

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

KLÉBIO RIBEIRO SILVA DE MARTIN

**TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um olhar sobre a
implantação do *e-visita* para os agentes comunitários de saúde**

Belo Horizonte 2022

KLÉBIO RIBEIRO SILVA DE MARTIN

**TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um olhar sobre a
implantação do e-visita para os agentes comunitários de saúde**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviço de Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG como requisito para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida

Coorientador: Prof. Dr. Ulysses Panisset

M379t Martin, Klébio Ribeiro Silva de.
Tecnologias da informação na Atenção Primária [recursos eletrônicos]: um olhar sobre a implantação do e-visita para os agentes comunitários de saúde. / Klébio Ribeiro Silva de Martin. - - Belo Horizonte: 2022.
100f.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Vanessa de Almeida.
Coorientador (a): Ulysses Panisset.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Fluxo de Trabalho. 3. Sistemas de Informação em Saúde. 4. Estratégias de eSaúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Almeida, Vanessa de. II. Panisset, Ulysses. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 21.5

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

ATA DA DEFESA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 67 (SESSENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO KLÉBIO RIBEIRO SILVA DE MARTIN PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 30 (trinta) dias do mês de junho de dois mil e vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um olhar sobre a implantação do e-visita para os agentes comunitários de saúde", do aluno *Klébio Ribeiro Silva de Martin*, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Professora Vanessa de Almeida, Professor Ulysses de Barros Panisset, Helvécio Miranda Magalhães Júnior e Professor Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- () APROVADO;
(X) APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, laurei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 30 de junho de 2022.

Profª. Drª. Professora Vanessa de Almeida
Membro Titular – Orientadora (UFMG)

Prof. Dr. Ulysses de Barros Panisset
Membro Titular – Coorientador (UFMG)

Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Membro Titular (FIOCRUZ BH)

Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa de Almeida Guerra, Subchefe**, em 07/07/2022, às 21:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ulysses de Barros Panisset, Professor do Magistério Superior**, em 11/07/2022, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **H MAGALHAES JR, Usuário Externo**, em 11/07/2022, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, Chefe de departamento**, em 14/07/2022, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1582097** e o código CRC **2AA99DF1**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 67 (SESSENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO - ANEXO

Modificação em dissertação

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado do candidato **Klébio Ribeiro Silva de Martin**.

As modificações foram as seguintes:

1. Modificação no Produto Técnico
2. Rever a estruturação dos resultados
3. Alteração nos objetivos
4. Alteração na metodologia do estudo

NOMES E ASSINATURAS

Profª. Drª. Professora Vanessa de Almeida

Membro Titular – Orientadora (UFMG)

Prof. Dr. Ulysses de Barros Panisset

Membro Titular – Coorientador (UFMG)

Dr. Helvélio Miranda Magalhães Júnior

Membro Titular (FIOCRUZ BH)

Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Membro Titular (UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa de Almeida Guerra, Subchefe**, em 07/07/2022, às 21:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ulysses de Barros Panisset, Professor do Magistério Superior**, em 11/07/2022, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **H MAGALHAES JR, Usuário Externo**, em 11/07/2022, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, Chefe de departamento**, em 14/07/2022, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1582130** e o código CRC **091005DB**.

AGRADECIMENTOS

Extenuar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, às quais dedico especialmente este projeto de vida.

Inicialmente a DEUS, por ter me concedido a vida e a oportunidade de entendimento e evolução mediante esta vivência. A minha FAMÍLIA: minha mãe Noeme, minha esposa Fernanda, meus filhos Guilherme e Nykole, meus irmãos, meu sogro Olímpio e sogra Graça, que DEUS me deu de presente para trazer muitas alegrias e me conceder a oportunidade de amar de forma irrestrita.

Gratidão, especialmente, a minha mãe Noeme, minha esposa Fernanda e minha irmã Kelly, por estarem sempre ao meu lado mesmo nos momentos mais difíceis e de insatisfação.

À Professora Vanessa de Almeida e ao Professor Ulysses Panisset pela oportunidade, carinho, compreensão e ensinamentos, que foram essenciais para a conclusão desta conquista. Aos colegas de turma e de trabalho, em especial, à Vanessa Vida pelos momentos de apoio e aprendizado.

Agradeço às novas instigações que DEUS tem me oferecido. É isso que me faz caminhar e encarar a vida como um renascimento a cada dia.

Por fim, o meu cava e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, me estimulando intelectual e emocionalmente.

“A experiência nunca falha, apenas as nossas opiniões falham, ao esperar da experiência aquilo que ela não é capaz de oferecer”.

Leonardo da Vinci

Resumo

O presente projeto de pesquisa discorre sobre a implantação de *software* para agentes comunitários de saúde (ACS), em Belo Horizonte, terceira cidade mais populosa da Região Sudeste do Brasil. Na tentativa de otimizar e potencializar ainda mais a qualidade do trabalho dos ACS, o município desenvolveu um *software* denominado *e-visita*. Por meio desse sistema de processamento de dados, o profissional poderá registrar as visitas realizadas, bem como realizar o cadastro e atualização de dados da população e ainda ações específicas de vigilância aoterritório em um único sistema. Esse estudo tem o objetivo de analisar o processo deimplantação do projeto *e-visita*, seus desafios e potencialidades de uma ferramenta da qualificação do processo de trabalho dos ACS, no município. A presente pesquisa de campo utiliza o método exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um questionário semiestruturado (online) para gestor, enfermeiros e ACS, e um grupo focal com os ACS de forma presencial para maior aprofundamento da temática. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ser enfermeiro da equipe de saúde da família da unidade pesquisada, gestor da unidade ou ACS realizando atividade de campo e utilizando o sistema *e-visita*. O material coletado nos questionários e entrevistas foi analisado conforme os pressupostos de uma concepção crítica de linguagem de análise de conteúdo. A construção do *e-visita* foi um marco histórico na rede SUS-BH, tendo em vista os benefícios trazidos ao desenvolvimento das ações em nível territorial, ampliando e qualificando o trabalho das equipes de saúde da família e do ACS como integrante desse grupo de profissionais. Esse *software* trouxe vários benefícios para a rotina de trabalho durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, no processo de atualização de dados cadastrais dos usuários, na facilidade do registro da visita a partir da identificação da família e, ainda, diminuindo o retrabalho dos profissionais. Espera-se que este estudo contribua para aprimoramento da utilização do *software* e, conseqüentemente, com o processo de trabalho do ACS por meio da identificação de barreiras, desafios, facilitadores e limitações do próprio sistema.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de saúde, trabalhadores comunitários de saúde, Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, sistema de informação em saúde, e-health, m-saúde.

ABSTRACT

This research project discusses the implementation of a software designed for community health workers (CHWs, community health agents in Brazil) in Belo Horizonte, the third largest city in the Southeast Region of Brazil. The municipality developed a software called *e-visita* in an effort to optimize and further enhance the quality of the CHWs work processes. Through this data processing system, the professional is able to record the visits made, as well as the registration and updating of population data and even specific surveillance actions in the territory, all in a single system. This study aims to analyze the implementation process of the *e-visita* project, as a tool for the qualification of the CHW work processes in the different territories of the municipality, both its challenges and potentialities. The present field research uses the exploratory, descriptive qualitative approach method. Data collection instruments used were a semi-structured questionnaire (online) for the primary healthcare center manager, nurses, and CHW and a focus group carried out in person with CHWs to further explore the study topic. The inclusion criteria to participate in the research were: being a nurse on the family health team of the PHC unit, the unit manager, or CHW performing field activities and using the e-visit system. The content of the material collected from the questionnaires and interviews was analyzed according to the assumptions of a critical conception of content analysis. The recorded audios were also transcribed, facilitating the reading and identification of the categories that emerged from the content of the responses, which were later regrouped into a smaller number of categories. This study is expected to contribute to improving both the use of the software and the work process of the CHW, through the identification of barriers, challenges, facilitators and limitations of the system itself.

Keywords: Community Health Agent, community health workers, Work Process of Community Health Agents (ACS), health information system, e-health, m-health.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| FIGURA 01: Mapa dos Centros de Saúde da Regional Pampulha | 34 |
| FIGURA 02: Páginas iniciais do e-visita | 92 |
| FIGURA 03: Página de seleção do Centro de Saúde do ACS | 92 |
| FIGURA 04: Página de seleção da Microárea do ACS | 93 |
| FIGURA 05: Página das quadras existentes em uma microáreas | 94 |
| FIGURA 06: Página das microáreas apresentadas no e-visita | 94 |
| FIGURA 07: Campo de busca de família no <i>e-visita</i> | 95 |
| FIGURA 08: Consultar família no <i>e-visita</i> | 96 |
| FIGURA 09: Campo de ocupações para seleção do ACS no <i>e-visita</i> | 97 |
| FIGURA 10: Campo para registro de telefone do usuário | 97 |
| FIGURA 11: Consultar cidadão | 98 |
| FIGURA 12: Campo registros da visita domiciliar do ACS | 99 |
| FIGURA 13: Campos para situação referida <i>e-Visita</i> | 99 |
| FIGURA 14: Campo de registro de óbito <i>e-Visita</i> | 100 |
| FIGURA 15: Campo Busca Ativa <i>e-Visita</i> | 100 |

LISTA DE QUADROS E TABELAS

| | |
|---|----|
| QUADRO 01: Centros de Saúde e eSF | 86 |
| QUADRO 02: Síntese das Funcionalidades por Perfil | 91 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

CS - Centro de Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF- Equipe de Saúde da Família

GAERE - Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação

GEAPS - Gerência de Atenção Primária à Saúde

IVS - Índice de Vulnerabilidade à Saúde

MS- Ministério da Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento do Sustentáveis

PACS - Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PNAB - Política Nacional de Atenção Primária

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

RAG - Relatório Anual de Gestão

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISREDE - Sistema de Saúde em Rede

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico de Saúde Bucal

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

VD - Visita Domiciliar

Sumário

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 20 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 20 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 21 |
| 4. | REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 4.1. | Atenção Primária à Saúde: Princípios e Diretrizes | |
| 4.2. | Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) | 24 |
| 4.3. | Tecnologia da Informação em Saúde | 27 |
| 5 | METODOLOGIA DA PESQUISA | 31 |
| 5.1 | Tipo de abordagem da pesquisa | 31 |
| 5.2 | Participantes e cenário do estudo | 32 |
| 5.3 | Técnica de coleta de dados | 35 |
| 1º | momento: questionário de levantamento de dados | 35 |
| 2º | momento: grupo focal | 36 |
| 5.4 | Técnica de análise de dados | 38 |
| 5.5 | Considerações Éticas | 39 |
| 5.5.1 | Riscos | 40 |
| 5.1.2 | Benefícios | 40 |
| 5.1.3 | Limitações do estudo | 41 |
| 6 | VIABILIDADE DE EXECUÇÃO | 41 |
| 7 | RESULTADOS | 42 |
| 7.1 | Apresentação dos questionários | 42 |
| 7.2 | Categoria temáticas | 45 |
| 7.2.2- | Supervisão do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde | 55 |
| 8. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60 |
| | REFERÊNCIAS | 63 |
| | APÊNDICES | 75 |
| | APÊNDICE 02: QUESTIONÁRIO SOBRE IMPLANTAÇÃO DO <i>E-VISITA</i> –GESTOR ENFERMEIRO | 79 |
| | APÊNDICE 03: QUESTIONÁRIO SOBRE IMPLANTAÇÃO DO <i>E-VISITA</i> - ACS | 82 |
| | APÊNDICE 04: Perguntas norteadoras do grupo focal com os ACS | 84 |
| | PRODUTO TÉCNICO | 84 |
| | INTRODUÇÃO | 84 |
| | RESULTADOS | 86 |
| | VISUALIZAÇÃO DAS TELAS DO <i>e-VISITA</i> | 90 |

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeiro por formação. Minha trajetória, a partir da graduação em Enfermagem, foi direcionada para a área da Saúde Pública com vários estágios nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, sempre observando e acompanhando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Durante toda a minha trajetória, pude perceber, cada vez mais, que os ACS têm um olhar peculiar no território, que permite à equipe de saúde da família (eSF) ampliar sua compreensão sobre os principais aspectos e questões imbricadas nas relações humanas, sendo capazes de antever fatores de proteção e risco do adoecimento das pessoas presentes naquele território. Os ACS são, definitivamente, elos importantes entre a comunidade e as eSF, sempre buscando auxiliar a população a encontrar soluções eficazes para as questões relativas à saúde por meio da presença na comunidade (COSTA, SD *et al.*, 2013). São profissionais que atuam, estrategicamente, na comunidade como ponto de apoio entre a rede e a população, provocando mudanças no modelo assistencial ao descentralizar a provisão do serviço por meio de ações desenvolvidas no território.

Dessa forma, as minhas atividades profissionais têm sido desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte como Referência Técnica e, ainda, como preceptor de estágio supervisionado no município de Betim para alunos do 10º período da graduação em Enfermagem. A partir dessa experiência, pude perceber que a APS tem o papel fundamental de organizar os serviços para promover a integralidade do cuidado, assim como garantir a realização de ajustes nas ações e serviços locais de saúde, visando compreender as necessidades da população e a superação das iniquidades entre as regiões do município.

Diante do cenário de trabalhar com a Normatização e Prática do Trabalho do ACS em Belo Horizonte, tive a oportunidade ímpar de participar da construção de um *software* para registro das atividades de campo dos ACS do município, o que resultou na mudança do processo de trabalho nos níveis local, regional e municipal.

Essa rica experiência me instigou a buscar novos aprendizados e a enfrentar desafios frente à pesquisa, conhecendo mais e melhor sobre o desenvolvimento e implantação do *software* no dia a dia de trabalho desses profissionais.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de assistência da Atenção Primária à Saúde (APS) que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (BRASIL, 2017) em todos os ciclos de vida de forma integral e contínua. Essa estratégia visa ampliar o acesso da população ao sistema de saúde público, promover o cuidado integral da pessoa e estimular a vinculação do usuário aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A ESF é composta por equipes de Saúde da Família (eSF) constituídas por enfermeiro, médico generalista, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico/auxiliar de saúde bucal, dentista e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2017).

O município de Belo Horizonte, em 2002, aderiu à ESF para reorganizar a APS. Desde sua implantação, a organização da atenção à saúde ocorre a partir da definição de territórios e áreas de abrangência vinculadas aos Centros de Saúde (CS) e às eSF. Os CS, a porta principal de entrada dos usuários para outros pontos de atenção, são estruturas robustas que oferecem diversos serviços para a população ao longo de doze horas de funcionamento diário, tais como: consultas eletivas e atendimento à demanda espontânea, administração e dispensação de medicamentos, aplicação de vacinas e visita domiciliar, dentre outros (BELO HORIZONTE, 2018).

Dessa forma, o trabalho do ACS em Belo Horizonte destaca-se pela importância na efetivação das diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da visita domiciliar, promovendo a coordenação do cuidado, vigilância em saúde, diagnóstico das necessidades do território e gestão da equidade. Além disso, possui relevante contribuição nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas que podem ser realizadas em domicílios ou em espaços coletivos do CS ou da comunidade (BELO HORIZONTE, 2019).

O profissional de saúde, ao prestar cuidados à população assistida, expõe-se a agentes infecciosos e à carga de trabalho extenuante, além da sobrecarga de demandas (LESSA, 2013) e falta de condições adequadas para a realização de um bom trabalho (CARDOSO, 2015), ademais, assume responsabilidades que estão acima da sua capacidade de intervenção, necessitando, estar em constante adaptação às normas técnicas e tecnologias ofertadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SMSA (Secretaria Municipal de Saúde).

Paralelamente a isso, a APS revela uma presença rica e diversificada de tecnologias leves que condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização de tecnologias leves de grande complexidade. Para este estudo, as tecnologias em saúde são representadas como recursos técnico-assistenciais, modelos estratégicos e programas de saúde, além daquelas consideradas de alta densidade tecnológica (TOMA, 2015).

A Portaria Nacional de Atenção Básica Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Esse nível de atenção utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e tem como orientação princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2017).

É de conhecimento que a incorporação da tecnologia da informação por meio do registro eletrônico de dados na APS, em especial do trabalho do ACS, transforma a organização do trabalho e as práticas profissionais. Porém observa-se, ao longo dos anos, que não houve incremento de recursos tecnológicos para essa prática (GAVA, 2015). Alguns estudos têm demonstrado a necessidade das tecnologias em saúde como forma de potencializar ações efetivas ao pensar em diferentes lógicas da gestão, discernindo aspectos estratégicos de diferentes ações, inclusive, no contexto da APS e do território sob seus cuidados podendo desenvolver estratégias de acompanhamento para vigilância e monitoramento do território (TOMA et al., 2015; BRASIL, 2010; NOVAES; SOÁREZ, 2016).

O território é um espaço dinâmico, em constante construção e transformação, que promove condições para o desenvolvimento de saúde ou doença. É caracterizado pelo conjunto de situações históricas, ambientais, sociais, culturais, geopolíticas, ideológicas e econômicas, onde as pessoas e as famílias residem, circulam, trabalham e constroem seus hábitos de vida. É nesse espaço que os ACS realizam as visitas domiciliares,

atualizações e cadastro dos usuários (BELO HORIZONTE, 2019).

Assim, o município de Belo Horizonte avançou na construção da tecnologia da informação denominada como *e-visita* e iniciou a sua implantação, no mês de agosto de 2020, nos Centros de Saúde (CS). Esse *software* permite o registro da visita domiciliar, do cadastro e atualização de dados cadastrais de usuários no SUS-BH, assim como a vigilância, acompanhamento, monitoramento, busca ativa de usuários, planejamento de ações em saúde, atualização de dados pessoais, sociodemográficos e de moradia dos usuários, e possibilita, também, fazer a inserção da localização por meio do georreferenciamento das pessoas no território de residência.

Dentro dessa perspectiva, o *e-visita* vem para sistematizar, otimizar e organizar o trabalho do ACS, podendo passar a emitir relatórios assistenciais para contribuir com a qualidade do trabalho e na supervisão das atividades desenvolvidas pelo profissional. No entanto, a premissa para que o CS possa receber o *e-visita* é que este esteja implantado na metodologia de trabalho por quarteirão, na rotina dos ACS.

A metodologia de trabalho por quarteirão consiste no acompanhamento das pessoas por quadras (Belo Horizonte, 2019). Os dados codificados por quarteirões permitem que se faça o georreferenciamento, com utilização de bases geográficas processadas pela Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (Prodabel), possibilitando a análise espacial das ações e dos indicadores epidemiológicos e operacionais, instrumentos balizadores para tomadas de decisões.

