

Cadastramento familiar, na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família

Family registration from the perspective of Community Health Agents in the Family Health Strategy

Talyta Martins Reis, Gledsângela Ribeiro Carneiro, Mauricéa Maria de Santana

RESUMO

O software para cadastro domiciliar faz parte do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, pois permite o reconhecimento da realidade local, por meio de um diagnóstico situacional, ao identificar as necessidades de saúde na reprodução social. O estudo tem por objetivo compreender a operacionalização do cadastro das famílias no software, na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com a participação de doze profissionais, subdivididos em dois grupos focais. Os dados foram analisados pela técnica de análise temática, em três categorias resultantes: processo de trabalho; cadastramento das famílias no software; dificuldades e facilidades para realização do cadastramento das famílias. Os resultados indicam que a operacionalização do cadastro se encontra restrita, por meio das capacitações ineficazes, escassez de suporte técnico, deficiência de sincronia entre os sistemas de informação, falta de infraestrutura e de equipamentos tecnológicos, ausência dos usuários durante as visitas dos profissionais e violência gerada pelo tráfico de drogas e abordagem policial no território.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

The software for household registration is a component of the work process of the Family Health Strategy. It allows for the recognition of local realities through a situational diagnosis by identifying health needs within the social environment. The study aims to understand the implementation of the family registration process in the software from the perspective of Community Health Agents. It is a qualitative study involving 12 professionals, who were divided into two focus groups. The data were processed using thematic analysis of three categories: work process, family registration in the software, and difficulties and facilitators in the family registration process. The results indicate that the implementation of the registration process is limited due to ineffective training, inadequate technical support, poor synchronization between information systems, lack of infrastructure and technological equipment, absence of healthcare users during professional visits, and violence resulting from drug trafficking and police operations in the area.

KEYWORDS: Primary Health Care. Unified Health System. Health Information Systems. Community Health Agents.

Autoria

Metadados

INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação desempenham um papel fundamental na saúde, desde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, essas tecnologias atendiam aos governos federal e estadual, enquanto os municípios apenas coletavam dados, frequentemente sujeitos à manipulação¹. A necessidade de informações rápidas e confiáveis impulsionou o desenvolvimento de sistemas para subsidiar os profissionais de saúde².

A Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira foi implementada na década de 1990, com o Programa de Saúde da Família (PSF). Posteriormente, assumiu o papel de Estratégia Saúde da Família (ESF) com a institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006. Durante todo o processo de expansão, a ESF utilizou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para processamento dos dados, cujo objetivo era se tornar um instrumento gerencial dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS)³.

Com ao avanço tecnológico, o SIAB tornou-se obsoleto, demandando um sistema mais moderno e integrado. Assim, foi criado o Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), alimentado pelo e-SUS APS para uniformização e informatização dos dados^{4,5}.

Tal ferramenta é estruturada por um software que funciona para Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), somado a outros aparatos tecnológicos, a exemplo de: e-SUS Território, e-SUS Atividade Coletiva, Gestão e-SUS APS e e-SUS Vacinação. O CDS apoia o processo de coleta de dados, por meio de fichas e de um sistema de digitação. Já o PEC é um sistema de prontuário eletrônico para registro dos atendimentos individuais de cada usuário, cujo objetivo fundamental é informatizar o fluxo do cidadão no serviço⁶.

O e-SUS Território apresenta como principal objetivo contribuir com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na coleta de dados das famílias, ao auxiliá-los na qualificação das informações de saúde dos usuários e proporcionar aos integrantes das equipes de saúde um maior conhecimento sobre as condições de saúde do território⁷. A ferramenta em questão foi desenvolvida para sincronizar com o sistema PEC. Após a sincronização, o instrumento disponibiliza as informações fundamentais para o trabalho dos ACS. Os ACS conseguem, portanto, buscar, filtrar os cadastros das famílias, atualizá-los, incluir cadastros novos e finalizar com o registro das visitas realizadas⁷.

O e-SUS Território tem uma função primordial, visto que identifica a realidade das famílias, quando expõe a caracterização sociodemográfica do território. Assim, ele apresenta-se no papel de diagnóstico situacional em saúde, importante para o sistema, de forma total, pois aglutina as características das famílias, o quantitativo de pessoas, a renda e as doenças públicas.

A partir de 2019, com as mudanças na política de financiamento da APS, as informações de cadastramento das famílias no e-SUS Território passaram a ser consideradas um indicador, ao qual o repasse financeiro para os municípios ficou condicionado, de acordo com as características previstas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸.

