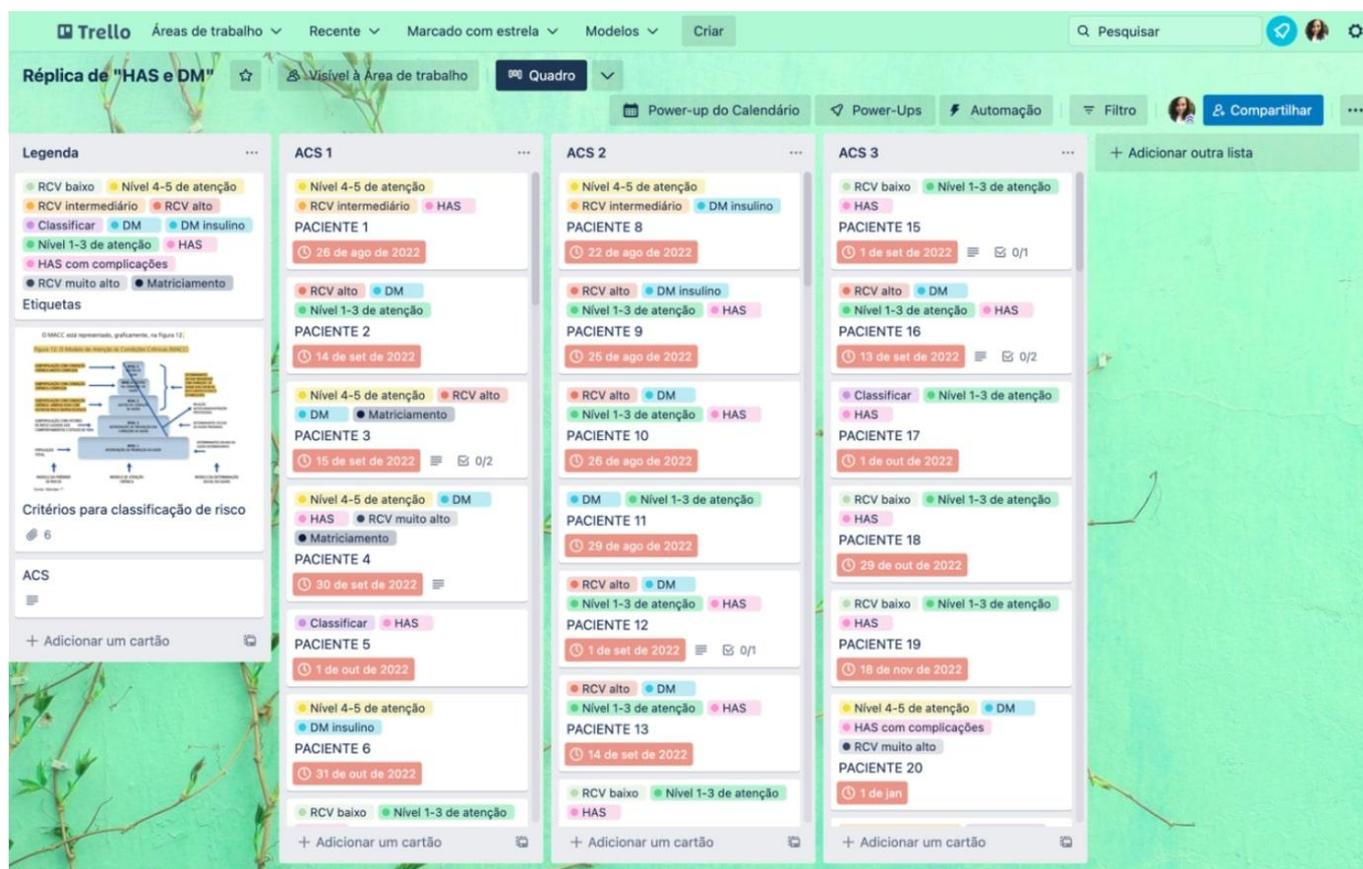
Além disso, era possível utilizar um filtro com as características mais convenientes para as necessidades de planejamento, o qual foi utilizado para entender melhor o perfil dos pacientes da equipe, e uma ferramenta de calendário, que ajudava a visualizar as datas de retorno para consulta distribuídas ao longo do tempo, facilitando o planejamento das atividades.