Essa lógica de trabalho foi desenhada para otimizar o tempo para identificação de agravos prevalentes e problemas na comunidade. Os quarteirões podem ser regulares, quando circundados totalmente, ou irregulares, quando não é possível ao ACS circundá-los totalmente. Todas as quadras possuem um código gerado pela Prodabel e fornecido para as unidades de saúde por meio de mapas produzidos pela Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE). Esse código é essencial para a lógica de trabalho na metodologia do quarteirão (BELO HORIZONTE, 2019).

O registro das atividades de campo é realizado por meio de fichas de visita domiciliar territorial, e cadastro de família e domicílio nos formulários adaptados do Ministério da Saúde. Esses formulários são manuscritos pelo ACS que, posteriormente à visita

domiciliar, precisa digitar os dados no Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE-BH) e no e-SUS, ou seja, no sistema do município de Belo Horizonte e do Ministério da Saúde, respectivamente. O processo consome um tempo considerável do ACS para a digitação dos dados. Além do processo gerar retrabalho para o profissional, este é passível de equívocos de registro devido à grafia, muitas vezes, de difícil leitura.

Para ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER (1999), o problema de pesquisa é definido como uma indagação referente à relação entre duas ou mais variáveis. No caso desta pesquisa, levanta-se a seguinte indagação: Quais são as principais potencialidades, facilidades e desafios no processo de implantação da ferramenta *e-visita* nas atividades desenvolvidas pelos ACS, em microáreas do município de Belo Horizonte?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer potencialidades e desafios da implantação da ferramenta *e-visita* no processo de trabalho de ACS, no Centro de Saúde Itamarati do município de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil demográfico dos ACS envolvidos no processo de implantação da ferramenta *e-visita*.

Identificar possíveis melhorias no processo de trabalho dos profissionais envolvidos na utilização da ferramenta *e-visita*.

Conhecer potencialidades e desafios da implantação da ferramenta *e-visita* no processo de trabalho dos ACS.

3 JUSTIFICATIVA

Dentre as atribuições que competem ao ACS, pode-se destacar o trabalho com a adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e o cadastro de todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação. Essas informações devem ser utilizadas de forma sistemática, com apoio da equipe para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2017).

Dessa forma, os ACS constroem elo entre os usuários, o CS e demais membros da eSF por meio da visita domiciliar (VD), momento este importante e estratégico para se estabelecer e fortalecer a relação de vínculo com usuários e famílias (BARALHAS; PEREIRA, 2011; SANTOS; MORAIS, 2011). A VD é a oportunidade para que o profissional conheça as necessidades da família por meio da escuta ativa, registro das informações, e auxílio na resolução dos problemas evidenciados (CARLI et al., 2014). Nesse cenário, é preciso instrumentalizar os ACS com ferramentas para fins não somente de registro informatizado como também de interação com as famílias, para que possam circular vídeos, mensagens, fotos, e ações informativas e educativas relevantes em saúde pública, ofertando assim, momentos oportunos de prevenção e promoção em saúde (BARROS, 2010). No seu dia a dia, o ACS mantém vínculos e afetos nos enfrentamentos comunitários, demandas e necessidades sociais. De fato, considera-se que os vínculos entre os usuários e agentes comunitários de saúde são potentes e resolutivos na prevenção e promoção da saúde (PINTO, 2017, p.709).

As informações de acompanhamento e de vigilância em saúde registradas pelo ACS no *e-visita* são pautas importantes não só para as reuniões de eSF e matriciamentos, mas também para a supervisão do enfermeiro que poderá orientar, capacitar e planejar as ações do profissional, norteando os percursos conforme necessidades de cada condição de saúde e demandas das pessoas (BELO HORIZONTE, 2019).

De acordo com a Nota Técnica 013/2019 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a supervisão é algo inseparável de qualquer processo de trabalho, é realizada com profissionais de distintas formações, e podem contribuir para a melhoria dos processos assistenciais.

A supervisão, o acompanhamento e a coordenação do trabalho do ACS pelo enfermeiro por meio do *e-visita* contribuem com essa supervisão, tendo em vista que o enfermeiro poderá selecionar o percurso das visitas e respectivos registros a serem validados (BELO HORIZONTE, 2019).

Portanto, o presente estudo se justifica por permitir uma reflexão sobre os possíveis benefícios e impactos na implantação de um sistema informatizado utilizado pelos ACS, bem como os prováveis desafios tecnológicos enfrentados por esses profissionais. A importância da investigação está no fato de ela possibilitar um diagnóstico do processo de implementação, seus desafios e potencialidades na visão daqueles que fazem uso do sistema, o que contribui para a melhoria contínua da informatização da APS.

Os produtos esperados para a pesquisa são a apresentação dos resultados e sua análise para a regional de saúde pesquisada e gestores da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS) da SMSA, visando ao aprimoramento da implementação do *e-visita*.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Atenção Primária à Saúde: Princípios e Diretrizes

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido pelo MS como um “sistema de saúde integral, universal, equitativo, descentralizado operacional e administrativamente, implantado nacionalmente com legislação, cultura, práticas e princípios bem estabelecidos” (BRASIL, 2017) e tem em sua estrutura uma divisão em três níveis de complexidade que consiste em baixa, média e alta complexidade ou atenção primária, secundária e terciária, respectivamente (MENDES, 2015).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017). Dentre seus princípios, atributos e funções destacam-se a responsabilização sanitária, a adscrição dos usuários e vínculo, a acessibilidade, o acolhimento e a porta de entrada preferencial, o cuidado longitudinal e integral, a resolutividade, a coordenação do cuidado, a ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o trabalho em equipe multiprofissional e a territorialização (BRASIL, 2017; MENDES, 2015). De fato, o Brasil utiliza de boas práticas e das melhores evidências científicas globais disponíveis para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família (STARFIELD, 2001).

Segundo Milton Santos (1999), o território consiste em lugares com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele fazem parte ambientes construídos e ambientes naturais, sendo, sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. Na perspectiva da vigilância à saúde, o território é o local a partir do qual se organizam as ações de promoção, prevenção e controle dos eventos em saúde, tendo o ACS um papel primordial junto aos demais membros da eSF.

Para STARFIELD (2001), o aumento da cobertura dos serviços de APS no Brasil por meio da ESF evidencia, nacional e internacionalmente, uma crescente associação entre melhores resultados de saúde e maior presença e extensão dos atributos da APS.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2018, Belo Horizonte possui cobertura de Atenção Primária à Saúde de 100% e cobertura de Estratégia Saúde da Família de 81,2%, com 589 equipes de Saúde da Família implantadas. O município possui 303 Equipes de Saúde Bucal, com estimativa de cobertura de 41,8% (RAG, 2018). Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) somam 82 equipes. Há ainda oito equipes de Consultório na Rua implantadas e 77 Polos de Academia da Cidade (BELO HORIZONTE, 2018).

As eSF são formadas por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 auxiliar de enfermagem ou Técnico de Enfermagem, de 04 a 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Dentista, 01 Técnico de Saúde Bucal (TSB) ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (BELOHORIZONTE, 2008). Já a referência de cobertura da população por Equipe de Saúde da Família segue conforme um parâmetro que foi construído com base no Índice de vulnerabilidade à Saúde (IVS), um indicador que leva em consideração a vulnerabilidade do território e o risco de adoecimento dos indivíduos. Assim, em áreas de risco muito elevado, uma eSF é responsável por um quantitativo de 2.400 a 2.800 pessoas, em áreas de risco elevado por 2.800 a 3.400 pessoas e em áreas de risco médio por 3.400 a 4.000 pessoas (BELO HORIZONTE, 2008).

4.2. Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) previu uma escassez global de 18 milhões de trabalhadores da saúde até 2030 (WHO, 2018). Uma solução proposta pela OMS para suprir essa lacuna tem sido a de defender o recrutamento, treinamento e implantação de agentes comunitários de saúde (ACS) em países de baixa e média renda (O'DONOVAN, 2018). Sendo assim, a importância do incentivo ao investimento no trabalho desenvolvido pelo ACS junto às famílias, comunidades e coletividade.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro deu origem a várias estratégias e programas de intervenção, entre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que teve a profissão regulamentada, em 2002, quando foi sancionada a Lei 10.507 criando a profissão, cujo exercício deve ser, exclusivamente, no âmbito do

SUS (BRASIL, 2002).

Esse investimento iniciou-se na década de 1990, sendo decisivo para a categoria dos ACS devido aos bons resultados apresentados a partir do trabalho realizado. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de reorganizar o modelo de atenção básica no país. Em 1997, foi estabelecida a base legal para a profissão, com a publicação de um documento normativo contendo suas atribuições básicas. Em 1999, foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Após 11 anos de atuação, em 2002, foi oficialmente criada a profissão de ACS e, em 2006, foi editada uma medida provisória que regulamenta suas atividades (BARROS, 2010).

Ainda segundo BARROS (2010), no ano de 1991, o MS, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente na região Nordeste do Brasil.

Feroz (2020) destaca que as evidências sugerem que os serviços oferecidos por esses trabalhadores têm ajudado no declínio das taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil e na carga de doenças transmissíveis e não transmissíveis, e, ainda, que, em países de baixa e média renda, os trabalhadores comunitários de saúde são o componente central da APS, pois atuam como ponte entre as comunidades e as unidades de saúde. No entanto, a cobertura e o progresso necessários para atingir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são ainda lentos. O consenso sobre esse ritmo atual de progresso é que ele se relaciona com os restritos investimentos financeiros e em recursos humanos na área da saúde.

As atribuições dos ACS incluem o mapeamento da área de abrangência, a identificação de indivíduos e famílias expostos a vulnerabilidades e riscos e a realização do cuidado em saúde, proporcionando atendimento humanizado (BRASIL, 2017).

No período de 1998 à 2015, os ACS registravam sua produtividade por meio de formulários criados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (SIAB).

Dentre os formulários mais utilizados pelos ACS, pode-se destacar a ficha "A" que agregava informações relacionadas ao cadastro das famílias na microárea do ACS, a ficha "B" que agregava informações relativas ao acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), Tuberculose (TB), Hanseníase (HAN) e Gestantes (GES); e, por último, a ficha "C" que trazia uma cópia da carteira de vacinação da criança, chamada "cartão sombra", no qual o ACS deveria anotar as informações obtidas na visita domiciliar a partir da visualização do cartão de vacinação original.

As fichas mencionadas foram adaptadas pelo município de Belo Horizonte. A ficha utilizada para coleta dos dados relacionados às condições de saúde das pessoas era a 2F6. Nela, os ACS registravam as atividades de acompanhamento realizadas por dia e mês, sem necessariamente especificar ou registrar a qual indivíduo foi direcionada a ação da visita domiciliar. Feito isso, esse quantitativo era consolidado no formulário 2Q6 e encaminhado para a respectiva regional de saúde para digitação no SIAB por um estagiário. Em junho de 2013, por meio da portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, o MS instituiu o SISAB, e a estratégia e-SUS AB para sua operacionalização.

Dessa forma, na tentativa de qualificar a gestão da informação e ampliar a qualidade do atendimento à população, no ano de 2016, Belo Horizonte implantou o e-SUS para fins de digitação das atividades realizadas pelo ACS.

Esse sistema permite a inserção de dados individuais dos usuários a partir do número do CNS sem distingui-lo do núcleo familiar pertencente, situação essa que foi considerada arriscada por não exibir o nome do usuário nem mesmo no formulário manuscrito. Entretanto, o município adaptou o formulário de visita domiciliar e territorial disponibilizado pelo MS constando no cabeçalho informações mais robustas referentes aos usuários e ao respectivo núcleo familiar.

Atualmente, para realizar a visita domiciliar, o ACS utiliza, no mínimo, três formulários, o de visita domiciliar e territorial, o de cadastro de usuário e o de cadastro de domicílio. Essas ferramentas são valiosos instrumentos de registros individuais e por núcleo familiar para acompanhamento das famílias adscritas no território, agregando importantes informações ao histórico de saúde de cada usuário e possibilitando, assim, a vigilância em saúde na

comunidade. Além disso, é por meio destes que o ACS registra sua produção em campo (BELO HORIZONTE, 2019).

Feito isso e posterior à visita, os dados coletados por meio dos instrumentos anteriormente descritos são digitados pelo ACS, no sistema de informação próprio da Prefeitura de Belo Horizonte (SISREDE) e do Ministério da Saúde-MS (e-SUS), gerando assim um retrabalho para o profissional e o risco de inserir informações mal compreendidas registradas nos formulários manuscritos (BELO HORIZONTE, 2019).

4.3. Tecnologia da Informação em Saúde

Para Gonçalves (2020), as tecnologias digitais são cada vez mais usadas para colaborar com os sistemas de saúde, ofertando opções flexíveis para comunicação e troca de experiências. Estas podem ser utilizadas para fins de diagnóstico, monitoramento e terapêutica, quando os participantes estão separados por distância ou tempo ou ambos, com o objetivo de sempre melhorar e qualificar a saúde de indivíduos e comunidades.

Para Novoa (2019), ao longo do tempo, o uso de tecnologias da informação e comunicação foi se desenvolvendo, apresentando novas tendências e inovações. No século XX, surgiram as tecnologias de tratamento e disseminação da informação por excelência, destacando-se o uso dos computadores e as redes de informações. Os investimentos tecnológicos em saúde tiveram seu início, na década de 1970, nos Estados Unidos. Entretanto só tiveram início no Brasil, em 1990, por meio do financiamento externo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do projeto governamental “Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde”, que focava no aprimoramento e gestão da proposta de avaliação dos sistemas e serviços de saúde.

Vale ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde já havia apontado, em 2011, a necessidade de se desenvolver um sistema de informação que agilizasse a atenção primária e a gestão informatizada (SANTOS; FERREIRA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011).

A institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no SUS teve um marco com a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) há quase duas décadas, com o intuito de garantir o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Três políticas nacionais são preponderantes ao processo de desenvolvimento de tecnologias em saúde na APS: a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde (NOVAES & SOÁREZ, 2016).

A Administração de Serviços de Recursos de Saúde (2019) define telessaúde como o uso de informações eletrônicas e tecnologias de telecomunicações para apoiar cuidados clínicos de saúde à distância, educação de pacientes e profissionais de saúde, saúde pública e administração em saúde. E essas tecnologias incluem videoconferência, internet, imagem *store-and-forward*, *streaming media* e comunicações terrestres e sem fio.

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), publicada em 2016, considera o conceito e-Saúde como uma estratégia para a adoção de padrões de informática em saúde mundiais, sendo um dos pilares para a integração de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), e orienta as ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC) para todo o sistema de saúde brasileiro. O SNIS permite não apenas uma maior abrangência na difusão da informação como também o desenvolvimento do conceito de Saúde Digital e seus diversos equipamentos e tecnologias (*smartphones*, *smartbands*, oxímetros), bem como os novos conceitos de Internet das coisas, sendo esta uma rede de objetos físicos, como: veículos, prédios e outros dotados de tecnologia embarcada, sensores e conexão com a rede capaz de

reunir e de transmitir dados, ou seja, Inteligência Artificial, Big Data e análise de dados, com o pensamento em uma estratégia global (NOVOA, 2019).

Para Silva (2018), o sucesso na implantação de tecnologias da informação no contexto da saúde depende do reconhecimento desse processo de trabalho, suas especificidades, sua estruturação adequada e do desenvolvimento das pessoas. É imprescindível repensar a coleta e o registro das informações nos sistemas de *software* da estratégia e-SUS para além do uso de papéis. É necessário que os profissionais, seja no domicílio do usuário ou nas unidades de saúde da família, já realizem o cadastro das informações diretamente no sistema por meio de dispositivos de registro eletrônico.

Ainda para Silva (2018), o sistema de *software* da estratégia e-SUS AB acabou por endossar a lógica de processo de trabalho em saúde, focado no cumprimento de ordenamentos normativos, sem reflexão, limitando a compreensão da tecnologia como um instrumento viabilizador de números e padrões, mais um elemento da parafernália burocrática. Davis (2015) acredita que a aceitação de uma tecnologia está atrelada à percepção do sujeito sob duas dimensões: a facilidade de uso percebida e a utilidade percebida. Para Gava (2015), o uso obrigatório da informática no trabalho contribui para a inclusão digital na vida de dentro e de fora do trabalho, e à medida que o profissional inicia a atividade junto ao instrumento, há maior probabilidade de realizar outras tentativas de acesso à informática, vencendo o mito e o preconceito à tecnologia.

Desse modo, os recursos de informática devem facilitar o acesso aos serviços de saúde, agilizando e humanizando o agendamento e o acolhimento das demandas de saúde e promovendo a utilização de informações em saúde por iniciativa do usuário, superando-se, assim, o tradicional uso da informação apenas para finalidades administrativas (BRASIL, 2016).

Na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde BRASIL (2016), o uso do conceito “e-Saúde” espelha uma estratégia para a adoção de padrões de informática em saúde para o atendimento de diretrizes propostas pelas políticas de informação em saúde mundiais. Assim, subentende-se que o e-Saúde é, senão, um dos pilares

para a integração de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), tendo em vista que ambos se baseiam no uso da tecnologia da informação e informática para a melhoria das condições de saúde.

Para Souza (2018), a saúde eletrônica, *e-health*, pode ser definida como a utilização de informações e de tecnologias de comunicação para a oferta e melhoria de serviços de saúde e pode ser subdividida em saúde móvel (*m-health*). Para O'donovan (2018), o termo *m-health* geralmente se refere a dispositivos de telefone celular portátil. Ele também pode abranger outros dispositivos, como tablets e computadores. O autor identifica vários usos fundamentais das intervenções *m-health*, uma das quais inclui como um meio de fornecer treinamentos e educação continuadas. Para Schoen (2017), as ferramentas de saúde móvel (m-saúde) são uma estratégia promissora para facilitar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), em países de baixa e média renda. Porém, apesar de seu potencial valor, pouco se sabe sobre as experiências dos ACS trabalhando com ferramentas de *m-health*, em suas atividades de divulgação com membros da comunidade.

Feroz (2020) ressalta que o uso de soluções *m-health* para prestação de serviços de saúde pode potencialmente melhorar o desempenho e fortalecer a qualidade dos serviços e, ainda, que obteve três grandes conquistas, quais sejam, melhorias no fluxo de trabalho dos ACS e qualidade percebida dos serviços de planejamento familiar, aumento no registro e acompanhamento dos usuários e o planejamento familiar durante o período estudado.