O critério de classificação geográfica divide o território urbano em três: município urbano, município intermediário adjacente e município intermediário remoto. Em relação ao potencial de cadastros, ele é calculado a partir do quantitativo de pessoas cadastradas por Equipes de Saúde da Família (eSF). Para municípios considerados urbanos, o quantitativo de cadastros é de 4.000 pessoas, para os intermediários adjacentes são 2.750 pessoas e para os intermediários remotos são de 2.000 pessoas⁹.

Com a alteração da política de financiamento, os repasses para os municípios passam a ser distribuídos com base em quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. A proposta do chamado Previne Brasil objetiva incentivar os municípios a cadastrarem mais usuários nas USF, baseada no critério político populacional. E tem enquanto princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS, ao gerar maior vínculo entre população e a equipe¹⁰.

O quantitativo de pessoas cadastradas, conforme preconiza o Previne Brasil, compromete a permanência da ESF, principalmente nos municípios que não atingem o quantitativo ideal de pessoas cadastradas. A prerrogativa não considera as singularidades presentes nos territórios, visto que cada um possui dinâmicas internas, tais quais: o fluxo populacional diverso e questões relacionadas ao poder do tráfico de drogas, além de outros fatores de interferência direta nos cadastros das famílias. Outra questão relevante é: quando se condiciona o cadastro ao financiamento, acaba-se por interferir na qualidade do cadastramento, porque muitos serão realizados apenas para se contabilizar os números e não para necessariamente dispor de um acesso efetivo aos usuários vinculados a ESF¹¹.

Dificuldades operacionais, como infraestrutura tecnológica inadequada e capacitação insuficiente dos profissionais de saúde, impactam a eficácia do e-SUS Território. Problemas como conexão instável nas unidades de saúde e diversidade de perfis dos profissionais no registro de dados comprometem a qualidade do cadastramento¹².

Diante da escassa literatura sobre os desafios do cadastramento no e-SUS Território, torna-se essencial aprofundar a compreensão desse processo nos municípios brasileiros. O objetivo é compreender a operacionalização do cadastro das famílias no e-SUS Território, na

perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário VI da cidade do Recife -PE.

MÉTODOS

para identificação dos núcleos de sentido apresentados no texto: processo de trabalho; cadastramento das famílias no e-SUS Território; dificuldades e facilidades para realização do cadastramento das famílias. Em seguida, foram feitas as codificações e agrupadas em três categorias. Este estudo encontra-se ancorado na pesquisa intitulada, “e-SUS APS: análise da operacionalização nas equipes de saúde bucal, saúde da família e NASF na Cidade do Recife, Pernambuco”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Cujo trabalho de campo foi conduzido por meio da técnica de Grupo Focal (GF), que possui centralidade na intercomunicação e entrosamento dos participantes, cujas informações apresentadas são exclusivamente provenientes do diálogo¹³. A qual foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – AECISA (parecer: 6.436.691; CAAE: 73801323.2.0000.5569) , com respeito a todos os pré-requisitos relacionados à pesquisa com seres humanos.

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife-PE. A secretaria de saúde do Recife adotou um arranjo organizativo de gestão que subdivide a cidade em oito distritos sanitários. O Distrito Sanitário VI está localizado na RPA 6, na zona sul da cidade do Recife, sua extensão territorial é de 22, 89 Km², com população estimada de 259.203 habitantes. Os bairros inseridos no distrito são: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina¹⁴.

O Distrito VI é composto por doze Unidades de Saúde da Família (USF), vinte e sete equipes de Saúde da Família (eSF), dezoito equipes de Saúde Bucal (eSB), duas equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMULTI), antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); quatro estratégias de ACS (eACS). Os dispositivos da atenção primária presentes são: cinco polos de Academia da Cidade (PAC), uma Equipe de Consultório na Rua (CNRA), duas unidades com Espaço Mãe Coruja, uma Farmácia da Família, uma Unidade de Acolhimento (UA), dois Centros Especializados de Odontologia (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas, dois Centros de Atenção Psicossocial - Transtornos Mentais e quinze Residências Terapêuticas¹⁴.