Também eram inseridos relatórios de contrarreferência e materiais de apoio, além de genograma dos pacientes que o possuíam, facilitando a visualização do contexto familiar particular do paciente. As datas de retorno previstas eram monitoradas semanalmente nas reuniões de equipe e, se identificados pacientes que já deveriam ter retornado, era contactado o agente responsável para entender o que havia impedido esse retorno. Na maior parte das vezes, eram relatados problemas relacionados à limitação de acesso, e a equipe buscava nesse momento soluções para dificuldades pontuais e para prevenção de recorrência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência de adoção do Trello e o seu uso contínuo por aproximadamente seis meses para a organização de informações sobre a população adscrita à equipe de saúde da família demonstrou, de forma geral, melhoria dos processos de trabalho. As problemáticas motivadoras da abordagem realizada foram completamente endereçadas, de modo que as informações passaram a ser compartilhadas em tempo real, por mais de um usuário concomitantemente.

Imagem 2. Réplica do quadro referente aos pacientes hipertensos e diabéticos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Além disso, foi possível incluir dados não textuais - como genogramas - sem necessidade de pastas adicionais, e garantir a preservação dos dados por meio da atualização automática e da reunião de informações em um espaço integrado. Desse modo, observou-se maior qualidade nas discussões, na medida em que foi possível adicionar mais ferramentas e dados aos momentos de reunião em equipe.

Outro avanço notado foi quanto ao planejamento. As datas de retorno ficaram mais visíveis e eram dispostas em calendário, deixando em destaque as que estavam em atraso. Isso viabilizou uma busca ativa mais precoce e também o planejamento de atividades, como visitas domiciliares às puérperas e recém-nascidos previstos ao longo do ano.

Tais pontos melhoraram a eficiência da gestão do cuidado e facilitaram a discussão de casos entre os profissionais de saúde, além de terem facilitado o compartilhamento de informações sobre os casos matriciados entre a eSF, o NASF e a gerência. Além disso, contribuíram para o fortalecimento dos demais princípios norteadores, em especial a longitudinalidade e o acesso, na medida em que facilitaram a visualização de demandas pela equipe.

Também foi possível identificar de forma clara o perfil da população com a utilização dos filtros por etiqueta correspondente, gerando dados sobre comorbidades, risco cardiovascular e nível de atenção de cada paciente. Isso permitiu planejar melhor atividades coletivas e estratégias de prevenção para a população adscrita. No Quadro 1, pode-se conferir a síntese das lacunas observadas e as melhorias após a experiência.

Quadro 1. Síntese comparativa entre as ferramentas disponíveis antes e depois da implementação da ferramenta.

Ferramentas disponíveis	Antes	Depois
Compartilhamento de informações em tempo real e acesso concomitante	Variável	Presente
Compatibilidade da plataforma com o anexo de Genogramas, Relatórios e dados não textuais	Ausente	Presente
Atualização automática e salvamento das edições realizadas em uma mesma interface	Ausente	Presente
Instrumento de classificação de risco e filtragem de pacientes	Ausente	Presente
Possibilidade de monitoramento das datas previstas de retorno	Ausente	Presente

Fonte: Elaborado pelos autores.

Outrossim, os resultados desta experiência foram compartilhados com outras equipes de saúde, que adotaram o uso do Trello em suas práticas cotidianas e obtiveram mais sucesso em mantê-lo em atividade até o último contato realizado. Uma equipe chegou a explorar outras funcionalidades específicas da ferramenta, como a geolocalização de pacientes, resumizando os dados em um mapa, possibilitando georreferenciamento. Esses recursos encontravam-se disponíveis gratuitamente até 2023, quando passaram a ser oferecidos apenas na versão paga do aplicativo.