Anam Feroz, Rawshan Jabeen e Sarah Saleem (2020) apontam que há uma ampla base de evidências sugerindo que o uso de intervenções *m-health* é essencial para melhorar o desempenho e o ambiente de trabalho dos trabalhadores comunitários de saúde. A tecnologia móvel tem sido utilizada para abordar uma série de questões de saúde relacionadas à saúde materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, HIV/AIDS, saúde da pessoa de uma forma geral, infecções respiratórias agudas, doenças infecciosas, lesões e traumas. Notam também que o uso de telefones celulares tem se mostrado eficaz para os profissionais, pois melhora os fluxos de trabalho rotineiros como, coleta e emissão de relatórios de dados,

comunicação de pacientes, educação do paciente, tomada de decisão, supervisão de apoio, monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido.

Souza (2018) reforça a escassez de trabalhos no Brasil que abordam o tema, principalmente na APS, evidenciando, portanto, a necessidade de estudos que explorem, com maior profundidade, as experiências na implantação de sistema informatizado para ACS no cotidiano de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, numa perspectiva de buscar somar esforços para encontrar soluções com capacidade resolutiva, e esta pesquisa soma-se a esse movimento.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 Tipo de abordagem da pesquisa

Para atender aos objetivos, a presente pesquisa trata-se de um estudo de caso em campo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.

Para Yin (2001), o estudo de caso pode contribuir de modo singular na compreensão das problemáticas relacionadas a indivíduos, grupos sociais, organizações, políticas, instituições públicas, programas governamentais, problemáticas relacionadas à prática educativa, ao permitir realizar análises amplas e significativas sobre o objeto de pesquisa. Para isso, é necessário que o objeto de estudo seja bem definido, assim como os dados que devem ser coletados precisam estar claros, e o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Segundo Minayo (2013), a pesquisa qualitativa é relevante na área da saúde devido ao fato de que a complexidade da área biomédica não deve prescindir da problemática social. Esse tipo de pesquisa visa a compreender a lógica interna de grupos e instituições quanto às relações, aos valores culturais e aos processos de implementação de políticas públicas.

Esse tipo de abordagem é voltado para a área da saúde que emprega concepções oriundas das ciências humanas, pelas quais não se busca entender o fenômeno propriamente dito, mas sim seu significado individual e/ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005; FLICK, 2009). É uma atividade situada que posiciona o

observador no mundo e consiste num conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível. Tais práticas transformam o mundo fazendo dele uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e anotações pessoais. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalística diante do mundo, ou seja, os pesquisadores qualitativos estudam as coisas em seus contextos naturais, buscando interpretar ou entender os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (FLICK, 2009, p.16).

Para além disso, a pesquisa qualitativa é focada em multimétodos, envolvendo uma perspectiva interpretativa e naturalista de seus problemas. Isso significa que os pesquisadores qualitativos estudam os problemas em seus espaços, tentando fazer sentido ou interpretar os fenômenos em termos de significados que as pessoas lhes trazem (RUEDIGER, 2005).

Dessa forma, o estudo qualitativo permite conhecer as representações que os sujeitos da pesquisa dão para uma específica ação de saúde, de acordo com sua cultura, sua crença e sua história. A revelação da visão de mundo, das representações individuais e coletivas, presentes na tomada de decisões e em seus modos de agir, é fundamental para desvelar a dinâmica das interações sociais e elucidar os determinantes das práticas sociais (CAMPOS, 2003).

Para Remme (2010), a pesquisa operacional tem por finalidade a solução de problemas operacionais e atuais de programas de saúde característicos ou componentes de prestação de serviços específicos do sistema de saúde. São desafios que confrontam um desenvolvimento local regional de controle de doenças, distrito de saúde ou posto de saúde durante a efetivação de suas atividades de rotina, e são necessárias respostas urgentes e soluções úteis para permitir que as execuções prossigam com mais eficácia.

5.2 Participantes e cenário do estudo

Segundo Flick (2009), população é o conjunto de elementos que possuem as características que serão objeto de estudo; amostragem é a parte da população escolhida segundo algum critério de “representatividade”; e amostra são os sujeitos

ou participantes da pesquisa, ou seja, as pessoas que fornecerão os dados necessitados.

Segundo o IBGE, a população estimada do município de Belo Horizonte é de 2.512.070 habitantes. A cobertura dessa população por eSF é de 81,41% e de 100% por APS. Possui 152 Centros de Saúde, 595 equipes de Saúde da Família, conforme demonstrado no quadro seguinte, e tem, aproximadamente, 2.400 profissionais ACS, distribuídos por nove Regionais de Saúde: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova que utilizam a metodologia de trabalho por quarteirão (BELO HORIZONTE, 2020).

QUADRO 01: Centros de Saúde e Equipe de Saúde da Família por regional de saúde.

| Regional de Saúde | Nº de Centros de Saúde | Equipes de Saúde da Família |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Barreiro | 20 | 88 |
| Centro Sul | 12 | 35 |
| Leste | 14 | 56 |
| Noroeste | 16 | 65 |
| Nordeste | 21 | 82 |
| Norte | 20 | 72 |
| Oeste | 18 | 65 |
| Pampulha | 14 | 47 |
| Venda Nova | 17 | 85 |
| Total | 152 | 595 |

Conforme pode-se verificar, na figura 01, a regional de saúde Pampulha possui 14 Centros de Saúde, Confisco, Dom Orione, Itamarati, Jardim Alvorada, Ouro Preto, Santa Amélia, Santa Rosa, Santa Terezinha, São Francisco, São José, Serrano, Padre Joaquim Maia, Padre Tiago e Trevo.

peças cadastradas e vinculadas distribuídas nas duas equipes de saúde da família, e, ainda, 13.177 pessoas com cadastro não vinculado às equipes. Apresenta 15 profissionais lotados nas eSF e mais um total de 33 profissionais, entre eles, membros de equipes de saúde bucal, zoonose e profissionais de apoio à saúde da família, como enfermeiros, médicos e auxiliares / técnicos de enfermagem.

O processo de trabalho dos ACS da unidade pode ser resumido com a chegada na unidade de saúde para verificar, juntamente aos profissionais da equipe, a existência de busca ativa para o dia, entrega de consultas especializadas para os usuários e demais alinhamentos internos necessários antes dos profissionais se deslocarem ao campo para início das atividades externas.

No município, foi implantada, no mês de novembro de 2020, a utilização de tablets para inserção das informações coletadas pelo ACS em dois Centros de Saúde. Os participantes da pesquisa são ACS que utilizam, durante a sua prática profissional, o sistema *e-visita* e que realizam trabalho de campo, enfermeiros (as) da equipe de saúde da família e gestor (a) da unidade. Profissionais que estavam afastados por licença ou atestado médico, no período de realização da pesquisa, foram excluídos da amostra.

Para fechamento amostral dos participantes, foram incluídos todos os sujeitos elegíveis (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Assim, na perspectiva de se trabalhar com todos os atores sociais do universo proposto, a participação foi de 12 pessoas, 01 gestor, 02 enfermeiros e 09 ACS.

5.3 Técnica de coleta de dados

Para este estudo, a coleta de dados ocorreu em dois momentos, o primeiro com a aplicação do questionário semiestruturado (on-line) direcionado para a gestora do Centro de Saúde e os enfermeiros, e questionário semiestruturado para os ACS (por meio de *google forms*). No segundo momento, foi realizado grupo focal com os ACS do Centro de Saúde pesquisado.

1º momento: questionário de levantamento de dados

Os participantes da pesquisa foram convidados a preencher um questionário de levantamento de dados (APÊNDICE 02), que visa à caracterização dos sujeitos participantes. A aplicação do referido questionário ocorreu por meio de envio eletrônico no e-mail dos participantes, elaborado na plataforma *google forms*. Todas as entrevistas foram realizadas de forma a não ser confundidas com as atividades de atenção à saúde, sem prejuízo às rotinas e ações assistenciais realizadas pelos profissionais.

2º momento: grupo focal

A realização do grupo focal ocorreu, com agendamento prévio, na sala de reuniões do Centro de Saúde, determinado pela instituição e seguindo o fluxo institucional da SMSA. Foram tomadas todas as medidas para prevenção e controle de transmissão do SARS-COV, conforme Protocolos Institucionais da Prefeitura de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2021).

Ruediger e Riccio (2005) debatem a utilização dos grupos focais como instrumento de análise qualitativa de alto poder analítico, pois este caracteriza-se pela possibilidade de intervenção em tempo real no curso da análise e de confrontação das percepções de participantes, em suas similitudes e contradições a respeito de um tema ou grupo de temas relacionados ao objeto de pesquisa. Os autores afirmam que, por meio dessa técnica, é possível enfatizar não apenas as percepções individuais, mas também aquelas oriundas das interações do coletivo, expressas nas estruturas discursivas e na defesa ou crítica de temas e aspectos relevantes da pesquisa (RUEDIGER; RICCIO, 2005).

Para MORGAN (1997), os grupos focais podem ser definidos como "uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio da interação grupal sobre um tema determinado pelo pesquisador". No momento de discussão, é propiciada a interação e a comunicação entre os participantes estimulando o compartilhamento das vivências e opiniões, ou seja, uma fonte importante para a compreensão de comportamentos complexos e motivações (MORGAN, 1997; NÓBREGA; ANDRADE; MELO, 2016).

Na entrada do campo de pesquisa, foi realizado contato com a gestora da unidade explicitando sobre os motivos e objetivos e motivações para a realização da pesquisana unidade. Feito isso, foi enviado formulário por meio do *Google Forms* aos

entrevistados e realizado sensibilização pela gerência da unidade. Os participantes utilizaram, aproximadamente, quinze minutos. O roteiro (APÊNDICE 02) foi desenvolvido com questões norteadoras que permitem maior aprofundamento da temática e da experiência pessoal dos participantes, sendo flexível, de modo a absorver novos temas e questões trazidas pelo grupo.

Ao início do grupo focal, o pesquisador se apresentou, esclareceu os propósitos da pesquisa, justificou o motivo da escolha dos participantes e reafirmou a garantia do seu anonimato. O grupo focal teve duração aproximada de uma hora e doze minutos e as falas foram gravadas por celular e gravador, com o consentimento dos entrevistados.

Durante a fala, os participantes puderam emitir suas opiniões, concordar, discordar, indagar, reavaliar ideias, ou seja, comunicar-se, evidenciando suas representações sociais. Assim, a utilização dessa técnica permitiu a análise do cenário de interação social e de intercâmbio verbal em que se constroem as representações, possibilitando um amplo espectro de interpretações e o desenvolvimento de um vasto conhecimento sobre o objeto da análise (BANCHS, 2005; REUDIGER; RICCIO, 2005; NÓBREGA; ANDRADE; MELO, 2016).

Dessa forma, a pesquisa foi realizada em uma etapa com a formação de grupo focal constituído de 09 ACS. No intuito de promover condições de aprofundamento das questões levantadas e permitir um debate participativo, foram utilizadas perguntas norteadoras para desencadear a discussão (APÊNDICE 04). Ressalta-se que os grupos não buscaram a formação de consenso e sim as discussões e o aprofundamento das questões refletidas (REUDIGER; RICCIO, 2005; MINAYO, 2013b).

Durante o grupo focal, foram observados, além da fala, os movimentos, gestos, ruídos, olhares e pausas para pensar, que constituíram o corpus da análise da pesquisa (MACHADO, 2002).

5.4 Técnica de análise de dados

A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo, técnica que procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (FRANCO, 2008).

O ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada, ela expressa um significado e um sentido que não pode ser considerado um ato isolado. O significado é de cunho objetivo, compreende-se a partir das suas características definidoras com seu corpo de significação (FRANCO, 2008).

Nesse sentido, a análise de conteúdo assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem. Linguagem aqui entendida como uma construção real de toda a sociedade e como expressão da existência humana, que em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo internacional que se estabelece entre linguagem, pensamento e ação (FRANCO, 2008). Para Bardin (1977), existe mais de uma técnica para verificar o conteúdo das mensagens. Para fins de análise do presente estudo, foi realizada a análise categorial que toma em consideração a totalidade do texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência (ou ausência) de itens de sentido. Segundo Minayo (2014), “a análise de conteúdo permite a replicação e validação de inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Dessa forma, a análise de conteúdo ultrapassa o alcance meramente descritivo de mensagem, buscando descobrir o que está por trás dos assuntos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado e alcançando uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2011).

As etapas seguintes foram percorridas para organização dos dados coletados: 1) A transcrição dos áudios gravados de cada entrevista realizada, a partir da escuta das gravações por repetidas vezes, com o objetivo de identificar possíveis correções no texto transcrito. Foi realizada mais uma escuta dos dados coletados. 2) Transcrição do material com o objetivo de facilitar a realização da leitura, e ainda a leitura horizontal, transversal e exaustiva, com o objetivo de buscar a coerência dos dados,

agrupar as informações e destacar as frases mais relevantes ou as que chamaram a atenção do pesquisador. 3) Identificação de categorias que emergiram do conteúdo das respostas, sendo estas, posteriormente, reagrupadas em um número menor de categorias, ordenadas e analisadas a partir da fundamentação teórica do tema em estudo.

Assim, para melhor entendimento nos resultados do estudo, há trechos das falas que foram retirados, e indicados pelo uso de reticências entre parênteses (...). Os trechos considerados de maior importância foram grifados em itálico e negrito, sinalizando a notoriedade da temática. Por fim, para garantia de anonimato dos entrevistados, estes, profissionais e ACS, foram identificados com os seguintes códigos numéricos: ACS 01, ACS 02, ACS 03 e P01 e P02.

5.5 Considerações Éticas

Este projeto de pesquisa foi submetido à Câmara Departamental do Departamento de Gestão em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG e da Assessoria de Educação em Saúde (ASEDS) do município de Belo Horizonte, a fim de obter o termo de anuência para a realização do projeto de intervenção. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, após anuência da SMSA CAAE: 51743421.0.0000.5149 e número de comprovante: 106013/2021.

Para os participantes, foi realizada uma apresentação dos objetivos deste projeto e solicitada a colaboração, buscando esclarecer que as respostas obtidas tinham fins estritamente científicos e que o anonimato dos participantes seria preservado, respeitando-se os aspectos éticos constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, a representação nominal dos integrantes foi expressa por números e letras.

O autor é referência técnica na APS do município de Belo Horizonte e participou do desenvolvimento e implantação do *e-visita*. Declara não ter conflitos de interesses e

buscou, nas interações com os pesquisados, diminuir o viés nos resultados da pesquisa e manter a integridade nas relações com os sujeitos. Para fins de desenvolvimento do trabalho, este foi autofinanciado.

5.5.1 Riscos

Os riscos foram mínimos, no entanto, o participante poderia sentir-se constrangido, cansado ou incomodado, em algum momento do estudo. Caso, eventualmente, isso tenha ocorrido, o participante pode manifestar seu interesse em decidir por interromper sua participação e retirar seu consentimento a qualquer momento, e não sofreu qualquer punição, dano, prejuízo ou perdeu qualquer benefício a que tem direito. Devido ao risco mínimo de exposição ao vírus SARS-CoV 2, foram respeitadas todas as medidas de biossegurança, prevenção e controle de transmissão da doença do SARS-CoV 2 durante a pesquisa.

O fato de o pesquisador ter participado do desenvolvimento do *e-visita* e ser referência técnica dos ACS de Belo Horizonte, facilitou a identificação das potencialidades, facilidades e desafios na implantação da ferramenta. O risco de viés foi minimizado, quando esclarecido aos participantes a forma de funcionamento do grupo, as regras gerais e enfatizado que não se busca assentimentos na discussão a ser empreendida e que a discordância de perspectiva e experiências é imensamente bem-vinda, buscando assim, manter a integridade na pesquisa e nas relações com os sujeitos. Para fins de desenvolvimento do trabalho, este foi autofinanciado.

5.1.2 Benefícios

Como benefício, tem-se a oportunidade de aprender novos conhecimentos com a participação nesta pesquisa, e contribuir na identificação de barreiras, dificuldades e limitações na implantação no sistema *e-visita* no município e contribuir para a melhoria do processo de trabalho dos ACS.

Ao final do estudo, os resultados serão divulgados e apresentados à toda equipe de saúde da regional de saúde pesquisada, centro de saúde e GEAPS, espera-se que o

impacto seja uma reflexão da prática profissional do ACS e a construção de novas metodologias para a realização do trabalho.

5.1.3 Limitações do estudo

Este estudo apresentou como limitação o fato de refletir uma realidade de um centro de saúde, que pode não ser a realidade dos demais centros de saúde, tendo em vista a diversidade locorregional e local do município. Destaca-se como contribuição o fato de a pesquisa ter uma unidade nunca estudada nas publicações anteriormente veiculadas ao assunto.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi desenvolvido, em plena pandemia da COVID-19, e foi apresentado ao comitê de ética e pesquisa, no mês de agosto de 2021, com aprovação final, no mês de fevereiro de 2022, para coleta de dados.

6 VIABILIDADE DE EXECUÇÃO

Belo Horizonte tem uma rede de saúde robusta com equipamentos estruturados e fluxos organizados, o que permitiu uma coleta de dados com uma amostra significativa. A viabilidade do trabalho deu-se também devido ao pesquisador ter uma larga experiência profissional, vivências, conhecimentos da rede SUS-BH, com os fluxos internos e conhecimento das Regionais de Saúde, e experiência de trabalho com grupo focal, o que facilitou as articulações e a execução do trabalho.

7 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa de campo realizada que resultaram na articulação dos referenciais teóricos com os dados do material empírico produzido nas entrevistas e no grupo focal, a fim de ilustrar a discussão e permitir a análise. Inicialmente, são apresentados os resultados descritivos relacionados ao questionário aplicado junto aos Agentes Comunitários de Saúde e, logo após, as categorias temáticas.

7.1 Apresentação dos questionários

Dos participantes, a maioria era do sexo feminino (88,9%) com a média de idade de 46,5 anos. Os dados encontrados, quanto ao perfil sociodemográfico, corroboram outros estudos em que se observou essa hegemonia (ROCHA; BARLETTO; BEVILACQUA, 2013; SALIBA, et al., 2011), realidade diferente dos ACS angolanos que são em sua maioria pessoas do sexo masculino (PONTES; BORNSTEIN; GIUGLIANI, 2012).

A lei Nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018, traz como exigência do grau de escolaridade para o exercício da profissão de ACS a conclusão do ensino médio. Na unidade pesquisada, constatou-se que a maioria dos profissionais concluíram o ensino médio 77,8%, que 22,2% têm nível superior de escolaridade e há 11,1% com especialização, confirmando com outros estudos cuja maioria dos ACS possuíam o ensino médio completo (MACIAZEKI-GOMES et al, 2016; MOTA; DAVID, 2010; SOSSAI; PINTO; MELLO; 2010).