Os GF foram realizados em duas USF do Distrito Sanitário VI, nos dias 26 e 27 de outubro de 2023. Considerou-se o período de vivência dos ACS com o e-SUS Território. O universo do estudo configura-se enquanto intencional, visto a expertise prática dos ACS com a temática¹⁵. Estabeleceu-se entre os critérios de inclusão: ser ACS da ESF e estar com vínculo ativo que aceite contribuir com o estudo. Foi considerado critério de exclusão aqueles profissionais que

apresentassem algum problema durante o trabalho de campo que os impossibilitasse de participar do GF, como licença para tratamento de saúde por mais de 60 dias.

As pesquisadoras do estudo conduziram os grupos em formato presencial, em um espaço físico, livre de interrupção, na USF na qual os ACS estavam vinculados, com data previamente marcada. Utilizou-se o método de gravação de áudio por meio dos dispositivos móveis das moderadoras, com tempo de duração de aproximadamente 90 minutos e houve a participação de doze ACS, subdivididos em dois grupos conduzidos, em consonância com o quantitativo recomendado para a técnica que deve variar entre seis e doze participantes¹⁶.

As pesquisadoras do estudo conduziram os grupos em formato presencial, em um espaço físico livre de interrupção, na USF a qual os ACS estavam vinculados, com data previamente marcada. Utilizou-se o método de gravação de áudio por meio dos dispositivos móveis das moderadoras, com tempo de duração de aproximadamente 90 minutos, e houve a participação de doze ACS, subdivididos em dois grupos conduzidos, em consonância com o quantitativo recomendado para a técnica que deve variar entre seis e doze participantes¹⁶.

Os trabalhos grupais tiveram início com a leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinatura de consentimento de todos os integrantes, seguidos da apresentação dos componentes e exposição dos objetivos do grupo. O diálogo norteou-se por um roteiro semiestruturado subdividido em dois eixos: o primeiro conteve questões referentes aos dados sociodemográficos, a exemplo das características de gênero, faixa etária e tempo de vinculação. E o segundo eixo foi composto por três questões norteadoras organizadas em três eixos: processo de trabalho, cadastramento das famílias no e-SUS Território, dificuldades e facilidades para realização do cadastramento das famílias.

Para interpretação e sistematização das transcrições das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo¹⁷. Para tanto, foi realizada uma leitura para identificação dos núcleos de sentido apresentados no texto: processo de trabalho; cadastramento das famílias no e-SUS Território; dificuldades e facilidades para realização do cadastramento das famílias. Em seguida, foram feitas as codificações e agrupadas em três categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os grupos foram formados por seis pessoas, cada um, predominantemente pessoas que se reconhecem no gênero feminino e apenas dois ACS se denominam pertencentes ao gênero masculino. De acordo com a escolaridade, oito ACS possuem ensino médio completo, dois com curso superior completo e dois com curso superior incompleto. Em relação à faixa etária, os participantes estão entre 40 e 55 anos de idade. Apenas uma possui idade acima de 60 anos. A

maioria dos ACS incluídos no estudo possui vínculo na APS de duração entre 20 e 30 anos, apenas dois participantes atuam nas equipes aproximadamente há 1 ano e 4 meses.

Capacitação sobre o manuseio do e- SUS Território na concepção dos ACS

Constatou-se, durante o estudo, que os ACS não consideram as capacitações ofertadas eficazes. Muitos relatam que se tratam de apenas reuniões básicas, de somente um turno com tempo de duração de aproximadamente duas horas em que o conteúdo é exposto, porém sem minúcias, o que mantém várias dúvidas e inseguranças ao manusearem o sistema do e-SUS Território no decorrer dos seus processos de trabalho.

“Eu acho que caminhamos para a tecnologia e não tivemos pernas para isso[...] O meu sentimento é esse, porque eu tenho um tablet na mão, que eu não sei usar o programa, porque quando houve um treinamento eu estava com COVID e não pude ir [...]” (GF 02)

“Esse treinamento dos tabletos é um treinamento muito relâmpago. Porque ele bota por exemplo: 20 ACS numa sala, com uma Técnica de TI, para que em um dia a gente aprenda todas as informações de um programa cheio de dificuldades. Quando a gente começa a aprender o programa, muda [] Tem que colocar a gente uma semana, dez dias de curso para que a gente saísse bem de lá[]” (GF 02)

O resultado encontrado apresenta uma dissonância importante diante do preconizado pelo manual de implantação do e-SUS AB, principalmente no que diz respeito à capacidade de manejo do sistema após o processo de capacitação¹⁸. Visto ser recomendado o processo de capacitação justamente para que os profissionais possam dar início à utilização do sistema, afinal, é necessário que todos os servidores saibam, de forma clara, sobre o funcionamento dos sistemas de saúde do município onde trabalham.