Entretanto, identificou-se uma limitação relacionada à capacitação e à motivação dos membros da equipe, pois, apesar de não apresentarem dúvidas sobre a ferramenta durante o treinamento inicial e de demonstrarem receptividade para a inovação, houve uma interrupção na atualização dos dados após a saída da residente que implementou a ferramenta. Este fato resultou em atrasos na atualização das informações, prejudicando a efetividade do uso do Trello.

Logo, nota-se a relação entre a aplicação desta tecnologia dura e a disponibilidade de tecnologia leve-dura, ou seja, de conhecimento técnico por parte dos profissionais, visto que a consolidação da primeira está interligada com a segunda. Para superar esta limitação, sugere-se simplificar a utilização da ferramenta, com ampliação progressiva, envolvendo mais membros da equipe no processo de capacitação e atualização de dados.

Ademais, é essencial considerar as questões relacionadas à proteção de dados, ressaltando que a política de privacidade do Trello e as configurações de proteção de dados garantem que seus dados não são compartilhados a terceiros sem autorização do operador, e que a empresa possui uma página específica sobre a adequação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) brasileira, sancionada em 2018 e aplicada a partir de 2021.^{23,24}

Do ponto de vista da responsabilidade dos profissionais envolvidos, todas as mudanças nos quadros eram registradas em histórico e disponibilizadas apenas aos usuários credenciados, o que possibilitava monitorar as alterações realizadas e o usuário responsável, de modo que a análise de dados estava restrita à equipe de saúde.

Todavia, entende-se que a saúde digital surge como uma nova tendência para a mitigação de desafios relativos a custos e necessidades de pacientes, mas se relaciona diretamente com o processo de plataformatização do Estado que, dentre outras características, baseia-se na privatização de estruturas públicas para a geração de receitas financeiras. Assim, apesar da aparente adequação à legislação brasileira, a plataforma é privada e de código fechado, sendo imperativo considerar o potencial aprisionamento do sistema de saúde em uma lógica de eficiência capitalista que se relaciona com o desmantelo histórico do seu caráter público e universal.⁸

Nesse viés, sugere-se desenvolver as funcionalidades apresentadas na própria interface do PEC e-SUS, abordando as nuances apresentadas, mas seguindo o objetivo de garantir que exista um Ecossistema de Inovação que aproveite ao máximo o Ambiente de Interconectividade em Saúde, através da estruturação de uma rede colaborativa que estimula o compartilhamento de experiências, conhecimentos, culturas e práticas, previsto na prioridade número sete da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028.²⁵

Possíveis mudanças incluiriam o acréscimo de espaço para anexos em prontuário, a possibilidade de etiquetar e filtrar os pacientes, a criação de um campo de data prevista para retorno com possibilidade de ativação de alertas quando houvesse atraso, além de uma opção de visualização em lista e/ou calendário dessas informações. Tais inovações têm potencial de diminuir a utilização de ferramentas fora do PEC, o que pode ser vantajoso para evitar fragmentação e perda de informações importantes para o seguimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O emprego de tecnologias desempenha um papel significativo na organização de processos de trabalho, oferecendo uma gama de opções potencialmente facilitadoras da gestão do cuidado. Na APS, destaca-se o PEC e-SUS como uma das interfaces já utilizadas, tratando-se de um sistema com várias ferramentas que auxiliam as equipes de saúde em diversos fins. No entanto, algumas informações não estão acessíveis facilmente, a depender da necessidade de cada equipe, como data prevista de retorno e alarmes para lembrete, classificação de risco dos pacientes, dentre outras funcionalidades que estão disponíveis em outras ferramentas, como a

descrita neste relato. Os aplicativos de dispositivos móveis, nesse contexto, se mostram importantes aliados para alcançar objetivos das equipes de saúde, podendo ser utilizados em conjunto com o PEC e-SUS para otimizar as potencialidades e ampliar o alcance das ações desenvolvidas.