Ainda em relação à escolaridade, observa-se que há um progressivo investimento na educação por parte dos pesquisados, 11,1% possuíam a especialização e/ou pós-graduação, mesmo com a escolaridade mínima exigida para a função do ensino médio completo. Esses dados representam a crescente escolarização desses profissionais, como também referem a outros estudos e como levantamento do censo de educação superior do ano de 2014 (MUSSE et al, 2015; KNOCHENHAUER, 2015, SALIBA et al., 2011; BRASIL, 2014).

Em relação ao vínculo empregatício dos ACS, observa-se que uma das principais metas

do Ministério da Saúde é a manutenção e a estabilidade de trabalho dos profissionais, em todo o país (BRASIL, 2013). Assim, no município pesquisado, os ACS são contratados por meio de aprovação em processo seletivo, e vinculados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), possuem também plano de cargos e carreira (lei 11.136 de 18 de outubro de 2018) que incentivam a permanência e progressão do profissional nessa função e ainda o investimento educacional. Os dados encontrados diferem de outros vínculos da rede assistencial do SUS, por exemplo, na rede de saúde do estado do Paraná - PR e da região de Alto Uruguai - RS, o vínculo trabalhista que prevaleceu foi o estatutário (MARTINS; CARVALHO; MUROFUSE, 2014; DENTI; TOZZO; MENDEZ, 2014). E ainda difere da realidade dos agentes angolanos, onde 98,39% não possuem vínculo empregatício formal com qualquer instância governamental e dos ACS de Sorriso - MT que em sua maioria possuía cargos comissionados (PONTES; BORNSTEIN; GIUGLIANI, 2012; COSTA, 2009).

A maioria dos profissionais pesquisados trabalham no SUS, há mais de 10 anos (66,7%), e 55,6% trabalham no Centro de Saúde também há mais de 10 anos. Quando perguntado sobre como consideram o processo de implantação do *e-visita* no Centro de Saúde, 77,8% dos profissionais avaliaram que o processo foi bom e 100% responderam que o sistema *e-visita* contribui muito para o processo de trabalho do ACS. Outro dado relevante é que 88,9% dos profissionais avaliaram que o sistema *e-visita* contribui para o diagnóstico territorial. Em relação a como avaliam a fase de preparação do ACS, realizada pela SMSA e regionais de saúde para a utilização do *e-visita*, 88,9% responderam que contribuiu muito, e quanto à utilização do sistema, 77,9% dos profissionais avaliam terem boa habilidade na utilização da tecnologia.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) recomenda que, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, ocorra a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. É recomendado também que cada ACS realize as ações previstas nas regulamentações vigentes e na portaria tendo uma microárea sob sua responsabilidade, e que a população não ultrapasse a 750 pessoas. Belo Horizonte é uma capital com cobertura de 100% de APS e de 81,41% de Estratégia de Saúde da Família, essa diferença se dá também devido à população classificada como baixo risco e que, normalmente, não recebem a visita e cadastro do ACS. No centro de Saúde pesquisado, os ACS são responsáveis por uma população de 8.825 pessoas e 3.200 famílias cadastradas no sistema *e-visita*, distribuídas nas 09

microáreas, tendo-se uma média de 980 pessoas e 355 famílias por ACS. Porém é importante ressaltar, que o município trabalha com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde - IVS, predominando assim, na unidade, uma população de baixo risco à saúde com 6.287 pessoas.

7.2 Categoria temáticas

7.2.1- Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no e-Visita

O *e-visita* foi desenvolvido como um sistema de controle de território e visitas da estratégia de Saúde da Família, em especial do ACS. O processo de implantação se deu no ano de 2019, com a implantação em uma unidade piloto de duas distintas regionais de saúde. Esse processo contou com visitas *in loco* dos profissionais do nível central e regionais de saúde nas unidades, com orientações de utilização do sistema e ainda apoio dos técnicos de informática das regionais no dia a dia de utilização pelo ACS.

Até o momento da implantação do *e-visita*, não havia, no município, diretriz institucional metodológica para organização das visitas domiciliares, convivendo-se com unidades que trabalhavam com a metodologia por quarteirão e outras por arruamento. No entanto, a experiência dos agentes comunitários de endemia (ACE) e algumas dos ACS sinalizaram a metodologia do quarteirão mais eficiente para esse tipo de acompanhamento, facilitando o planejamento e o desenvolvimento das ações.

Assim, a premissa para implantação desse sistema foi que as unidades organizassem seus territórios conforme a metodologia de roteiro de visita domiciliar por quarteirão, na rotina de trabalho dos ACS. Nas duas unidades pilotos, os ACS já exerciam essa metodologia no dia a dia do seu trabalho, o que facilitou o processo de implantação.

O *e-visita* favoreceu a efetivação dessa metodologia e ainda trouxe a possibilidade de construção do mapa vivo, georreferenciando os agravos crônicos e a identificação de locais susceptíveis para endemias. Esse *software* permite visualizar, em mapas, os quarteirões, limites e áreas censitárias, inclusive, facilita organizar uma melhor divisão das microáreas de abrangência das equipes. Como resultado, há melhor distribuição do número de pessoas a serem acompanhadas, evitando assim uma discrepância entre as equipes e conseqüentemente por ACS, e ainda permite a visualização dos limites das microáreas e orientação dos ACS sobre a microárea de sua responsabilidade.

Merhy (1997) elucida que o processo de trabalho em saúde pode ser entendido quando um trabalhador de saúde se encontra com um utilizador do serviço e se estabelece entre eles um espaço intercessor com a utilização de suas ferramentas, que são: conhecimentos, equipamentos e tecnologias de um modo geral. O trabalhador atua no momento do ato em saúde junto ao usuário, tornando-o parte de sua intervenção, como sua matéria-prima, considerando sempre seus conhecimentos e diversas representações.

Marques (2004), aponta que a capacitação de recursos humanos para o SUS é questão essencial para a política de saúde nos seus níveis de macro e microgestão. Aponta, ainda, que a ESF fez a inclusão de novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde, e anseia por profissionais capazes de operar as propostas contemporâneas como, por exemplo, as tecnologias de saúde, o acolhimento, a produção do vínculo, a autonomização e ainda a gestão compartilhada de processos de trabalho como orientadoras das práticas em serviços de saúde. Essa última de forma organizada, torna-se um fator essencial na implantação e na prática do ACS para a utilização do *e-visita*.

Peduzzi (1998) expressa que o trabalho em saúde se configura como um labor reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou reparo de algo, sendo no caso, a saúde, imprescindível para as pessoas. O trabalho reflexivo é dotado de interrogações constantes, não podendo, portanto, ser definido a priori e nem ser submetido a critérios acirrados de produção no processo de trabalho.

Para Maciel (2020), esse processo de trabalho é entendido como um desenlace da soma de processos pelos quais indivíduos atuam utilizando meios de criação sobre algum objeto para que, na modificação, possa obter determinados resultados. Esses objetos são as condições ou necessidades socio sanitárias em saúde dos indivíduos e famílias; os meios de produção ou instrumentos de trabalho são os conhecimentos, as habilidades, as ferramentas e/ou equipamentos em geral; e as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas do processo relacional, conforme a organização social, em dado momento histórico.

Merhy (1998) afirma que o processo relacional acontece no trabalho em saúde, este

é produzido por meio do trabalho vivo e em ato, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas no qual se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. A reestruturação produtiva ocorre pela introdução de inovações na organização do processo produtivo, seja pela incorporação de novas tecnologias duras (maquinaria) ou pela mudança no modo de operar o processo de trabalho, exigindo-se assim um processo de qualificação. Esse processo de qualificação foi essencial para a implantação do *e-visita* com orientações focadas nas necessidades de aprendizagem para os ACS, referências técnicas e gestores locais.

Tomaz (2002) ressalta que, para o processo de qualificação dos profissionais em saúde, em especial do ACS, é necessário utilizar métodos de ensino e aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados na necessidade do profissional e do serviço, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância.

Da mesma forma, para Maciel (2020), o fato do ACS ser fundamental para a Atenção Primária à Saúde (APS), por possuir como atributos do seu trabalho a competência cultural, a orientação comunitária e a construção de vínculo ou ponte entre o usuário e o serviço de saúde no seu processo relacional, e ainda, conexão e relacionamento cotidiano com as famílias do seu território realizando a transição entre os saberes técnicos e populares, reforça a necessidade da transcrição dos saberes por parte desses profissionais.

Assim, para a realização dessa transição, é preciso que este conheça a população cadastrada, tenha mapeado o seu território e a organização dos percursos sejam ou não em Sistemas de Informação em Saúde, fortalecendo assim o vínculo, o contato e o reforço dos atributos derivados da APS, especialmente, a mobilização e a orientação dos diversos grupos populacionais, para a promoção e a proteção da saúde.

Da mesma forma, essa transição, o fortalecimento do vínculo e a profusão dos Sistemas de Informação em Saúde, levam a uma modificação na estrutura das organizações, afetando as relações de poder, introduzindo uma restrição de

autonomia e um acréscimo do controle. Para Markus (1983), citado por Magalhães (2006), o fator chave para entender a resistência é o poder. Se os utilizadores percebem que o sistema trará perda de poder, então, eles tendem a resistir, o contrário acontece se eles percebem que o sistema pode aumentar seu poder. Diante dos trechos seguintes, pode-se verificar que os ACS não demonstraram resistência e veem o *e-visita* como um agregador de benefícios para o seu trabalho.

“Mas a questão da melhoria e da fluidez está bem melhor”. (ACS 02)

“(...) nós vimos somente como benefício, não vimos em nenhum momento como retrocesso...” (ACS 01)

“(...) eu acho que ele ficou mais dinâmico, o e-SUS eu acho que ele era mais demorado”. (ACS 01)

“ (...) ele separa um pouco os bairros, isso ficou excelente, ficou muito bom (...)” (ACS 02)

O cadastramento familiar objetiva conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF, e representa uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da equipe de saúde da família (MENDES, 2012). A partir desse cadastro, as informações devem ser analisadas e discutidas para subsidiar o diagnóstico situacional em saúde da comunidade.

Para além disso, a Política Nacional de Atenção Básica traz, como atribuições dos ACS, a promoção da equipe de saúde e a população do território, desenvolvendo atividades educativas, orientação e cadastro das famílias, dentre outras atividades (Gomes, Cotta, Mitre, Batista, & Cherchiglia, 2010).

Em Belo Horizonte (2017), o cadastro da família e conseqüentemente dos usuários permite um atendimento ágil, seguro e organizado nas diversas unidades de saúde. Estes são feitos, preferencialmente, na APS, ou seja, no Centro de Saúde da área de abrangência do usuário. O acesso aos serviços do SUS-BH, salvo em situações excepcionais, requer o cadastramento desses usuários. Nas áreas com cobertura da Estratégia de Saúde da Família, é feito também um cadastro vinculando o usuário a uma família e a um domicílio, trabalho esse exclusivo do ACS.

Assim, é essencial que os profissionais da ESF conheçam e tenham propriedade do cadastro familiar, tomem conhecimento de seu objetivo, de sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde do território e, ainda, que a ferramenta tecnológica, *e-visita*, utilizada venha facilitar na realização, na atualização e no aperfeiçoamento do cadastro dos usuários. Assim, as falas destacadas, a seguir, demonstram que a utilização da ferramenta *e-visita* contribui com essas necessidades, porém ainda é necessário investimentos em melhorias para potencializar a sua utilização.

“ (...) em termos de cadastrado o e-visita é muito mais ágil, (...)”
(ACS 01)

“ (...) nós temos a possibilidade da atualização de cadastro no e-visita” (ACS 01)

*“Por exemplo se estou no bloco 01 apartamento 101 acaba aquela visita e quando apertado voltar **ele volta para a primeira página e muitas vezes já estou na décima página** do quarteirão e o e-visita volta lá no início”* (ACS 01)

*“O **informado também, não aparece no e-visita**, o informado é o paciente que procura a unidade faz cadastro para o atendimento “* (ACS 05)

Na fala em negrito, a ACS colocou sobre o cadastro informado, referindo-se aos cadastros de usuários que foram inseridos no sistema de informação, porém aguardam a visita do ACS, que pode ocorrer em um prazo de até dez dias úteis e a vinculação da pessoa a uma família. Outro ponto comentado foi que, ao concluir a visita, o sistema retorna para a página inicial, dificultando, quando há muitas famílias no mesmo endereço, como é o caso de blocos e apartamentos, fazendo com que o ACS navegue até a página que consta os dados da próxima família a ser visitada.

Os benefícios adquiridos a partir da implantação do sistema *e-visita* para o cadastro são percebidos, principalmente, no potencial do georreferenciamento do território e, conseqüentemente, dos imóveis em um mapa, evitando erros na coordenada geográfica com a possibilidade de visualizar a localização exata do imóvel.

*“**Eu não procuro mais endereço, eu só procuro por número de família, aí já acho a família que eu quero e pronto**”* (ACS 03)

*“**Tecnologia tão boa (...) porque isso é importante para o nosso***

trabalho” (ACS 01)

“Melhorou? melhorou, agilizou o nosso serviço? agilizou” (...) (ACS 02)

“(...) tenho que levar o número da família para eu não ficar toda hora voltando então a gente ainda está tendo que utilizar o relatório” (ACS 02)

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO 2020 destaca que a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB Nº2.436, de 21 de setembro de 2017 e PNAB de 2012 garantem, aos municípios, a liberdade para desenvolver ou adquirir *softwares* para coletar ou gerenciar dados das famílias e, ainda, a disponibilidade e a manutenção de tablets ou smartphones para ESF, inclusive, para o ACS. Por outro lado, fazer escolhas sobre as melhores tecnologias em saúde para uma população, aliando as necessidades e preferências dos pacientes, é um desafio em qualquer sistema universal de saúde.

Recentemente, o Ministério da Saúde, buscando melhorar a qualidade da informação em saúde, tem conduzido o processo de implementação da estratégia e-SUS AB por meio da informatização dos serviços de saúde e incremento de tecnologias para viabilizar o processo de trabalho na Atenção Básica. Porém, a tecnologia CADWEB, desenvolvida e disponibilizada de forma on-line, apesar de permitir que as unidades de saúde que atendem pelo SUS tenha o total controle de todos os procedimentos realizados dentro do ambiente do SUS, como cadastrar novos cartões, pesquisar dados do cidadão, alteração de informações e impressão de documentos, não permite a operacionalização em dispositivos mobile.

No município pesquisado, o *e-visita* é utilizado em *tablets* disponibilizados aos ACS, porém não é possível realizar a sincronização de dados do cadastro com o CADWEB, o que dificulta o trabalho do ACS in loco, abrindo a necessidade de realizar algumas atividades no desktop da unidade, conforme demonstrado nas falas, a seguir:

“(...) só que ainda está faltando coisas, como associar o CADWEB, porque querendo ou não ficamos presos ao posto devido ao cadweb” (ACS 01)

“(...) disseram que viria o tablet para a gente que vinha *uma ferramenta*

nova a gente ficou muito empolgado (...) (ACS 01)

Desse modo, para Abreu (2018), a utilização de dispositivos móveis com ACS poderá aperfeiçoar a prestação de serviços, principalmente a coleta e as orientações cedidas durante o serviço na comunidade. Os ACS pesquisados relatam que veem o *e-visita* no dispositivo móvel como benefício no desenvolvimento do seu trabalho.

Chang *et al.* (2011) desenvolveram estudo de métodos mistos de um subestudo exploratório randomizado com *clusters* sobre impacto da tecnologia *m-Health*, usado por ACS no tratamento de pacientes com HIV/AIDS, em uma área rural de Uganda. Os resultados demonstraram vários assuntos de grande relevância, porém o que mais se destaca é a comunicação de cuidados de saúde transformada em uma rede interconectada com pacientes, agentes, funcionários dos ambulatórios e famílias. Os ACS das unidades apontaram a necessidade de melhorias a serem realizadas no *e-visita*, a fim de tornar mais efetiva a comunicação de cuidados de saúde, e resultando em uma rede interconectada entre profissionais.

“Teria que ter um aplicativo já que a intenção é essa, um aplicativo com toda essa funcionalidade que a gente precisa para o nosso trabalho, que é a câmera, whatsapp, ter uma parte para anotações, o relatório, poder consultar as idades, destacar a questão da situação referida, se tivesse isso tudo dentro do aplicativo dentro do tablet, nunca mais a gente iria precisar de papel, aí seria a solução e iríamos amar vocês!”
(ACS 01)

Segundo especialista em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), um agente comunitário é responsável por, ao menos, 120 famílias. Em todas as visitas, ele tem uma lista que interroga e que auxilia na identificação das condições das pessoas visitadas. Se ele puder contar com um aplicativo para preencher esse questionário e inseri-lo no sistema da unidade de saúde, isso agiliza toda a demanda. A tecnologia também diminui o tempo gasto para inserir os dados no sistema computadorizado, esse tempo pode ser revertido para benefício dos cidadãos, ampliando a qualidade do atendimento do agente (COSCELLI, 2017).

Os dados encontrados na pesquisa concordam com a autora anteriormente citada, uma vez que o sistema *e-visita* otimizou o trabalho do ACS.

“O sistema e-visita otimizou o trabalho do ACS...” (P01)

Para Belo Horizonte (2019), a metodologia de trabalho por quarteirão traduz-se no acompanhamento das pessoas por quadras. Os dados são agrupados por quarteirões permitindo que se faça o georreferenciamento, com utilização de bases geográficas processadas pela Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (Prodabel), o que possibilita a inspeção espacial das ações e dos indicadores epidemiológicos e operacionais, instrumentos estes balizadores para tomadas de decisões. Essa lógica otimiza o tempo para identificação de agravos prevalentes e problemas na comunidade.

Os quarteirões podem ser regulares, quando são circundados totalmente, ou irregulares, quando não é possível circundá-los totalmente. Todas as quadras possuem um código gerado pela Prodabel e fornecido para as unidades de saúde por meio de mapas. Esse código é essencial para a lógica de trabalho na metodologia do quarteirão.

Desse modo, a unidade pesquisada aponta que a organização do trabalho já acontecia pela metodologia de trabalho por quarteirão, anterior à implantação do *e-visita*. Nesse sentido, não houve nenhum estranhamento, mas sim facilidades por parte dos ACS na utilização do sistema.

***“A rotina no Centro de Saúde Itamarati já era por quarteirão (...)”
(P02)***

***“Nós temos a norma de trabalharmos sempre seguindo pela
direita para fechar o quarteirão (...)” (ACS 02)***

Cordeiro (2015) aponta que o benefício de o ACS residir no território em que trabalha permite a ele transmitir de forma mais clara e objetiva para a população o conhecimento técnico simplificado subsidiado pela equipe de saúde da família. Há um processo de identificação por parte da população com o ACS, ocorrendo uma facilidade no entendimento das orientações repassadas durante a visita domiciliar.