A principal queixa dos profissionais é em relação à ausência de capacitações adequadas, uma vez que o sistema atualiza frequentemente. Logo permanecem muitas dúvidas e geram-se outras, o que torna necessário novas capacitações¹⁹. Encontrou-se em outros estudos que a falta de capacitações para o manuseio do e-SUS APS é um tema muito retratado pelos entrevistados²⁰.

Outro componente referido pelos ACS o qual repercute negativamente, no manuseio do e-SUS Território, foi o suporte técnico oferecido. Os ACS referem que, no dia a dia do trabalho, não há suporte técnico adequado para a utilização da ferramenta, visto o sistema apresentar, com frequência, falhas e inconsistências ao longo da operacionalização dele.

“Está rolando um programa bonito, teve treinamento? Teve. Todas têm tablet aqui, mas não tem um suporte suficiente para a gente [...]” (GF 02)

“E outra coisa, o primeiro programa teve suporte, teve uma Técnica de TI no ZAP. Ela, dava suporte: faz isso, aperta aquilo [...]” (GF 02)

Esses relatos se aproximam do resultado encontrado em outra pesquisa, a qual aponta que o suporte oferecido é de baixa resolutividade²⁰. Tais achados apresentam distanciamento do que o manual de implantação do e-SUS, de fato, recomenda. Nele é recomendado um pequeno ensaio de operação do e-SUS, no ambiente de trabalho dos profissionais, que proporcione ainda uma operação assistida, além de ter, de prontidão, uma equipe capacitada para orientar e solucionar possíveis dúvidas¹⁸.

Consoante com a literatura, é possível observar que a narrativa de capacitações inadequadas, antes e no decorrer do processo de implantação do novo sistema, e a escassez de suporte do setor responsável de tecnologia da informação são citadas pela maioria dos profissionais. As capacitações são consideradas frágeis e insuficientes para condução de um bom processo de trabalho. No estudo também é mencionada a inexistência de suporte técnico²¹.

Limites relacionados à efetivação no Cadastro do e- SUS Território

Constatou-se que o processo de realização do cadastro da população adscrita pelos ACS apresenta limitações, em virtude das altas demandas burocráticas que eles exercem dentro das USF. Associado às organizações do fluxo de atendimentos dos pacientes, os próprios são escalados constantemente para participarem do acolhimento realizado diariamente nas unidades, além de, muitas vezes, contribuírem até para o suporte nas coletas de exames laboratoriais. Tais acontecimentos atrapalham a dinâmica específica de trabalho dos ACS, pois descaracterizam a real função deles e geram maior distanciamento entre os usuários e a USF, uma vez que eles representam o elo entre a população e a APS. Compromete-se, assim, a principal atribuição do ACS, a qual é estar assíduo dentro do território, efetuar visitas e acolher as necessidades dos usuários.

“Quando o programa começou realmente era mais fácil, porque não existia tantos compromissos na unidade. Atribuições que não cabem a gente, cada um tem sua contribuição [...]” (GF 02)

“O processo de trabalho funciona assim, de manhã tem o acolhimento duas vezes na semana. Quando terminamos o acolhimento é por volta de 10: 00 e 11:00h []”

“Quando dar 14 horas da tarde eu saio nesse sol quente para no máximo fazer três casas. Dois dias aqui no acolhimento, depois tem uma reunião, tem sempre uma coisinha para a gente ir, termino indo só duas a três vezes na semana para o território []”(GF 02)

“Observo com tristeza que o nosso serviço ele está mudando muito [...]” “Que pela necessidade da gente está trabalhando dentro da unidade, isso está descaracterizando um pouco o nosso papel []”(GF 02)

Destaca-se ainda que as atribuições dos ACS se modificaram, ao longo do tempo, pois eles estão cada vez mais ausentes do território e mais presentes nas USF, ao menos na prática,

ao realizarem também serviços burocráticos²⁴. Tais circunstâncias provocam certo afastamento das atribuições primordiais dos ACS na ESF, a exemplo da atualização dos cadastramentos dos usuários, na microárea, a realização de visitas domiciliares, a busca ativa das demandas dos usuários, entre outras^{24,25}. É preciso unir tais funções de forma a estabelecer integração entre a população e a equipe, para, de fato, contribuir com a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Os desafios do território são apresentados pelos ACS. Logo, para que as equipes de ESF tenham conhecimento das necessidades da população, é preciso que o ACS esteja imerso nas microáreas de competência, com intuito de efetuar uma escuta qualificada e conduzir os problemas dos usuários para discussão em equipe, a fim de, posteriormente, desenvolver um planejamento de ações efetivas. Quando não ocorre conforme previsto, há uma desagregação da principal atribuição dos ACS²⁵.