A utilização do aplicativo Trello com essa finalidade é uma das possibilidades - possivelmente inédita -, pois não foram identificados na literatura, até o presente momento, outros relatos de experiência publicados sobre sua utilização nesse contexto. Dessa forma, o presente trabalho assume relevância ao proporcionar bases para que outras equipes possam utilizar essa ferramenta ou se inspirar em ideias descritas aqui para implementar outras inovações, com o objetivo de otimizar os processos de trabalho dentro das eSF. Destaca-se como potencialidade a capacidade de automatizar alguns processos de trabalho, enquanto a necessidade de capacitação adequada da equipe e a proteção dos dados apontam limitações a serem consideradas.

Por fim, é importante destacar que o uso de outras plataformas pode trazer facilidades, mas também traz consigo o risco de fragmentar informações e, conseqüentemente, comprometer a integridade do cuidado, além de contribuir para o processo de enfraquecimento do SUS. Considerando riscos e benefícios, parece ser mais estratégico desenvolver dentro do PEC e-SUS ferramentas que são encontradas em outros sistemas. Além disso, é interessante avaliar o uso de novas ferramentas por um tempo mais prolongado e com mais ferramentas de análise, obtendo um juízo mais amplo sobre o desempenho, potencialidades e riscos envolvidos com as plataformas e recursos utilizados.

REFERÊNCIAS

1. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de família e comunidade. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2019.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1ª ed. UNESCO, Ministério da Saúde, editores. Brasília: UNESCO; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União; 2023.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017.

5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
6. dos Santos JLG, Lima MAD da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2011;32(4):695–702. doi:10.1590/S1983-14472011000400009.
7. Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
8. Rachid R, Fornazin M, Castro L, Gonçalves LH, Penteadó BE. Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2023;28(7):2143–53. doi:10.1590/1413-81232023287.14302022.
9. World Health Organization (WHO). International Telecommunication Union. National eHealth Strategy Toolkit. Geneva: WHO; 2012.
10. Hemetério Araujo MCM, de Moraes Vanderlei LC, de Medeiros Mendes MF, de Frias PG. The thinking and acting of health professionals on the coordination between the assistance levels of the health care network. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2021;26(8):3359–70. doi:10.1590/1413-81232021268.04032020.
11. Ministério da Saúde. Perguntas frequentes da estratégia e-SUS AB [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2015. 24 p.
12. Ministério da Saúde. Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão-PEC (versão 3.1) [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2018. 466 p.
13. Celuppi IC, Mohr ETB, Felisberto M, Rodrigues TS, Hammes JF, Cunha CL, et al. Ten years of the citizen's electronic health record e-SUS Primary Healthcare: in search of an electronic Unified Health System. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2024;58:23. doi:10.11606/s1518-8787.2024058005770.
14. Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim F da C, Brito MJM. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em Equipes de Saúde da Família. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022;27:e79641. doi:10.5380/ce.v27i0.79641.
15. Ministério da saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2016. 56 p.
16. Secretaria de Informação e Saúde Digital [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 24 abr. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/competencias>
17. Atlassian. Trello [Internet]. 2023 [citado 16 jan. 2023]. Disponível em: <https://trello.com>
18. Prodanov CC, de Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [Internet]. 2ª ed. Novo Hamburgo-RS: Universidade Feevale; 2013.
19. Mussi RDF, Flores FF, & Almeida CD. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Prax Educ*. 2021;17(48):1-18. doi:10.22481/praxisedu.v17i48.9010.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS Nº 510, de 7 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União; 2016.

21. Governo do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios (PDAD) 2021: Relatório Codeplan. Brasília-DF: Codeplan; 2022. 137 p.
22. Microsoft Corporation. Microsoft Excel [Internet]. 2023 [citado 16 jan. 2023]. Disponível em: <https://office.microsoft.com/excel>
23. Privacy Policy [Internet]. Atlassian; 2023 [citado 16 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.atlassian.com/legal/privacy-policy#what-this-policy-covers>
24. Atlassian's LGPD Commitment. Atlassian; 2024 [citado 24 abr. 2024]. Disponível em: <https://www.atlassian.com/trust/privacy/country/brazil-and-lgpd#:~:text=Atlassian%20and%20the%20LGPD&text=We%20have%20amended%20our%20privacy,as%20names%20and%20email%20addresses>
25. Ministério da saúde. Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2020.