Haines *et al.* e Ballard *et al.* (2020), apontam que essas visitas são oportunidades chave

para diagnóstico situacional das vulnerabilidades, permitindo a identificação de usuários e famílias em extrema pobreza, insegurança alimentar, bem como a agnição dos grupos vulneráveis. Essa atuação junto aos territórios e comunidade contribui para a construção do vínculo e confiança no sistema de saúde. Da mesma forma, para Maciel (2020), o ACS possui grande capilaridade no território mas, sobretudo, por esse trabalhador ser um dos principais responsáveis no reconhecimento das demandas e peculiaridades do território de sua responsabilidade. Ademais, a função de vigilância em saúde tem sido apontada como a chave para minimizar danos e reduzir as mortes evitáveis em situações de emergências em saúde pública.

Os ACS pesquisados apontam que o *e-visita* tem sido um instrumento importante para registro dessa vigilância, porém ressaltam a necessidade de atualizar e incrementar outros registros com o intuito de qualificar esse acompanhamento, conforme os destaques nas falas descritas, a seguir.

*“Deveria **acrescentar outras doenças** e outros campos para preenchimento, com **paciente renal, cardíaco, acaba que a ficha está muito defasada**” (ACS 01)*

*“Ai eu não vou marcar aqui porque vai que ele acha que eu não sei, e às vezes eu sei e não posso marcar. **Então assim eu acho que tem umas perguntas ali que poderiam ser formuladas diferentes, tem pergunta que não tem necessidade de ter e tem outras que tem que ter e não tem, acho que poderiam trocar algumas perguntas acho que está muito defasado.**” (ACS 05)*

*“**Outra coisa que havíamos pontuado é sobre a situação referida, das doenças que aquela pessoa tem, que cada um tem naquela família, quando a gente trabalha com papel com o nosso relatório, a gente consegue ver a família**” (ACS 01).*

Os itens de acompanhamento disponíveis para seleção do ACS no momento da visita domiciliar no *e-visita* são idênticos aos utilizados no sistema do e-SUS. A opção de não realizar implementações nos itens elencados, se deu devido a possíveis comprometimentos nos repasses de verbas ministeriais atreladas às captações

realizadas pelos ACS, durante a visita domiciliar.

Abreu (2018) elenca aspectos para a utilização de aplicações de comunicação unidirecional, ou seja, quando o diálogo parte somente de uma direção, como as mensagens de texto e lembretes de telefone para notificar visitas com as famílias, auxiliar comportamentos de vida saudável e vacinação nas unidades de saúde. O sistema *e-visita* possui potencial para ampliação de campos para registros da visita do ACS, inclusive, para o registro de anotações de observações que não possuem campos estruturados, e alertas para públicos específicos visitados. Na pesquisa realizada, os ACS veem essa potencialidade e sinalizam essa indispensabilidade para incremento dessas atualizações.

*“Outra coisa também que estou lembrando, é o e-visita ter um **espaço para anotações no próprio ambiente de visita**, por exemplo temos que registrar que fizemos uma busca ativa de paciente que voltou ou está com alguma alteração, não tem esse espaço que tínhamos antes com o papel” (ACS 03)*

Para Shlonsky (2017), embora os ACS devam ser considerados como parte integrante do sistema de saúde, os programas de ACS possuem alguns desafios, incluindo: planejamento deficiente; papéis múltiplos e percursos educativos pouco claros; muitos atores demandantes ao ACS, porém com pouca coordenação; treinamento fragmentado e específico para doenças; pouco investimento de recursos para o trabalho; vínculo tênue com o sistema de saúde; sub-reconhecimento da contribuição desses profissionais, má supervisão e controle de qualidade e suporte.

Segundo Maciel (2020), os objetos de trabalho do ACS baseiam-se em dois eixos, quais sejam, as necessidades de saúde preexistentes no território de abrangência e as necessidades oriundas da situação de emergência em saúde pública, sendo todo processo de trabalho alicerçado pelas premissas da APS: integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Portanto, a autora recomenda que, além de treinamento e supervisão de apoio, os profissionais recebam orientações adaptadas e atualizadas continuamente, justificando assim a necessidade da supervisão realizada pelo enfermeiro, ação esta para a vigilância e o cuidado do território.

7.2.2- Supervisão do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Cringler (2014) define supervisão como um processo de orientação, monitoramento e treinamento de trabalhadores para promover conformidade com os padrões de prática institucional, podendo garantir a prestação de serviços de cuidados de qualidade, permitindo aos supervisores e supervisionados a oportunidade de trabalhar em equipe para atingir metas e objetivos comuns.

Do mesmo modo, internacionalmente, a supervisão de apoio é amplamente difundida como importante elemento para ampliar a motivação e o desempenho dos trabalhadores comunitários de saúde (COMETTO et al, 2018). Um estudo de intervenção sobre os modelos de supervisão desenvolvido em quatro países africanos identificou que a mudança da supervisão de uma perspectiva “de caça aos erros” para “busca se solução de problemas” trouxe resultados significativos sobre a motivação eo desempenho dos agentes (KOK et al., 2018).

Igualmente para Marinho *et al* (2020), a supervisão foi identificada como potencial estratégia pedagógica para a qualificação do processo de trabalho. Todavia, os elementos formativos dessa prática têm sido voltados a eventuais problemas identificados pelos agentes no cotidiano de trabalho ou decorrentes do contexto epidemiológico momentâneo. Para o atendimento dessas demandas, predominam cursos esporádicos, com abordagem biológica e incipiente sobre complexidade e subjetividade das práticas. Nesse sentido, o cenário revela inadequações tanto relacionadas à abordagem ampliada de saúde quanto ao modelo de formação dos profissionais.

Dessa forma, no município pesquisado, a atividade de supervisão é realizada pelos enfermeiros da equipe de saúde da família, com encontros semanais, agendas protegidas para essa atividade, e registros no sistema de informação SISREDEWEB módulo atividades coletivas. Nesse sentido, a Secretaria Municipal tem investido junto às Regionais de Saúde no monitoramento e qualificação da supervisão, acreditando ser um ponto fundamental para qualificação do trabalho do ACS. Esse investimento visa não apenas a corrigir ações desacertadas, mas também a planejar, a coordenar as ações e a levantar a necessidade de oferta de capacitação para as especificidades,

seja esta em serviço ou não.

Mediante ao exposto, o sistema e-visita permite ao enfermeiro, no processo de supervisão do ACS, visualizar os registros das visitas registradas e proceder com as pontuações necessárias para potencializar ainda mais o desempenho do profissional no desenvolvimento das suas atividades, qualificando assim o cuidado prestado. Vislumbra-se, ainda, a possibilidade de ampliar as funcionalidades do sistema como, por exemplo; anexar fotos do cartão de vacina, conforme sugerido pela ACS, essa possibilidade facilitará o processo de supervisão do enfermeiro. Foi sinalizado pelos programadores do sistema, por meio de atas de reuniões realizadas, que um dos passos para a melhoria será a possibilidade de extração de relatórios e o acréscimo de outros campos estruturados, já assinalados pelos ACS como importantes para comporem o rol de informações de acompanhamento dos usuários.

“A enfermeira pede para verificar o cartão de vacina das crianças mas lá não tem opção para marcar, pergunta se tem criança na casa e se foi fazer a busca da vacina, mas não tem opção para responder se a vacina está em dia se está faltando alguma vacina, feridas, doenças hematológicas, preventivo, opção para marcar se a pessoa tem o preventivo em dia”.

(ACS 01)

“Se a enfermeira pedir para buscar só grávidas de trinta e poucos anos no seu quarteirão, eu vou ter que entrar no gestão, fazer essa busca encontrar o campo, calcular a idade e temos uma tecnologia tão boa que já poderia calcular a idade de uma vez prazente porque isso é importante para o nosso trabalho, só vem a data de nascimento não vem a idade aí tudo tem que jogar no excel para fazer aquela formulazinha para filtrar”. *(ACS 01)*

“Agora vamos ter que fazer um planejamento das crianças menores de um ano para verificar se o cartão de vacina está em dia, pediram para tirar uma foto do cartão de vacina e trazer se você não estiver com o celular não tem como, você tem o tablet daquele tamanho mas não pode tirar foto e gravar no e- visita”. *(ACS 04)*

“(...) chegou aqui com uma foto do celular dela da escara/ferida do

paciente, aí como você pede a enfermeira para visitar porque o aspecto não tá bom, aí eu tiro foto para enfermeira vê e definir se é urgente ou não, eu faço isso no celular mas no tablet não. (ACS 04)

Diante das falas anteriormente citadas, é importante esclarecer que o “gestão”, apontado na fala da ACS, refere-se ao sistema de prontuário eletrônico próprio do município. As informações de atualização de cadastro de usuários e domicílios são retroalimentadas pelo *e-visita* para esse sistema.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2018), sugere que os ACS documentem os serviços que prestam, e que recolham e sejam utilizados os dados de saúde sobre atividades de rotina, inclusive, por meio de soluções móveis de saúde relevantes. Os facilitadores para o sucesso dessa prática incluem minimizar a carga de relatórios e harmonizar os requisitos de dados; garantir a confidencialidade e segurança dos dados; equipar os ACS com as competências necessárias por meio de treinamento; e fornecendo-lhes *feedback* sobre o desempenho com base nos dados coletados. Concordando com a literatura, o *e-visita* foi apontado pelos ACS como o software que atende em parte às suas necessidades laborativas e sugeriram melhorias as quais poderão facilitar as ações e evitar retrabalhos, aumentando o desempenho com base nos dados coletados.

“Aí por exemplo HAS e DM da área a enfermeira pede hoje, daqui 15 dias ela pede novamente, aí daqui um mês pede tudo de novo e eu tenho que fazer tudo de novo, a tecnologia nossa é tão avançada, então assim eu acho que tinha que valorizar mais o nosso trabalho” (ACS 01)

“Tentativa de informatizar os cadastros e visitas de rotina; retirando registros manuais. Porém, para o trabalho de **supervisão do enfermeiro**, o *e-visita* não **permite retirada de informações** e dados compilados para trabalhar no território”. (P01)

De maneira idêntica, Theo Lippeveld (2014), na época em que trabalhava para um projeto de Serviços Básicos de Saúde em Monróvia, Libéria, dizia que “só o que é

medido chama a atenção”. É verdade, também, que apenas o que é coletado é medido, e, ainda, que apenas o que é registrado ou documentado e divulgado toca o interesse dos formuladores de políticas e provedores de serviços.

Da mesma forma, Panisset (2012) acredita que se os formuladores de políticas não compreendem ou ignoram as evidências sobre as causas profundas dos problemas na implementação de intervenções, aumentam as chances de surgirem resultados contrários. Isso inclui desperdiçar preciosos recursos em programas e políticas inadequadamente investidos e, mais importante, causar danos à vida das pessoas.

Lippeveld (2014) argumentou, ainda, que a disponibilidade de informações sobre o desempenho dos serviços de saúde pode capacitar os agentes comunitários (ACS) e seus supervisores para a melhoria da qualidade dos serviços comunitários de saúde. Da mesma forma, ele acrescentou que há também uma necessidade de vincular as informações de saúde geradas pelos ACS aos sistemas de informações. No entanto, na maioria dos países, essas informações vitais sobre os serviços de saúde fornecidos pelos ACS não são capturadas rotineiramente.

Para Abreu (2018), estudos mostram que os ACS estão usando ferramentas de saúde com maior eficácia para melhorar a prestação de serviços de saúde materna, infantil, sexual, infecciosas e outros serviços gerais de saúde, principalmente na África rural, onde se concentra mais da metade dos estudos selecionados. O *e-visita* tem demonstrado ser uma ferramenta que contribui nos registros das atividades desenvolvidas pelo ACS. Quando instalado no *tablet*, possibilita o registro on-line das informações coletadas durante as visitas domiciliares. Esse fator foi um grande avanço que reafirma as proposições dos autores. No entanto requer maior dedicação para potencializar, ainda mais, a sua utilização como, por exemplo, o consolidado do número de visitas realizadas e a consolidação dos dados de acompanhamento por meio de relatório.

“(...) quando a gente tem que tirar relatório para entregar para a enfermeira dos preventivos que estão em dia do quarteirão tal, poderia apenas abrir e entregar para ela, mas não, tenho que anotar no papelzinho (...)”. (ACS 04)

“É importante acompanhar para verificar se a gente lançou ou não lançou a visita, no e-SUS tínhamos um relatório que poderíamos acompanhar diariamente ou mensalmente, já no e-visita não tem isso nos faz muita falta para saber se já lançamos tudo ou se ficamos “devendo” alguma coisa naquele mês”. (ACS 01)

Schoen (2017), em um estudo brasileiro realizado para uso de ferramentas m-health em visitas domiciliares, verificou que os ACS perceberam benefícios no uso do aplicativo móvel utilizado. E de modo geral, os profissionais acreditam que o aplicativo móvel ajudou a tornar seu trabalho mais eficiente. Estimaram a aplicação móvel pela facilidade com que lhes permitiu consultar a informação de visitas anteriores e, por fim, a aplicação móvel eliminou a quantidade de papel com que os ACS tinham de trabalhar, dessa forma, foi aliviada a carga que precisavam carregar diariamente.

Os dados encontrados corroboram os dados encontrados na literatura, o sistema e- visita apresenta benefícios como de consultar informação de visitas anteriores, e ainda a redução na quantidade de papel com que os ACS precisavam de trabalhar.

“(...) Porque é muito interessante você ter um aplicativo como o e-visita é a gente extinguir o papel essa pelo menos é a nossa questão principal, é por isso que a gente pensa (...)”. (ACS 01)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É incontestável que os ACS são os conectores mais habituais das comunidades aos sistemas de saúde, e a utilização de ferramentas móveis para melhorar o seu desempenho é algo comprovado pelos trabalhos realizados em outros países. A dúvida é: por que essas ferramentas não estão em uso na sua totalidade e por que há poucas publicações divulgadas nessa área no Brasil?

Diante desse questionamento, esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer potencialidades e desafios na implantação da ferramenta *e-visita* no processo de trabalho do ACS, e como objetivos específicos conhecer potencialidades da ferramenta, descrever o processo de implantação e apresentar os seus possíveis benefícios em microáreas de Belo Horizonte.

Com foco nos objetivos elencados, a construção do *e-visita* foi um marco histórico na rede SUS-BH, tendo em vista os benefícios trazidos ao desenvolvimento das ações em nível territorial, ampliando e qualificando o trabalho das equipes de saúde da família e do ACS como integrante desse grupo de profissionais. Essa construção foi potencializada e otimizada com a entrega dos *tablets* para todos os ACS da cidade, o que possibilitou o registro *in loco* e on-line das atividades desenvolvidas no território, agilizando o processo de registro e informação em saúde de forma mais efetiva e qualificada.

Esse *software* trouxe vários benefícios para a rotina de trabalho durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, no processo de atualização de dados cadastrais dos usuários, e também a facilidade do registro da visita a partir da identificação da família. Esses benefícios puderam ser observados durante as reuniões com as referências técnicas regionais e nos encontros com os profissionais ACS. O sistema foi potencializado com as contribuições destes que foram apontando as possibilidades de aperfeiçoamento.

Este sistema encontra-se em desenvolvimento, com perspectivas de maiores investimentos na qualificação das ferramentas que permitem maior gestão e cuidado no e do território como, por exemplo, na emissão de relatórios para contribuir na supervisão do enfermeiro sobre as ações e atividades desenvolvidas pelo ACS, e no planejamento de ações de vigilância em saúde. Bem como avanços que possibilitem

O acompanhamento da quantidade e a qualidade das visitas e demais rotinas executadas por este profissional, como: identificar o número de pessoas em condições crônicas na microárea, gestantes, crianças menores de 02 anos de idade e, ainda, a consolidação do modelo de atenção e dos atributos da APS. Para o desenvolvimento desse modelo, é preciso garantir condições para execução do trabalho, capacitação e educação permanente do ACS, visto que não se pode esquecer de que o trabalho desenvolvido por esses profissionais é primordial para a execução das premissas que orientam a APS, no Brasil e no mundo.

Os ACS têm como eixos basilares para seu trabalho a orientação comunitária e a competência cultural, os quais não podem ser substituídos por outras racionalidades como um trabalho burocrático e inefetivo na prestação do cuidado em saúde. Dessa forma, não se pode deixar que o trabalho que possui como eixos basilares a orientação comunitária e a competência cultural seja substituído por um trabalho com outras racionalidades, ou seja, um trabalho burocrático e inefetivo na prestação do cuidado em saúde.

Tais recomendações pautam-se na premissa da qualificação profissional para viabilizar as situações necessárias de reorganização do processo de trabalho do ACS, sem prejuízos às perspectivas legais, de modo a garantir a oferta de ações e serviços à população adscrita, a busca de universalidade do acesso e da equidade em saúde, em defesa da dignidade do trabalho e da vida, dos trabalhadores de saúde em geral, e da população.

Assim, conclui-se que o *e-visita* é uma ferramenta eficaz que pode aprimorar a cobertura de visitas domiciliares e promover o progresso em direção à melhoria da qualidade assistencial e da universalidade do acesso, alcançando populações de maior ou menor vulnerabilidades, trazendo aplicabilidade para transformar uma realidade e, conseqüentemente, contribuir em melhorias das políticas públicas.

Porém, é necessário lapidar a interface do sistema de informação em saúde, de forma que venha a apoiar, ainda mais, as atividades diárias dos profissionais e atender os seus requisitos que podem gerar impacto positivo no desempenho e na prática, considerando que os ACS captam informações valiosas na comunidade por meio do cadastro e da visita domiciliar, impactando assim em resultados de indicadores

assistenciais e de desempenho como no Programa Previne Brasil, diagnóstico territorial e repasses financeiros advindos do MS para o município.

Dessa maneira, é necessária identificação de barreiras e facilidades, abordando-as no desenho das estratégias por meio da pesquisa de implementação, qual seja, a implantação de política de saúde, aumentando, portanto, as chances de produzir resultados positivos e podendo detectar barreiras e facilitadores de entregas, bem como caracterizar estratégias que podem abordar e utilizar, respectivamente, esses fatores. Nessa perspectiva, a metodologia utilizada para implementação do *e-visita* abre campo para replicação em escala maior e em diferentes contextos territoriais para pesquisa de implementação e operacionais para a formulação de política, e monitorar o processo de implantação e avaliação de resultados tão eficazes quanto possível.