Outra questão que interfere na efetivação dos cadastros das famílias diz respeito a dinâmica do território. Entre as dificuldades apontadas está a ausência dos usuários nas residências em horários diurnos, o que atinge diretamente a efetivação e conclusão dos cadastros. Os ACS revelam que, por diversas vezes, vão a determinadas casas para efetuar o cadastro, mas constantemente as encontram fechadas. Assim, eles criam estratégias na tentativa de executar o cadastramento, a exemplo de quando entram em contato com vizinhos e deixam o número de celular para posterior diálogo.

Outro obstáculo se dá pela violência gerada pelo tráfico de drogas. Os moradores se sentem intimidados pela insegurança. Também em virtude das abordagens policiais que geram terror e medo, muitos mantêm o acesso até as casas trancados.

“Eu já deixei vários recados com a vizinha, a vizinha disse que entregou. E ela nunca entrou em contato comigo [...]” “Porque ela sai de manhã e só chega à noite, mas ela veio me procurar falando que eu não fui lá realizar o cadastro dela, ai eu disse que fui e deixei com a vizinha e ela me informou que a vizinha não deu o recado [...]”(GF 01)

“No beco moram dez famílias, mas a gente não tem acesso, porque a polícia entra e sai derrubando tudo, então os moradores estão trancando os portões com cadeado [...]” “Isso influencia no cadastramento [...]” (GF 01)

Tais fatos corroboram o que foi encontrado em estudo semelhante que identificou, entre os principais impedimentos para realização do cadastro das famílias, a falta de acesso à população que trabalha no decorrer do dia, o que prejudica consideravelmente o processo de trabalho dos ACS²⁶. Outro importante desafio encontrado na dinâmica do território é a questão da violência urbana e tráfico de drogas dentro da comunidade. Os ACS enfrentam fatores de ordem social cotidianamente²⁷.

Evidenciou-se que as estruturas frágeis das unidades e a ausência de equipamentos de trabalho também interferem de forma negativa no desempenho do cadastramento das famílias pelos ACS. Muitos revelam que não existem computadores suficientes para o quantitativo de ACS no interior das unidades, quando não, os equipamentos encontram-se quebrados. Logo os trabalhadores deixam de realizar a conclusão dos cadastros dos usuários, para os quais é necessário o uso de computadores, já que os sistemas não são integrados.

Outra afirmativa bem constante foi o uso dos aparelhos tablets, que segundo os ACS são bem deficientes, pois travam bastante e quebram com muita facilidade. Em casos de defeitos, não há substituição imediata dos tablets danificados, pois não existem dispositivos disponíveis dentro das unidades de saúde, além de a conexão com a internet ser ineficaz, outro impeditivo do envio dos dados obtidos durante as visitas domiciliares. Tais fatos prejudicam, de modo direto, o serviço dos ACS, causando-lhes, assim, insatisfação e exaustão.

“Fora o rodízio de um computador só. Ter um computador só para os ACS, é complicado. É saindo um, se estiver desocupado, aí você já pega e aproveita, é a oportunidade que tem para isso [...]” (GF 02)

“Feito eu disse ao responsável: a gente está sem internet, tem que pegar internet do posto. Ele responde: “Vá para o posto e envie de lá”. Quantas vezes eu fiz isso? Todo mundo cansado de fazer visita e dizendo: “não sei como vou colocar minhas visitas hoje”. Quando é no PEC, ainda tem uma chance, depois de dois dias pode registrar no PEC normalmente. No tablet não, tem que ser naquele dia, se não a gente perde as visitas [...]” (GF 02)

A realidade apresentada pelos ACS está em conformidade com uma obra que narra sobre o quantitativo de computadores ser insuficiente nas USF somados aos relatos recorrentes de problemas com a conexão WI-FI, por ocorrerem, inúmeras vezes, oscilações de conectividade, fato que afetava diretamente a inserção dos dados de cadastros dos usuários, além de gerar bastante exaustão aos ACS²⁰. Também foi destacado, neste estudo, que os profissionais se queixam de dificuldades durante a implantação do e-SUS, exemplificadas pela escassez de infraestrutura adequada nas UBS, conexões instáveis com a internet e ausência de computadores em todas as salas das USF.

Identificou-se que as UBS apresentam déficit de equipamentos básicos de saúde, com influência negativa no processo de trabalho dos profissionais da APS²⁸. É fundamental, compreender, portanto: quanto maior o investimento de recursos na APS, melhor será a infraestrutura dos equipamentos de saúde local, com aprimoramento da administração dos recursos destinados à APS²⁹.

Déficit de sincronização entre os sistemas de alimentação de dados da Atenção Primária à Saúde

O e-SUS Território trata-se de um *software* versão 3.4, desenvolvido pelo laboratório BRIDGE, que serve de instrumento de trabalho dos ACS, cujo objetivo é realizar integração de informações de outros sistemas utilizados na APS. O propósito da APS é, por meio da informatização na saúde, renovar os dados da atenção primária em todo território brasileiro, buscando alcançar um sistema de saúde eletrônico⁶.

A partir da versão 3.4 do aplicativo e-SUS Território, a funcionalidade sincronização assegura que os dados de cadastro do território, anteriormente processados na instalação PEC, sejam transportados para o aplicativo, o que permite ao ACS importar somente os cadastros de famílias, pessoas, domicílios e imóveis de sua microrregião, ao invés de sincronizar todos os dados da equipe em que está vinculada. Tal funcionalidade acelera o processo de sincronia⁶. Porém, por inconsistências em qualquer parte do processo de cadastramento na fase do PEC ou e-SUS Território, a sincronização é falha e os cadastros ficam como ausentes do sistema do e-SUS Território ao realizar o comando “sincronização”.

Durante a condução da pesquisa, no entanto, foi notória a seguinte situação: os ACS apontaram muitas dificuldades em relação à sincronização do e-SUS Território com os demais sistemas manuseados na APS, por exemplo, com o CADSUS WEB (Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde) e o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão). Os ACS referem que a ferramenta, além de não se unificar com os demais sistemas, provoca diversos erros, inconsistências e desaparecimento de cadastros recentes e reaparecimento de cadastros já previamente excluídos.

“Ligo para central, sumiu um cadastro meu de duas famílias, eu fiz ontem e não está mais. A resposta da central: Não, cadastros não somem... Não somem como? Ai eu coloco novamente e somem de novo [...]” (GF 01)

“Existem uma inconsistência entre os sistemas, isso tem que organizar [...] Eu cadastro hoje, tenho que ir na área cadastrar com meu tablet no e-SUS, chegar aqui cadastrar no PEC, depois entrar no meu computador e cadastrar no CADSUS, tenho que registrar nos três sistemas [...]” “Esses sistemas poderiam estar no tablet tudo interligado [...]”(GF 01)

Os resultados coadunam-se com o obtido em uma pesquisa, quando explicam que as mudanças, presentes ao longo do tempo, trouxeram complicações significativas referentes à duplicação de cadastros, com a comum presença de vários cartões do SUS para o mesmo cidadão²². A introdução do Cadastro Nacional de Usuário do SUS (CADSUS), nos anos 2000, propôs agrupar todas as informações dos cadastros dos usuários do SUS. Um dos primeiros modelos de gestão dos dados do CADSUS previu cadastros, armazenamentos e a proteção das informações ancorados em um modelo descentralizado²².

O método de informatização apresenta dificuldades para os profissionais o manejarem, devido às inconsistências geradas, cadastros duplicados, eliminação de cadastros recentes e retorno de outros já excluídos, fatores que atrapalham o trabalho dos servidores dentro da APS. Tais sistemas, portanto, precisam melhorar em conformidade com o preconizado e com a realidade questionada pelos trabalhadores. É possível confirmar, então, segundo este autor a situação exposta pelos ACS no decorrer desta pesquisa²³.

A consistência das informações em saúde é fundamental para o planejamento e a gestão eficazes. Dados precisos e confiáveis permitem um diagnóstico exato dos problemas enfrentados pela saúde pública, auxiliando na tomada de decisões e na formulação de políticas adequadas. Além disso, a qualidade dos sistemas de informação em saúde impacta diretamente as finanças de uma localidade. Informações inconsistentes ou incompletas podem levar a avaliações incorretas de desempenho, afetando o repasse de recursos e a eficiência do gasto público em saúde.