Para finalizar, os produtos desta pesquisa sinalizam algumas lacunas que podem ser desenvolvidas, futuramente, com outras pesquisas. Uma delas seria o entendimento de como a ferramenta *e-visita* pode contribuir na capacitação permanente para a equipe de saúde da família e, em especial, do ACS. Outra possibilidade para pesquisarefere-se às contribuições de alertas para públicos específicos durante a visitadomiciliar do ACS, auxiliar nas orientações de educação em saúde para a população.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 – Posicionamento da Rede APS, da Abrasco. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999. Cap. 6 e 7.

Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, Johnson A, Holeman I, Foth J, Rogers D, Yang J, Nardella J, Olsen H, Raghavan M, Panjabi R, Alban R, Malaba S, Christiansen M, Rapp S, Schechter J, Aylward P, Rogers A, Sebisaho J, Ako C, Choudhury N, Westgate C, Mbeya J, Schwarz R, Bonds MH, Adamjee R, Bishop J, Yembrick A, Flood D, McLaughlin M, Palazuelos D. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Global Health* 2020; 5:e002550

BANCHS, María Auxiliadora. Representaciones sociales em processo: su análisis através de grupos focales. p. 401-423. In: MOREIRA, Antônio Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUINO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB Editora Universitária, 2005

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. Rio de Janeiro: Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v.21, p.31-46, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BARROS, D.: *et al.* **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Florianópolis. vol.19 nº01, p.08. jan/mar 2010.

BELO HORIZONTE. **BH Map**: IDE BHGEO. Rua Olinto Magalhães, nº 1939. 2021. Disponível em:

<http://bhmap.pbh.gov.br/v2/mapa/idebhgeo#zoom=4&lat=7798082.67642&lon=605>

546.26251&baselayer=base&layers=centro_saude%2Cdistrito_sanitario>. Acesso em 26/01/2021 às 22:30.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira Orientadora dos Serviços do SUS - BH - Relação de Serviços Prestados na Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte 2018. Disponível em:

≤https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/carteira-orientadora_servi%C3%A7os-sus-bh-07-11-2018.pdf . Acesso em: 25/01/2021 às 14:05.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte - Caracterização do sistema atual, Belo Horizonte 2018. Disponível em:

≤http://www.pbh.gov.br/smsa/atencao_primaria/Documento_Complementar_1F_Norte.pdf . Acesso em: 25/01/2021 às 15:10.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica: GEAPS/DIAS/SUASA/SMSA/PBH - Supervisão do Agente Comunitário de Saúde, Belo Horizonte 2019. Disponível em:

≤<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Nota%20Tecnica%20Supervis%C3%A3o%2013%20-%202019.pdf> . Acesso em: 25/01/2021 às 15:01.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte - Diretrizes Técnicas para o Trabalho, Belo Horizonte 2019. Disponível em:

≤<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/manua-ac.pdf> . Acesso em: 25/01/2021 às 15:05.

BELO HORIZONTE. Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior: 2º quadrimestre de 2020. 2020.

Disponível em: ≤https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/rdqa_2_quadrimestre-2020.pdf . Acesso em 25/01/2021 às 13:10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília. 2009. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlyNg=>. Acesso em: 25/01/2021 às 18:27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em 04/02/2021 às 17:55.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm. Acesso em: 07/08/18 às 18:45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 23/07/2019 às 19:21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da família. Saúde Brasil 2020: Manual de uso do sistema de prontuário eletrônico do cidadão - PEC (versão 3.2): Brasília, 2020. 489 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006. 620 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2010. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 08/08/17 às 22:40.

CAMPOS, P.H.F. **A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais.** In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG. 2003. p.22-36.

CARDOSO, C.M.L. **Vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: Visão dos profissionais.** Dissertação, Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG: 2015.

CARLI, R et al. **Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.23, n.3, p. 626-632, 2014.

CHANG, L. W.; KAGAAYI, J.; AREM, H.; NAKIGOZI, G.; SSEMPIJJA, V.; SERWADDA, D.; QUINN, T. C.; GRAY, R. H.; BOLLINGER, R. C.; REYNOLDS, S. J. Impact of a mHealth Intervention for Peer Health Workers on AIDS Care in Rural Uganda: A Mixed Methods Evaluation of a Cluster-Randomized Trial. *AIDS and Behavior*, v. 15, n. 8, p. 1776, 2011. Disponível em: . Acesso em: 09 de maio de 2022.

COMETTO, G. et al . **Health policy and system support to optimise community healthworker programmes: an abridged WHO guideline.** *The Lancet Global Health*, Londres, v. 6, n. 12, p. e1397-e1404, 2018.

CORDEIRO, L. *et al* 2015. **Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11):3581-3588, 2015.

COSCELLI, A. Mobilidade muda trabalho de agentes comunitários e gestores de Saúde Pública.[online] Disponível na Internet: <https://mv.com.br/pt/blog/mobilidade->

[muda-trabalho-de-agentes-comunitarios-e-gestores-de-saude-publica-1](#). 23 de Maio de 2022.

COSTA, S.M et al. Agente Comunitário de Saúde: Elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 7 [Acessado 8 Junho 2022], pp. 2147-2156. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>>. Epub 01 Jul 2013. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>.

CRIGLER L, *et al* 2014. Supervision of Community Health Workers. *IN* Henry Perry and Lauren Crigler. *Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale*. 1. ed. EUA: by Jhpiego Corporation, 2014. p.205-232. Disponível em:file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/Kle%CC%81bio_ACS_usaid_Developing%20and%20Strengthening%20Community%20%20Health%20Worker%20Programs%20at%20Scale%20MCHIP_CHW%20Ref%20Guide.pdf. Acesso em: 14 de maio 2022.

DAVIS F.D. **Utilidade percebida, facilidade de uso percebida e aceitação do usuário da tecnologia da informação**. Mis Quartely, 1989. Disponível em: <<http://www.istor.org/stable/249008>>. Acesso em: 31/01/2021 às 21:23.

DEJOURS, C. **A carga psíquica do trabalho** (1980) In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas S. A., 1994.

FEROZ, A,: *et al*. **Uso de telefones celulares para melhorar o desempenho dos profissionais de saúde comunitários em países de baixa e média renda**. Pakistan,Article in BMC Public Health · January 2020

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília – DF: Líber Livro, 2008.

GAVA, M. *Et al.* **Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências**. 2015.

Gonçalves-Bradley, DC, J Maria, AR, Ricci-Cabello, I., Villanueva, G., Fønhus, MS, Glenton, C., Lewin, S., Henschke, N., Buckley, BS, Mehl, GL, Tamrat, T., & Shepperd, S. (2020). Tecnologias móveis para apoiar a comunicação e o gerenciamento de cuidados de um provedor de saúde para outro. O banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas, 8 (8), CD012927.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012927.pub2> Acessado em 09 de junho de 2022.

Gomes, Karine O., Cotta, Rosângela M. M.; Mitre, Sandra M.; Batista, Rodrigo S., & Cherchiglia, Mariângela L. (2010). O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: Reflexões contemporâneas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1143-1164.

Haines A, Barros EF, Berlin A, Heymann DL, Harris MJ. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395(10231):1173-1175.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
≤<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>≥. Acesso em: 10/08/18 às 18:10.

KOK, M. C. et al. Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries. *Health policy and planning*, Londres, v. 33, n. 9, p. 988-998, 2018.

LESSA, M.G.G. **O agente comunitário de saúde em Fortaleza: vivências profissionais**. Dissertação, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Fortaleza (CE) 99p.:Universidade Estadual do Ceará - UEC: 2013.

Lippeveld T. 2014. **O sistema de informação de gestão de saúde comunitária na Libéria. Campanha de um milhão de agentes comunitários de saúde.** 17 de fevereiro de 2014. <http://1millionhealthworkers.org/2014/02/17/chmisinliberia/>
Acessado em 14 de maio de 2022.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.637-1.646, 2016.

MACIEL F.B.M et al 2020. **Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(Supl.2):4185-4195, 2020.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de Pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado.** Belo Horizonte: Com-Arte. 2002.

MARINHO, C.S. et al 2020. **Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação.** PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ.

MARKUS, L.M. Power, Politics and MIS Implementation. ACM Computing Surveys New York, v.26, n. 6, 1983 apud MAGALHÃES, Carlos Augusto de Souza. Análise da Resistência Médica à implantação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, 10, 2006, Florianópolis. Anais...: SBIS. p.1-6

MARQUES GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev Gaúch Enferm.** 2004 Abr; 25(1):17-25.

MARTINS, Caroline Roberta Wisniewski; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE Neide Tiemi. **Vínculos empregatícios dos trabalhadores da rede assistencial do SUS na 10ª regional de saúde do Paraná.** In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 6, e SEMINÁRIO DE DIREITOS HUMANOS, 2, 2014, Toledo. Anais. Paraná: UNOESTE, 2014. p. 01-15

MENDES, E.V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p. Disponível

em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 25/01/2021 às 18:40.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, OPAS, 2012.

MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-42.

MERHY EE. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 1997. p.125-41

MINAYO, MCS. **O desafio da pesquisa social in Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Suely Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 30. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica**. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). Textos em representações sociais. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2013a.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013b. 407 p.

MINAYO, M.C.S. DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Edição digital. Petrópolis: Vozes, 2013. 95 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. 2. ed. Londres: Sage Publications, 1997. v. 16 (Qualitative Research Methods Series).

MUSSE, Juliana de Oliveira. et al. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p. 525-536, 2015.

NÓBREGA, Danielle Oliveira; ANDRADE, Erika dos Reis Gusmão; MELO, Elda Silva do Nascimento. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 433-441, 2016.

NOVOA, C. N.V,A. **Fundamentos em Gestão e Informática em Saúde**. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, 2019.

NOVAES, H.M.D. SOÁREZ, P.C. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; 2002. NOVAES, H.M.D. SOÁREZ, P.C. **Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político**. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

O'Donovan J, Kabali K, Taylor C, Chukhina M, Kading JC, Fuld J, et al. **O uso de tablets Android de baixo custo para treinar trabalhadores comunitários de saúde em Mukono, Uganda, no reconhecimento, tratamento e prevenção da pneumonia em crianças menores de cinco anos: um ensaio piloto randomizado controlado**. Hum Resour Health 2018 19 de dezembro.

Office of the National Coordinator for Health Information Technology. **What is telehealth? How is telehealth different from telemedicine?** Disponível em: <https://www.healthit.gov/faq/> what-telehealth-how-telehealth-different-telemedicine>
Acessado em 30/01/2021 às 19:00

Panisset, U., Koehlmoos, TP, Alkhatib, AH et ai. **Captação e uso de evidências de pesquisa de implementação para a formulação de políticas**. Política de Res. de Saúde Sys 10, 20 (2012). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-10-20>
Acessado em 08/06/2022 às 19:12

Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PONTES, Ana Lúcia de Moura; BORNSTEIN, Vera Joana; GIUGLIANI, Camila. O agente comunitário de saúde em Angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.521-533, nov. 2011/ fev. 2012.

Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F, D'Arcangues C, Devlin M, Gardner C, et al. (2010) Definindo Pesquisa para Melhorar os Sistemas de Saúde. *PLoS Med* 7(11): e1001000. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001000>

Acessado em 08/06/2022 às 19:32

REUDIGER, M.A.; RICCIO, V. **Grupo focal: método e análise simbólica da organização e da sociedade**. In: VERGARA, Sylvia Constant. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2005. p. 111-120.

ROCHA, Natália Hosana Nunes; BARLETTO, Marisa; BEVILACQUA, Paula Dias. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Revista Interface, Botucatu**, v.17, n.47, p.847-857, out./ dez. 2013.

SANTOS, Alaneir de Fatima dos ; FERREIRA Janete Maria, QUEIROZ, Neuslene Rivers ; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Estruturação da área de informação em saúde a partir da gerência de recursos informacionais: análise de experiência. **Revista Panamericana de Salud Pública** v. 29, p. 409-415, 2011.

SANTOS AF, FERREIRA JM, QUEIROZ NR, MAGALHA/ES JÚNIOR HM. Estruturação da área de informação em saúde a partir da gerência de recursos informacionais: análise de experiência. **Rev Panam Salud Pública**. 2011; 29(6):409–15.

SANTOS, EM, MORAIS, SHG. **A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros**. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 16, n.3,p. 492-7, 2011.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCHOEN J, Mallett JW, Grossman-Kahn R, Brentani A, Kaselitz E, Heisler M. **Perspectivas e experiências de agentes comunitários de saúde em centros de atenção primária brasileiros utilizando ferramentas m-health em visitas domiciliares com membros da comunidade.** Hum Resour Saúde. 29 de setembro de 2017;15:71. doi: 10.1186/s12960-017-0245-9. PMID: 28962569; PMCID: PMC5622566.

SHLONSKY, A. *et al* 2017. **Optimising Community Health. Worker Programmes. A Search Strategy for 15 Systematic Reviews. Developed for the WHO.** Melbourne, 2017.

SILVA, MPP; MARZIALE, MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. **Rev. Lat. Am. Enferm.** 2003; 8(5):44-51.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.** The Journal of Family Practice, United States, v. 50, n. 2, p. 161–175, 2001.

SOUZA, P.H.L *et al.* Uso de dispositivo móvel por agentes comunitários de saúde.**Rev. Enferm Atenção Saúde (UNIFESP).** 2018; 226 - 233.

TOMA, T.S. PEREIRA, T.V. VANNI, T. BARRETO, J.O.M. **Avaliação de tecnologias e inovação em saúde no SUS: desafios e propostas para a gestão.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

TOMAZ JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2002; 6 (10):84-87.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública.**v.39, n.3, p.507-514, jun. 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001. STAKE, R. The Case study method in social inquiry. **Educational Researcher**, v.7, n.2, p.5-8, 1978.

WHO. Guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICES

APÊNDICE 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) senhor (a) _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntária, em uma pesquisa, intitulada “TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um olhar sobre a implantação do *e-visita* para os agentes comunitários de saúde”, que tem como objetivo principal analisar o processo de implantação do projeto *e-visita* no SUS-BH e os possíveis desafios e potencialidades desta ferramenta na qualificação do processo de trabalho dos ACS no município. O grupo focal terá duração aproximada de 120 minutos, será gravado e transcrito, com o consentimento dos entrevistados, sendo 30 minutos para preenchimento do questionário e 90 minutos para discussão do grupo focal. O material será armazenado para consulta por um período de 05 anos, com identificação alfanumérica e ficará em posse do pesquisador.

- **Procedimentos a serem realizados e confidencialidade de sua identidade**

Nesta pesquisa, para qual você está sendo convidado, será necessário responder um questionário com questões abertas e fechadas e que serão aplicadas por um entrevistador treinado. As questões fechadas englobam aspectos sociodemográficos, laborais e de formação. Já as questões abertas abordam alguns pontos que queremos saber sobre a sua prática profissional após a implantação do sistema *e-visita*. Ressaltamos que suas respostas devem ser realizadas de maneira individual, não sendo possível delegar a outro colega de profissão.

Destaca-se que os dados coletados neste estudo serão preservados bem como os resultados avaliados serão apresentados na forma de codificação alfanumérica. Portanto, se o material registrado pelo profissional for utilizado para fins de publicação científica ou acadêmica, sua identidade será preservada, não sendo possível a identificação individual de cada participante. Conforme Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda participação em pesquisa traz algum desconforto ou risco, mesmo que mínimo, como a possibilidade de desconforto pelo tempo dispensado, de receio ou constrangimento de se expor ao responder o questionário e

participar do grupo focal, além de risco mínimo de exposição ao vírus SARS-CoV2. Mas, informamos que diante dos objetivos desta pesquisa, dá explicação sobre o projeto quantas vezes for necessário e da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, bem como do respeito a todas as medidas que envolvem biossegurança, prevenção e controle de transmissão da doença do SARS-CoV2 durante a coleta de dados, esses riscos serão minimizados neste estudo. Serão respeitadas todas as orientações disponíveis nos protocolos e Notas Técnicas da prefeitura de belo horizonte, como a utilização de máscaras pelos participantes, respeito ao distanciamento social, utilização de álcool a 70 % para higienização das mãos e encontros em locais arejados mantendo portas e janelas abertas.

- **Riscos, desconfortos e benefícios**

Os riscos são mínimos, no entanto, você pode sentir-se constrangido, cansado ou incomodado em algum momento do estudo. Caso, eventualmente isto ocorra, você pode manifestar seu interesse em descontinuar na pesquisa. Você pode ainda decidir não participar do estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento, e você não sofrerá qualquer punição, dano, prejuízo ou perderá qualquer benefício a que tem direito.

Como benefício, você tem a oportunidade de aperfeiçoar o registro no sistema de informação do SUS-BH, a fim de proporcionar melhorias no seu processo de trabalho, no cuidado ofertado aos usuários e na satisfação com o desempenho do trabalho.

- **Custos e reembolso**

A sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, você não terá nenhum gasto ou receberá qualquer tipo de benefício financeiro (pagamento, remuneração ou brindes). Portanto, sua decisão em participar deste estudo deve ser totalmente voluntária.

Esclarecemos que será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, em respeito à exigência contida no item IV.3, h, da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012. Destacamos que este documento foi elaborado de acordo com a referida Resolução.

- **Consentimento**

Eu, _____ (nome do participante), tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, e que posso desistir de participar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Confirmando ter assinado duas vias deste termo, uma para mim, e uma para o pesquisador.

Diante do exposto e após esclarecimentos de dúvidas, assino o documento e rubrico todas as páginas.

Participante:

| | |
|------------------------|------------------------|
| _____ | _____ |
| (Participante) | (Documento identidade) |
| _____ | ____/____/____ |
| (Nome da cidade/Local) | (Data) |
| _____ | _____ |
| (Participante) | (Documento identidade) |
| _____ | ____/____/____ |
| (Nome da cidade/Local) | (Data) |

Nós agradecemos imensamente sua confiança, participação e exímia colaboração no desenvolvimento deste estudo.

Em caso de dúvidas, informações acerca do estudo, são disponíveis os contatos:

Pesquisadores:

- Prof^a. Dr^a Vanessa de Almeida - Orientadora da pesquisa (31) 3409-9878
- Prof^a. Dr^a Ulysses Panisset - Coorientador da pesquisa (31) 3409-9878
- Klébio Ribeiro Silva De Martin - Orientando da pesquisa (31) 99126-9661
klebioribeiro@gmail.com.

No caso de esclarecimentos de caráter ético entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, localizado na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar, sala 302, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309. Este documento será elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelos pesquisadores responsáveis.