Portanto, investir na melhoria e na alimentação adequada dos sistemas de informação em saúde é essencial para garantir uma gestão eficiente e o uso apropriado dos recursos financeiros disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há multiplicidade de fatores que permeiam a efetivação dos cadastros, pois são eles de ordem social, de capacidade tecnológica e infraestrutura, relacionados ao suporte da gestão local e à dinâmica do território. A existência de uma lacuna entre os pressupostos que fundamentam a estruturação do e-SUS Território, enquanto ferramenta para facilitar os cadastros e sincronizá-los com os demais sistemas de informação da APS, com a realidade analisada, no entanto, aponta que os objetivos, na prática, estão distantes de serem materializados.

Compreender a operacionalização do e-SUS Território no cotidiano do processo de trabalho dos ACS do Distrito Sanitário VI do Recife ao reconhecer os impedimentos para que tal cadastramento ocorra plenamente: capacitações ineficazes, escassez de suporte técnico, déficit de sincronia entre os sistemas de informação utilizados na APS, falta de infraestrutura e de equipamentos tecnológicos, ausência dos usuários durante as visitas dos ACS, violência gerada pelo tráfico de drogas no território, abordagem policial. O que aponta uma operacionalização comprometida por fatores que fogem do poder de resolutividade dos ACS e suas respectivas equipes.

Observou-se a necessidade de intervenções no âmbito da gestão local, no sentido de ampliar os espaços de educação permanente para qualificação do processo de trabalho. Principalmente ao rever questões inerentes a maior permanência dos ACS na USF, pois ela

favorece mais espaços para discussões sobre operacionalização do e-SUS e consequente suporte técnico mais eficaz e requalificação da infraestrutura local e disponibilização de maior número de equipamentos com qualidade para melhoria da efetivação dos cadastros.

Alguns fatores requerem do Ministério da Saúde (MS), e é essencial, que os responsáveis pela execução dos aplicativos e-SUS Território, CADSUS e PEC possam intensificar as atividades a fim de melhorarem o processo de sincronização entre os softwares, para facilitar o processo de cadastro dos usuários. Assim, é impreverível que o MS possa equacionar o problema de unificação entre os sistemas de alimentação de dados da APS e favorecer a operação de um cadastro íntegro e sem inconsistências.

Embora este estudo apresente questões fundamentais quanto à operacionalização do e-SUS Território no Distrito Sanitário VI do Recife, destaca-se a limitação de que ele aborda apenas a perspectiva dos ACS, o que reforça a necessidade de novos estudos de análise da temática, mas que considerem a inclusão de outros participantes, a exemplo de outros membros das equipes e a gestão local.

Diante da ordem dos fatores que interferem na operacionalização do cadastro do e-SUS Território, torna-se evidente o quanto a manutenção da política de financiamento, atrelada ao cadastramento das famílias, sem considerar os contextos locais, pode configurar uma ameaça para manutenção da ESF. O que indica a necessidade de revisão dos critérios do Previne Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Araújo JR, Araújo DC, Machado LDS, Martins RMG, Cruz RSBLC. Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Jul [acesso em 2023 Fev 12]; 43(122):780–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912210>.
2. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Fev 12]; 35(2):e00029418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029418>.
3. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2021 Jan [acesso em 2023 Fev 12];19:e00321153. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-SUS Atenção Básica: Manual de uso do sistema com prontuário eletrônico do cidadão PEC - versão 3.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do sistema com prontuário eletrônico do cidadão PEC – versão 5.1. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
7. Celuppi IC, Prado RLC, Hammes JF, Dalmarco EM, Wazlawick RS. Aplicativo e-SUS Território: Ferramenta para a gestão do território na atenção primária à saúde do Brasil. In: Workshop de Ferramentas e Aplicações - Simpósio Brasileiro de Sistemas Multimídia e Web (WebMedia), Curitiba, 28, p. 111-114, 2022. Anais [...]. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, ISSN 2596-1683. DOI: https://doi.org/10.5753/webmedia_estendido.2022.226542.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. [acesso em 2024 Jan 05]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2019/prt_2979_12_11_2019.pdf/view
9. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: Radicalização da política de privatização da atenção básica? Cadernos de Saúde Pública [Internet]. v. 36, n. 9 [acesso em 2024 Jan 05]; e00040220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>.
10. Harzheim E. "Previne Brasil": Bases da reforma da atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. v. 25, n. 4, p. 1189-1196 [acesso 2022 Dez 05]. Epub 06 abr 2020. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>.
11. Sellera PEG, Silva MRM, Mendonça AVM, Ginani VC, Sousa MF. Incentivo de captação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2023 Set [acesso 2023 Dez 05];28(9):2743–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.20142022>.
12. Pereira G, Taveira L. Processo de implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica nas UBS do Distrito Federal - DF. Revista Pró-Universus [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Dez 05]; 11:19-26. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2534>.
13. Souza L. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. PSI UNISC [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Dez 05]; 4:52–66. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>
14. Prefeitura de Recife. Serviços para o cidadão: Equipamentos de saúde. Prefeitura de Recife; 2022 [acesso em 2023 Dez 07]. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf>.
15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas; 1999.
16. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis [Internet]. 2009 [acesso em 2023 Dez 05]; 19(3):777–96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.
17. Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação [Internet]. 2012 Mai [acesso em 2024 Jan 05]; 6(1):383-7. Disponível em: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Manual do sistema com coleta de dados simplificada (CDS) do sistema e-SUS Atenção Básica. Brasília, DF; 2014.
19. Paiva G, Bento J, Holanda J, Estevam S, Moreira D, Silva D, et al. Atenção primária e a tecnologia da informação: melhorias e desafios da estratégia e-SUS em um município potiguar. Research, Society and Development [Internet] 2022 [acesso em 2024Jan05];11:e52311730277. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30277>.