APÊNDICE 02: QUESTIONÁRIO SOBRE IMPLANTAÇÃO DO *E-VISITA* - GESTOR - ENFERMEIRO

Questionário - GESTOR- ENFERMEIRO

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a preencher este questionário socioeconômico para participar do projeto de pesquisa denominado "TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um olhar sobre a implantação do *e-visita* para os agentes comunitários de saúde" desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG). Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Klébio Ribeiro Silva De Martin, sob a orientação da Professora Dra. Vanessa de Almeida e do Professor Dr.Ulysses Panisset.

1. Nome completo: _____
2. Cargo: _____
3. Centro de Saúde: _____
4. Sexo: () Feminino () Masculino
5. Idade: _____
6. Formação: _____
7. Grau de escolaridade: () Ensino superior completo () Especialização
() Mestrado () Doutorado
8. Especialização: _____
9. Tipo de vínculo de trabalho:
() Estatutário () Contrato Administrativo
10. Tempo que trabalha no SUS de Belo Horizonte:

() Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () Acima de 10 anos
11. Tempo que atua como gestor no Centro de Saúde:
() Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () Acima de 10anos
12. Como você avalia o processo de implantação do *e-visita* no Centro de Saúde?

Excelente Bom Ruim Razoável

13. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o processo de trabalho ACS?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

14. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o processo de trabalho do enfermeiro em relação à supervisão do ACS?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

15. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o diagnóstico do território? Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

16. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o planejamento das ações do gerente do centro de saúde? Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

17. Avaliando o *e-visita* como possibilidade de gestão do trabalho do ACS, você acredita que: Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

18. Como você avalia a fase de preparação do ACS para a utilização do *e-visita*?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

19. Como você avalia a fase de preparação dos enfermeiros para a utilização do *e-visita*? Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

20. Como você avalia a fase de preparação do gerente para a utilização do *e-visita*?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

21. Foi percebido algum desafio na utilização do *e-visita* pelo ACS?

sim não

Se sim, descreva quais: _____

22. Foi percebida alguma potencialidade na utilização do *e-visita* pelo ACS?

()sim ()não

Se sim, descreva quais: _____

23. Quais foram os efeitos na atuação profissional percebidas na implantação do *e-visita*?

Se sim, descreva quais: _____

APÊNDICE 03: QUESTIONÁRIO SOBRE IMPLANTAÇÃO DO E-VISITA - ACS**Questionário - ACS**

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a preencher este questionário socioeconômico para participar do projeto de pesquisa denominado “TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: um olhar sobre a implantação do *e-visita* para os agentes comunitários de saúde” desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Klébio Ribeiro Silva De Martin, sob a orientação da Professora Dra. Vanessa de Almeida e do Professor Dr. Ulysses Panisset.

1. Nome completo: _____
2. Cargo: _____
3. Centro de Saúde: _____
4. Sexo: () Feminino () Masculino
5. Idade: _____
6. Formação: _____
7. Grau de escolaridade: () Ensino Básico () Ensino Médio () Ensino superior completo () Especialização () Mestrado () Doutorado
8. Tempo que trabalha no SUS de Belo Horizonte:
() Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () Acima de 10 anos
9. Tempo que trabalha no Centro de Saúde:
() Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () Acima de 10 anos

10. Como você avalia o processo de implantação do *e-visita* no Centro de Saúde?

Excelente Bom Ruim Razoável

11. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o processo de trabalho ACS?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

12. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o processo de trabalho do enfermeiro em relação a supervisão do ACS?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

13. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o diagnóstico do território?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

14. Como você avalia o sistema *e-visita* na contribuição para o planejamento das ações do gerente do centro de saúde?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

15. Avaliando o *e-visita* como possibilidade de gestão do trabalho do ACS, você acredita que:

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

16. Como você avalia a fase de preparação do ACS para a utilização do *e-visita*?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

17. Como você avalia a fase de preparação dos enfermeiros para a utilização do *e-visita*? Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

18. Como você avalia a fase de preparação do gerente para a utilização do *e-visita*?

Contribui muito contribui pouco não contribui indiferente

19. Como você avalia sua habilidade com o uso de tecnologia?

()Excelente ()Bom () Ruim () Razoável

APÊNDICE 04- Perguntas norteadoras do grupo focal com os ACS

01. Foi percebido algum desafio na utilização do *e-visita* pelo ACS?

02. Foi percebidas potencialidades na utilização do *e-visita* pelo ACS? se sim, quais?ou se não porquê?

03. Quais foram os efeitos na sua atuação profissional percebidas durante a implantação do *e-visita*?

PRODUTO TÉCNICO

1. INTRODUÇÃO

Os ACS promovem integração entre os demais profissionais da ESF e a comunidade do território por meio da visita domiciliar e demais atividades desenvolvidas no território, sendo assim, os olhos dos demais membros da equipe no território. No cerne do seu trabalho, esses profissionais obtêm informações essenciais para o planejamento das ações em saúde, com base nas necessidades da população. Entre as ações desenvolvidas no território, pode-se citar o cadastramento das famílias e dos domicílios, levantamento das necessidades e estratificação da população de acordo com a complexidade ou gravidade das situações encontradas, investigação de fatores de risco e condições de saúde da população cadastrada.

Assim, entre os anos de 2001 e 2002, foi criado o programa Censo BH Social, tendo como objetivo cadastrar todo cidadão atendido pelo SUS de Belo Horizonte. Desde então, a Secretaria de Saúde não mede esforços na tentativa de oferecer constantes melhorias para os profissionais e usuários e, nesse cenário, foi construído o sistema *e-visita*.

O *e-visita* agrega a oportunidade de registro da visita domiciliar do cadastro de usuários do SUS-BH e possibilita ainda a atualização e inserção de dados cadastrais, com todos os dados pessoais, sociais e de moradia dos usuários, possibilita também fazer a integração da localização geográfica das pessoas no território de residência. Além disso, ele veio para sistematizar e otimizar o trabalho do ACS, contribuindo para a melhoria assistencial no trabalho e na supervisão de apoio, por ser um sistema de controle de território e visitas da estratégia de Saúde da Família, em especial do ACS.

O processo de implantação do *software* se deu, no ano de 2019, com a implantação em uma unidade piloto de duas distintas regionais de saúde. Esse processo contou com visitas *in loco* dos profissionais do nível central e regionais de saúde nas unidades, com orientações de utilização do sistema e, ainda, apoio dos técnicos de informática das regionais no dia a dia de utilização pelo ACS.

Após dois anos de experimento nas unidades pilotos, foi realizada a expansão para os

demais 150 Centros de Saúde, distribuídos em nove regionais de saúde conforme demonstrado no quadro seguinte.

QUADRO 01: Centros de Saúde e Equipe de Saúde da Família por regional de saúde

| Regional de Saúde | Nº de Centros de Saúde | Nº de Equipes de Saúde da Família |
|--------------------------|-------------------------------|--|
| Barreiro | 20 | 88 |
| Centro Sul | 12 | 35 |
| Leste | 14 | 56 |
| Noroeste | 16 | 65 |
| Nordeste | 21 | 82 |
| Norte | 20 | 72 |
| Oeste | 18 | 65 |
| Pampulha | 14 | 47 |
| Venda Nova | 17 | 85 |
| Total | 152 | 595 |

Como forma de capacitação para a usabilidade do sistema, foram realizados vários encontros virtuais com os ACS e referências técnicas regionais, com duração de, aproximadamente 04 horas, demonstrando o passo a passo para a utilização do sistema, bem como os benefícios da ferramenta e as possibilidades de utilização durante as visitas domiciliares. Esse processo contou com o apoio também dos técnicos de informática das regionais de saúde.

Dessa forma, esta pesquisa foi realizada com o objetivo geral de conhecer potencialidades e desafios na implantação da ferramenta *e-visita* no processo de trabalho do ACS, e com os objetivos específicos de conhecer potencialidades da ferramenta, descrever o processo de implantação e apresentar os possíveis benefícios desta ferramenta, em microáreas de Belo Horizonte.

Pensando nisso, este relatório técnico foi elaborado com o objetivo de apresentar o que pode ser melhorado na utilização da ferramenta a partir da experiência do usuário, bem como os problemas identificados no processo de trabalho, a seguir, destacados.

2. RESULTADOS

Em Belo Horizonte, o *e-visita* é utilizado em *tablets* disponibilizados aos ACS, porém não é possível realizar a sincronização de dados do cadastro com o CADWEB, dificultando, assim, o trabalho do ACS *in loco* e abrindo a necessidade de realizar algumas atividades no *desktop* da unidade, conforme demonstrado nas falas, a seguir:

“(...) só que ainda está faltando coisas, como associar o CADWEB, porque querendo ou não ficamos presos ao posto devido ao cadweb”
(ACS 01)

“(...) disseram que viria o tablet para a gente que vinha uma ferramenta nova a gente ficou muito empolgado (...)” (ACS 01)

É essencial que os profissionais da ESF conheçam e tenham propriedade do cadastro familiar, tomem conhecimento de seu objetivo, de sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde do território e, ainda, que a ferramenta tecnológica, *e-visita*, utilizada venha facilitar na realização, na atualização e no aperfeiçoamento do cadastro dos usuários. Assim, as falas destacadas, a seguir, demonstram que a utilização da ferramenta *e-visita* contribui com essas necessidades, porém ainda são necessários investimentos em melhorias para potencializar a sua utilização.

“(...) em termos de cadastrado o e-visita é muito mais ágil, (...)” (ACS 01)

“(...) nós temos a possibilidade da atualização de cadastro no e-visita”
(ACS 01)

“Por exemplo se estou no bloco 01 apartamento 101 acaba aquela visita e quando aperto voltar ele volta para a primeira página e muitas vezes já estou na décima página do quarteirão e o e-visita volta lá no início” (ACS

01)

*“O **informado também, não aparece no e-visita**, o informado é o paciente que procura a unidade faz cadastro para o atendimento “ (ACS 05)*

Os ACS da unidade pesquisada apontaram a necessidade de melhorias a serem realizadas no *e-visita*, a fim de tornar mais efetiva a comunicação de cuidados de saúde, resultando em uma rede interconectada entre profissionais.

*“Teria que ter um aplicativo já que a intenção é essa, um aplicativo com toda essa funcionalidade que a gente precisa para o nosso trabalho, **que é a câmera, Whatsapp, ter uma parte para anotações, o relatório, poder consultar as idades, destacar a questão da situação referida, se tivesse isso tudo dentro do aplicativo dentro do tablet, nunca mais a gente iria precisar de papel, aí seria a solução e iríamos amar vocês!** ” (ACS 01)*

Apontaram ainda que o *e-visita* tem sido um instrumento importante para registro da vigilância e cuidado do território, porém ressaltam a necessidade de atualizar e incrementar outros registros com o intuito de qualificar esse acompanhamento, conforme os destaques nas falas descritas, a seguir.

*“Deveria **acrescentar outras doenças** e outros campos para preenchimento, com **paciente renal, cardíaco, acaba que a ficha está muito defasada**” (ACS 01)*

*“Ai eu não vou marcar aqui porque vai que ele acha que eu não sei, e às vezes eu sei e não posso marcar. **Então assim eu acho que tem umas perguntas ali que poderiam ser formuladas diferentes, tem pergunta que não tem necessidade de ter e tem outras que tem que ter e não tem, acho que poderiam trocar algumas perguntas** acho que está muito defasado.” (ACS 05)*

*“**Outra coisa que havíamos pontuado é sobre a situação referida, das doenças que aquela pessoa tem, que cada um tem naquela família,***

quando a gente trabalha com papel com o nosso relatório, a gente consegue ver a família” (ACS 01).

O sistema *e-visita* permite ao enfermeiro no processo de supervisão do ACS, visualizar os registros das visitas registradas e proceder com as pontuações necessárias para potencializar, ainda mais, o desempenho do profissional no desenvolvimento das suas atividades, qualificando assim o cuidado prestado.

Os profissionais da unidade apontam a necessidade de ampliação das funcionalidades do sistema como, por exemplo, anexar fotos do cartão de vacina. Conforme essa possibilidade, facilitará o processo de supervisão do enfermeiro.

“A enfermeira pede para verificar o cartão de vacina das crianças, mas lá não tem opção para marcar, pergunta se tem criança na casa e se foi fazer a busca da vacina, mas não tem opção para responder se a vacina está em dia se está faltando alguma vacina, feridas, doenças hematológicas, preventivo, opção para marcar se a pessoa tem o preventivo em dia”.

(ACS 01)

“Se a enfermeira pedir para buscar só grávidas de trinta e poucos anos no seu quarteirão, eu vou ter que entrar no gestão, fazer essa busca encontrar o campo, calcular a idade e temos uma tecnologia tão boa que já poderia calcular a idade de uma vez pra gente porque isso é importante para o nosso trabalho, só vem a data de nascimento não vem a idade aí tudo tem que jogar no excel para fazer aquela formulazinha para filtrar”.

(ACS 01)

Concordando com a literatura, o *e-visita* foi apontado pelos ACS como um *software* que atende em parte às suas necessidades laborativas diárias e sugeriram melhorias que poderão facilitar as ações e evitar retrabalhos, aumentando assim o desempenho com

base nos dados coletados, conforme pode-se verificar nas falas, a seguir.

“Aí por exemplo HAS e DM da área a enfermeira pede hoje, daqui a 15 dias ela pede novamente, ai daqui um mês pede tudo de novo e eu tenho que fazer tudo de novo, a tecnologia nossa é tão avançada, então assim eu acho que tinha que valorizar mais o nosso trabalho”
(ACS 01)

*“Tentativa de informatizar os cadastros e visitas de rotina; retirando registros manuais. Porém, para o trabalho de **supervisão do enfermeiro**, o e-visita não **permite retirada de informações** e dados compilados para trabalhar no território”. (P01)*

3. VISUALIZAÇÃO DAS TELAS DO e-VISITA

Diante disso, as figuras anexadas, a seguir, têm por objetivo colaborar na visualização das telas do *e-visita* e possibilitar ao leitor maior entendimento do sistema. Para acessá-lo é preciso ser cadastrado nas funcionalidades de acordo com o perfil de acesso descritas no quadro 02, e navegar por meio do link: <https://evisita.pbh.gov.br/?#/home>.

Quadro 02: Síntese das Funcionalidades por Perfil

O quadro seguinte demonstra as funcionalidades e os respectivos perfis de acesso ao sistema *e-visita*.

| Funcionalidade | Perfil |
|---|-----------------|
| Cadastramento, inclusão e exclusão de Microáreas Inserção de quadras e lotes fora do limite de Área de Abrangência | Gerente SMSA |
| Cadastro do território das Área de Abrangência (quadras e/ou lotes) Validação de novos endereços | Regional |
| Visualização das áreas para fins de gerenciamento | Gerente Unidade |
| Supervisão do Processo de Trabalho do ACS (funções ainda não ativados) | Enfermeiro eSF |
| Cadastro de endereços Cadastro de usuários | ACS |

Figuras 02: Páginas iniciais do e-visita

Para acessar é necessário que o profissional entre com o login e senha do sistema Gestão, o mesmo utilizado para acessar o prontuário do paciente.

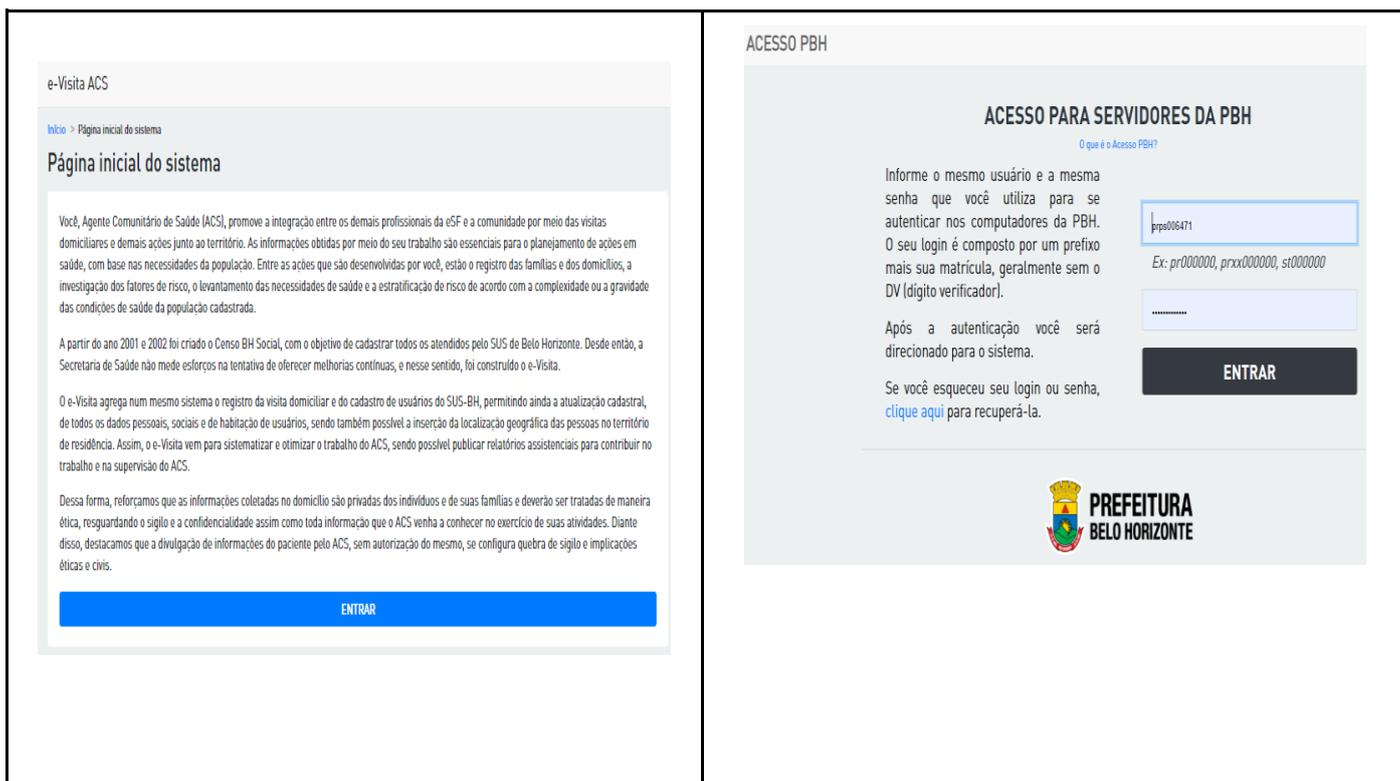


Figura 03: Página de seleção do Centro de Saúde do ACS

Após acessar com login e senha, é possível selecionar na listagem o Centro de Saúde do profissional.



Figura 04: Página de seleção da Microárea do ACS

Após acessar o Centro de Saúde, pode-se visualizar todas as microáreas cadastradas com os respectivos nomes e equipes de saúde da família.

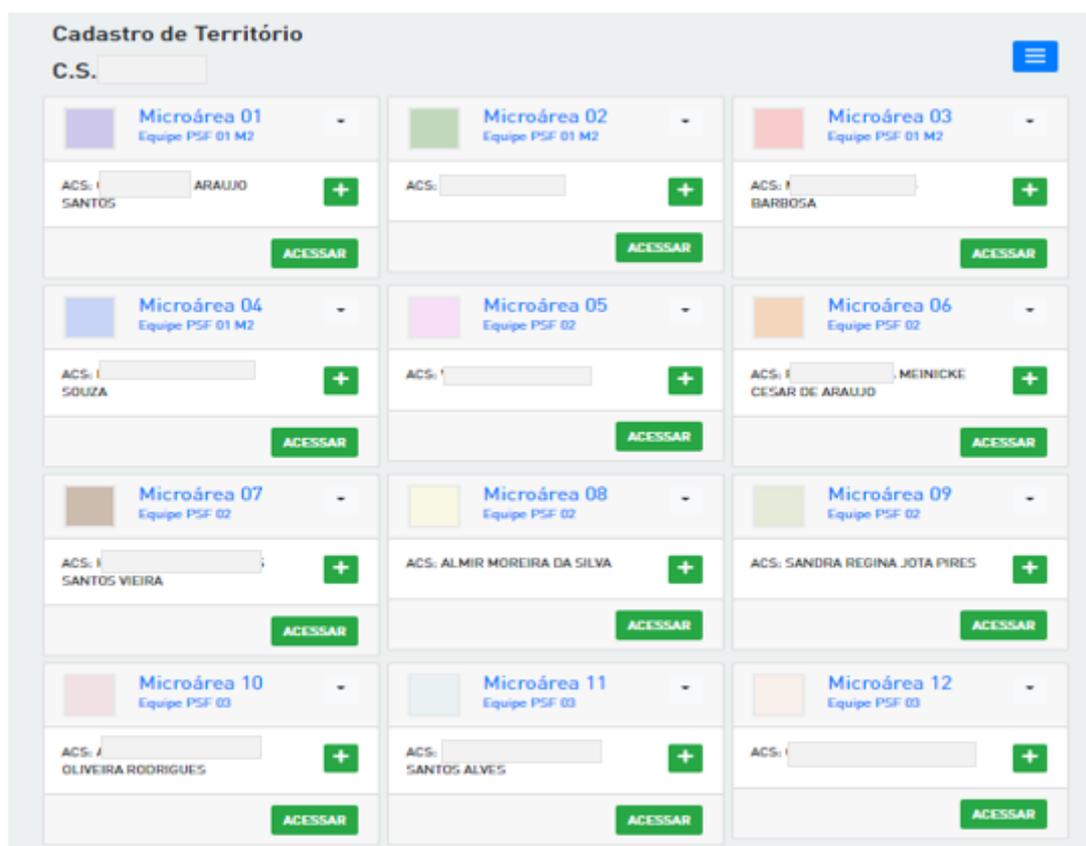


Figura 05: Página das quadras existentes em uma microáreas

A metodologia de visitas do município é organizada a partir das quadras, sendo estas um conjunto de domicílios que compõem um quarteirão. Após acessar a microárea, é possível visualizar as quadras e lotes que compõem a microárea com os respectivos números de pessoas e famílias, e ainda, consultar os imóveis e cadastrar uma nova quadra.

Cadastro de Território

Microárea 01

Ações no Território

Consultar Quadra/Lote

Máximo de caracteres: 20

CONSULTAR IMÓVEL **NOVA UNIDADE**

| | | |
|--|---|--|
| <p>Quadra 1002899</p> <p>Num. Famílias: 53 Num. Pessoas: 158</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> | <p>Quadra 1003719</p> <p>Lote: 100371900290</p> <p>LOGRADOURO: 127-BONANCA CASA: [128,128]</p> <p>Num. Famílias: 1 Num. Pessoas: 18</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> | <p>Quadra 1007329</p> <p>Num. Famílias: 84 Num. Pessoas: 252</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> |
| <p>Quadra 1007880</p> <p>Num. Famílias: 29 Num. Pessoas: 84</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> | <p>Quadra 1008435</p> <p>Num. Famílias: 18 Num. Pessoas: 46</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> | <p>Quadra 1009872</p> <p>Num. Famílias: 31 Num. Pessoas: 84</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> |
| <p>Quadra 1013002</p> <p>Num. Famílias: 62 Num. Pessoas: 230</p> <p>EXCLUIR MOSTRAR NO MAPA</p> | | |

Figura 06: Página das microáreas apresentadas no *e-visita*

O sistema *e-Visita* distingue por meio de uma paleta de cores as microáreas do Centro de Saúde. Assim, a figura seguinte demonstra as microáreas da unidade na distinção de cores e permite visualizar a quadra ou lote onde está localizado o imóvel.

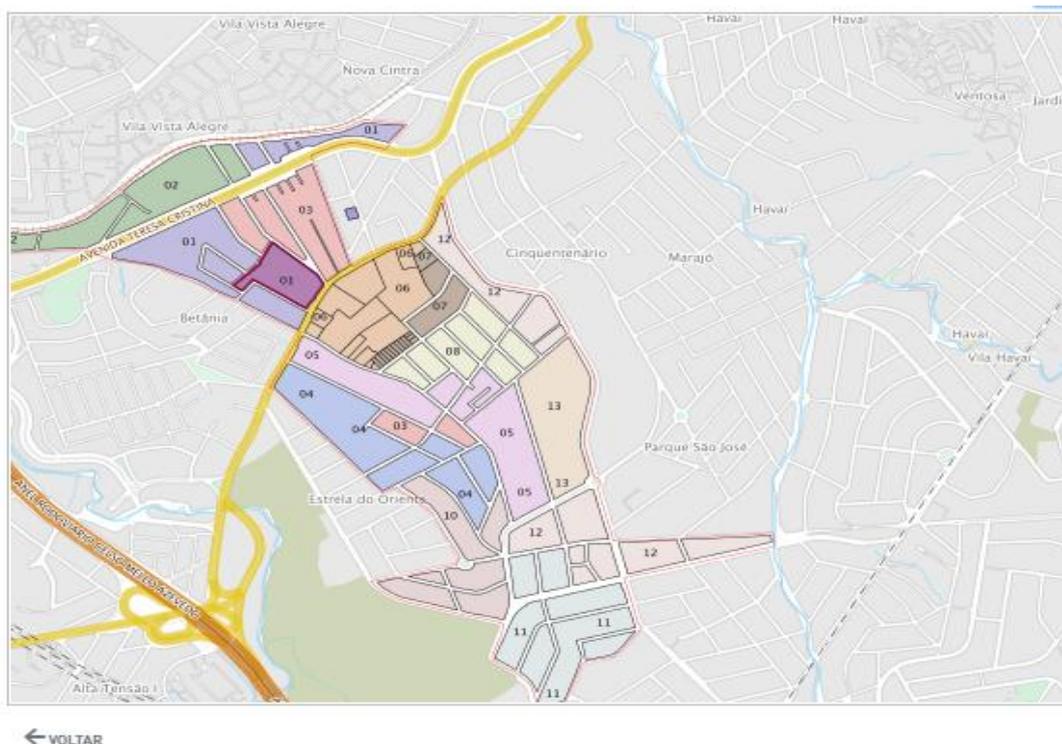


Figura 07: Campo de busca de família no *e-visita*

No cadastro da família, são registradas características socioassistenciais dos domicílios no território das equipes de Atenção Primária. Por entender que o imóvel não muda de lugar e sim a família, ao ACS existe a possibilidade de cadastro e movimentação da família. A cada família cadastrada no sistema é atribuído um número, por meio desse número é possível realizar a consulta dos membros e da situação de saúde por meio do campo demonstrado na figura seguinte.

Cadastro de Território

Início > Cadastro de Território > C.S.BETANIA > Equipe PSF 01 M2 > Microárea 01 > Quadra 1002899 > Listar Imóveis

Listar Imóveis NOVO IMÓVEL ☰

Visualizar Imóvel Visualizar Mapa Excluir Imóvel Atualizar endereço

Busca 🔍 Exibir linhas

| Código do imóvel | Microárea de origem | Endereço | Famílias | |
|------------------|---------------------|---|-----------|--|
| 290105 | 01 | RUA: HORIZONTE (MG) CEP: 30580500. BELO | 10627685; | |
| 290263 | | RUA: HORIZONTE (MG) - CEP: 30580500. BELO | 14156628; | |
| 288647 | | RUA: HORIZONTE (MG) - CEP: 30580500. BELO | 4473701; | |
| 289963 | | RUA: HORIZONTE (MG) [COMPLEMENTO: CASA (A)] - CEP: 30580500. BELO | 6746467; | |
| 336796 | | RUA: [COMPLEMENTO: CASA (4)] BELO HORIZONTE (MG) | | |

Total de registros: 62
Listando de 1 a 5

1 2 3 4 ...

Figura 08: Consultar família no *e-visita*

The screenshot displays the 'Cadastro de Território' interface. At the top, a breadcrumb trail reads: 'Início > Cadastro de Território > C.S.BETANIA > Equipe PSF 01 M2 > Microárea 01 > Quadra 1003719 > Listar Imóveis'. Below this, the title 'Cadastro de Território' is shown alongside a 'NOVO IMÓVEL' button and a menu icon. A 'Listar Imóveis' button is also present. The main area features a toolbar with icons for 'Visualizar Imóvel', 'Visualizar Mapa', 'Excluir Imóvel', and 'Atualizar endereço'. A search bar labeled 'Busca' is followed by a search icon and a dropdown menu set to 'Exibir 5 linhas'. Below the search bar is a table with the following columns: 'Código do imóvel', 'Microárea de origem', 'Endereço', and 'Famílias'. A single row is visible with the following data: '202421', 'RUA: BONANCA, HORIZONTE (MG) [COMPLEMENTO:]', 'BELO', and '6519415;'. To the right of the row are icons for 'Visualizar Imóvel', 'Visualizar Mapa', 'Excluir Imóvel', and 'Atualizar endereço'. At the bottom left, it says 'Total de registros: 1' and 'Listando de 1 a 1'. At the bottom right, there is a pagination control showing '1'.

Figura 09: Campo de ocupações para seleção do ACS no *e-visita*

O campo de ocupação atual do usuário é exportado conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A CBO é um documento que retrata a realidade das profissões do mercado de trabalho brasileiro. Foi instituída com base legal na Portaria nº 397, de 10.10.2002. O *e-visita* recebe essas informações e as coloca disponíveis para seleção do

ACS, no momento da inserção dos dados ou atualização do cadastro.

The image shows a registration form with the following fields and options:

- Ocupação:** Search icon, dropdown menu with "516205 - Babá" selected.
- Nome da mãe:** Search icon, dropdown menu with "ORN" selected, showing options: "263105 - Babá de umbanda", "Máximo", "263105 - Babakekerê".
- Nome do pai:** Search icon, dropdown menu with "JOA" selected, showing options: "263105 - Babalawô", "Máximo", "263105 - Babalorixá".
- Cor / Raça:** Search icon, dropdown menu with "4) P" selected, showing option: "263105 - Babalossain".
- Etnia:** Search icon, dropdown menu with "263105 - Babaojé" selected.
- Escolaridade:** Search icon, dropdown menu with "9) Er" selected, showing options: "516205 - Baby-sitter", "141410 - Bacalhoeiro".
- Nacionalidade:** Search icon, dropdown menu with "0) B" selected, showing options: "203015 - Bacteriologista", "622215 - Bagaceiro de rami", "622210 - Bagaceiro de sisal".
- Município de nascimento:** Search icon, dropdown menu.

Figura 10: Campo para registro de telefone do usuário

Para que a Equipe de Saúde da Família possa contactar com o usuário de uma forma rápida e ágil, o ACS deve registrar o telefone deste, no cadastro de usuário. Caso o usuário não tenha telefone, é possível registrar algum telefone de “favor” ou ainda seleccionar a opção não possui.

The image shows the 'Telefones' section of the form:

- Telefones:** Section header.
- Opção:** Não possui celular
- Telefones adicionados:** Table with columns: Tipo, Número, Recado, Principal?

| Tipo | Número | Recado | Principal? |
|------------|-----------|--------|------------|
| 4) Celular | (31) 9860 | | Não |
- Adicionar telefones:** Form with fields:
 - Tipo do telefone: Seleccione
 - Número do telefone: [input field]
 - Recado: [input field]
 - Máximo de caracteres: 80
 - Telefone principal?: Sim Não
- Botão:** ADICIONAR TELEFONE

Figura 11: Consultar cidadão

Na tela de Seleção do cidadão serão, exibidos os usuários encontrados no sistema com

as seguintes opções:

- LIMPAR Retorna a tela de pesquisa
- SELECIONAR para selecionar e carregar o cadastro do usuário escolhido
- 👁 Visualizar cidadão: exibir os principais dados do usuário
- ✎ Editar o cadastro do usuário
- ↔ Sincronizar com CADSUSWEB: é possível sincronizar usuários não vinculados a uma família.

Consultar cidadão

Cidadãos encontrados. x

👤 Profissional de saúde
 👤 Sincronizado com CADSUS.
 👁 Visualizar informações.
 ↔ Sincronizar com CADSUS

Exibir 5 linhas

| Nome | Nome da mãe | Data de nascimento | CNS | 👁 | ✎ | ↔ |
|------------|-------------------|--------------------|-----------|---|---|---|
| JOANA DARC | MARIA | 26/01/1933 | 209974925 | 👁 | ✎ | ↔ |
| JOANA DARC | HERMELINDA | 21/09/1942 | 20079837 | 👁 | ✎ | ↔ |
| Joana Darc | Maria de Lourdes | 22/08/1950 | 89800304 | 👁 | ✎ | ↔ |
| JOANA DARC | GERALDA CAROLINA | 20/06/1940 | 2015710 | 👁 | ✎ | ↔ |
| JOANA DARC | MARIA VASCONCELOS | 18/09/1969 | 7048080 | 👁 | ✎ | ↔ |

Total de registros: 1488
Listando de 1 a 5

LIMPAR

Figura 12: Campo registros da visita domiciliar do ACS

O formulário de visita Domiciliar tem por principal objetivo disponibilizar informação para registro do ACS durante as visitas domiciliares. Para que o sistema habilite a opção de visitar família, é preciso que exista cadastro de um responsável familiar no núcleo familiar.

Visitante Cidadão

Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

Data da Visita: 11/05/2022

Horário da Visita: 14:34

Visita compartilhada com outro profissional: Sim Não

Motivos da Visita

Cadastro em processo / Atualização

Emissão de Intenção

Convite para atividades coletivas / campanhas de saúde

Orientação / Prevenção

Outros

Baixa Ativa

Consulta

Exame

Notícia

Condicionais de baixa familiar

Acompanhamento

Gestante

Puérpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com desnutrição

Pessoa em reabilitação ou com deficiência

Pessoa com hepatite

Pessoa com diabetes

Pessoa com asma

Pessoa com DPOC / enfisema

Pessoa com câncer

Pessoa com outras doenças crônicas

Pessoa com Hanseníase

Pessoa com tuberculose

Síndromes respiratórias

Tabagismo

Domicílios / Acampados

Condições de vulnerabilidade social

Condições de baixa familiar

Saúde mental

Uso de álcool

Uso de outras drogas

Antropometria

Peso (kg):

Altura (cm):

Destino: Visita realizada Visita recusada Ausente

CANCELAR SALVAR

Figura 13: Campos para situação referida e-Visita

Os campos expostos, a seguir, são campos disponíveis para fins de registro da situação autorreferida no cadastro de usuários. A partir das opções elencadas, o ACS indaga para a família a existência de alguma dessas situações entre os moradores da residência.

- Situações referidas
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) Aids | <input type="checkbox"/> 2) Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> 3) Cancer | <input type="checkbox"/> 4) Desnutricao |
| <input type="checkbox"/> 5) Diabetes | <input type="checkbox"/> 6) Doença Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> 7) Doença Respiratoria | <input type="checkbox"/> 8) Doença Renal |
| <input type="checkbox"/> 9) Epilepsia | <input type="checkbox"/> 10) Gravidez |
| <input type="checkbox"/> 11) Hanseníase | <input type="checkbox"/> 12) Hipertensao Arterial |
| <input type="checkbox"/> 13) Idoso Dependente | <input type="checkbox"/> 14) Obesidade |
| <input type="checkbox"/> 15) Sofrimento Mental (depressão, Neurose, Psicose, Abuso De Drogas) | <input type="checkbox"/> 16) Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> 17) Tuberculose | <input checked="" type="checkbox"/> 99) Nao Se Aplica |

Figura 14: Campo de registro de óbito e-Visita

Ao visitar uma família na qual ocorreu óbito, o ACS deverá registrar essa informação no e-visita para atualização dos integrantes do núcleo familiar. É possível registrar esse dado com base em três informações, apresentando a certidão de óbito modelo antigo, modelo

novo ou registrando a opção, “sem certidão”.

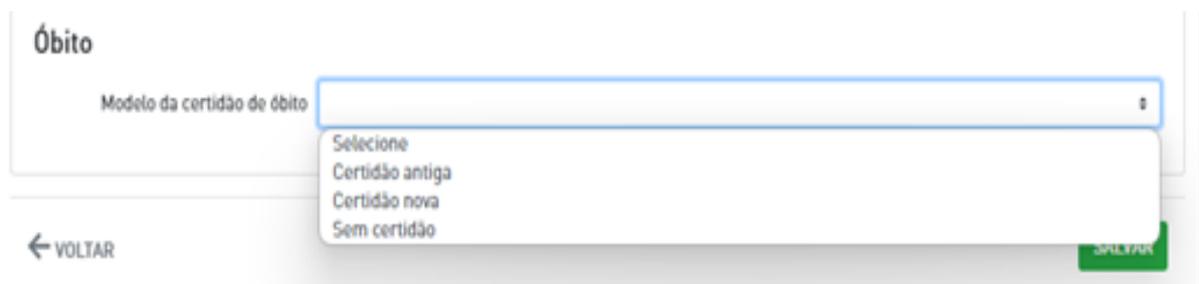


Figura 15: Campo Busca Ativa *e-Visita*

O campo Busca Ativa encontra-se disponível para a busca de usuários para entrega de marcação de consulta especializada ou não, ou para entrega de marcação de exames aos usuários. Busca de usuários com situação vacinal atrasada ou para campanhas de vacinação, busca de usuários que fazem parte do Programa Bolsa Família e precisam estar em dia com a avaliação das condicionalidades da saúde.

- Busca Ativa Consulta
 Exame
 Vacina
 Condicionalidades do bolsa família