- 20 Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, Gaete RAC, Perez G, Fabriz LA, et al. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 02]; 37(6):e00219520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00219520>.
- 21 Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, Gaete RAC, Serrano-Gallardo MDP. Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev. lat.-am. enferm.* [Internet]. 19 de julho de 2021 [acesso em 2024 Jan 05];29:e3447. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/190045>.
- 22 Coelho GC, Andreazza R, Chioro A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. *Novos Olhares* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 05]; 55:93. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002931>.
- 23 Canuto P, Bezerra K. Implicações do sistema de informação de saúde na estratégia de saúde da família: uma revisão integrativa. *Rev Interdisciplinar em Saúde* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 05]; 8:711-723. Disponível em: <https://doi.org/10.35621/23587490.v8.n1.p711-723>.
- 24 Rezende FR, Mendonça KM, Galdino Júnior H, Salgado TA, Alves CMS, Amaral TS, et al. A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 05]. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62222>. 25 Castro R, Barreto I, Frota A, Ribeiro K, Ellery A, Loiola F, et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 05]; 26, 1637-1646. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04162021>
- 26 Caçador BS, Caneschi JA, Silva LVC, Souza RAF, Amaro MOF, Rezende LC et al. O papel do agente comunitário de saúde: Percepção de gestores municipais de Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 06]; 13(8). Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e8580.2021>.
- 27 Faria CCM da V, Paiva CHA. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Jan 05];18:e0025183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00251>.
- 28 Kashiwakura HK, Lima Castro F, Silva GC, Oliveira SM, Oliveira MRF, Peruhype RC, et al. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Jan 05]; 26, suppl 2 pp. 3397-3408. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.37112019>. ISSN 1678-4561.
29. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência e saúde coletiva* [Internet]. 2021 Jun [acesso em 2024 Jan 05]; 26:2543–56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Talyta Martins Reis	Prefeitura da Cidade do Recife / PE, Secretaria de Saúde	https://orcid.org/0009-0003-3297-8708	http://lattes.cnpq.br/0248591976043255
Gledsângela Ribeiro Carneiro	Prefeitura da Cidade do Recife / PE, Secretaria de Saúde	https://orcid.org/0000-0002-3532-8888	http://lattes.cnpq.br/5618429121451771
Mauricéa Maria de Santana	Prefeitura da Cidade do Recife / PE, Secretaria de Saúde	https://orcid.org/0000-0001-5822-3889	http://lattes.cnpq.br/0660019173968822
Autora correspondente	Talyta Martins Reis  talyta.reis17@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 11 de agosto de 2024	Aprovação: 28 de fevereiro de 2025	Publicação: 18 de junho de 2025
Como citar	Reis TM, Carneiro GR, Santana MS. A. Cadastramento familiar, na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev.APS [Internet]. 2025; 28 (único): e272441548.	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo; Análise ou interpretação dos dados; Elaboração do rascunho; Revisão crítica do conteúdo: TMR, GRC, MMS. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

[Início](#)