

Processo de trabalho das agentes comunitárias de saúde no contexto da saúde digital: um estudo de observação não participante

Work process of community health works in the context of digital health: a non-participant observation study

Romário Correia dos Santos^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>

E-mail: romario.correia@outlook.com.br

Lenira Ferreira Ribeiro^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0494-3770>

E-mail: lenira.ribeiro@ufba.br

Cláudia Fell Amado^a

 <https://orcid.org/0000-0003-3852-0792>

E-mail: claudiafell.saude@gmail.com

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo^b

 <https://orcid.org/0000-0001-5737-751X>

E-mail: liviamilenamello@gmail.com

Liliana Santos^a

 <https://orcid.org/0000-0002-8958-4094>

E-mail: lilianapsico@gmail.com

^aInstituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), Salvador, BA, Brasil.

^bSecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Resumo

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) estão passando por um processo de incorporação tecnológica. Este artigo tem como objetivo compreender as interações entre o processo de trabalho das ACS e o uso da saúde digital. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo observação não participante a partir de 10 idas ao campo com 30 horas de observação do trabalho das ACS, sendo os dados analisados segundo a teoria do processo de trabalho em saúde. Os resultados apontaram vantagens para o trabalho das ACS como ampliação do acesso à saúde e da comunicação entre a equipe e usuários, agilidade na coleta dos dados e qualificação do cuidado; desvantagens também emergiram no cenário de uso das tecnologias digitais, como morosidade na reposição dos instrumentos danificados, perda da privacidade dos trabalhadores e condições de trabalho precarizadas. Conclui-se que os elementos do processo de trabalho das ACS se reorganizam para atender às antigas e novas necessidades territoriais em um contexto de revolução digital e que o trabalho face a face, relacional, ainda continua insubstituível diante das iniquidades sociais e em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitárias de Saúde; Saúde Digital; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Correspondência

Romário Correia dos Santos

E-mail: romario.correia@outlook.com.br

Rua Professor Antônio Coelho, 915, Várzea, CEP:50740-020, Recife, Pe, Brasil.

Abstract

The Community Health Workers (CHW) are going through a process of technological incorporation. This article aims to understand the interactions between the CHW work process and the use of digital health. This is a qualitative research, of the non-participant observation type based on 10 trips to the field with 30 hours of observation of the work of the CHW, with the data analyzed according to the theory of the health work process. The results point to advantages for the work of the CHW, such as expanding access to health and communication between the team and users, agility in data collection and qualification of care; Disadvantages also emerged in the scenario of using digital technologies, such as delays in replacing damaged instruments, loss of workers' privacy and precarious working conditions. It is concluded that the elements of the CHW work process are reorganized to meet old and new territorial needs in a context of digital revolution and that face-to-face, relational work still remains irreplaceable in the face of social and health inequities.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Telemedicine; Health Policy; Unified Health System.

Introdução

As agentes comunitárias de saúde (ACS) representam hoje uma das principais forças de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) e têm sido apontadas como profissionais importantes para reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, orientado pela Atenção Primária à Saúde (APS), com impactos positivos do seu processo de trabalho nos indicadores epidemiológicos. Não obstante, essas profissionais também são encontradas em pelo menos 38 países ao redor do mundo (Méllo et al., 2023).

Nos últimos anos, o setor de saúde tem passado por transformações digitais que parecem ser disruptivas, mas que se integram em uma nova possibilidade de cuidado e atenção à saúde conhecida por saúde digital. Essa, no entanto, configura-se como um desafio para a saúde coletiva, sendo urgente ampliar os debates que lhe envolvem (Rachid et al., 2023), sob o prisma das suas ferramentas mais imediatas, como a inteligência artificial, telemonitoramento, teleconsulta, televigilância, teleducação, *Big Data*, realidade aumentada, internet das coisas e robótica.

Embora na APS do Brasil algumas tecnologias digitais já sejam implementadas no trabalho das ACS há algum tempo, como o uso de *tablets*, computadores e sistemas de informação em saúde, seja para coleta de dados e produção de relatórios (Daltro et al., 2017; Bender et al., 2024); seja com o uso de celulares para se comunicar com os usuários/ outros profissionais; ou no seu caminho de formação técnica que se utiliza de plataformas educacionais à distância, através do Programa Saúde com Agente; foi durante a pandemia da COVID-19 que tais instrumentos e possibilidades da saúde digital, como telemonitoramento e televigilância, passaram a ocupar o centro da discussão do processo de trabalho dessas profissionais (França et al., 2023). Porém, não houve consenso entre pesquisadores, gestores e a própria categoria sobre o uso dessas tecnologias no trabalho das ACS (Santos et al., 2023).

Nesse cenário, Rachid et al. (2023) discutem que a saúde digital incide em mudanças importantes não apenas na gestão das ações e serviços, mas na própria organização do trabalho em saúde em todos os seus âmbitos, seja assistência, vigilância, promoção

ou prevenção. Todavia, suas potencialidades para as ACS permanecem desconhecidas no contexto brasileiro.

Salienta-se que os escassos estudos existentes no Brasil que abordam, de alguma forma, o uso de tecnologias digitais no trabalho das ACS (Daltro et al., 2017; França et al., 2023), não têm priorizado, em suas abordagens empíricas, as correlações dos benefícios e limitações dessas tecnologias para o subsídio da decisão de sua incorporação no processo de trabalho das ACS. Ademais, são inexistentes, aqueles que analisam o cotidiano do trabalho das ACS, de modo a conseguir apreender as características estabelecidas entre a saúde digital, a organização e o processo de trabalho em saúde, algo que estudos com a técnica de observação não participante parecem contribuir para as análises.

Sendo assim, dada a importância das ACS para o modelo de atenção à saúde, e as mudanças estruturais que esse trabalho tem passado ao longo da sua institucionalização dentro do SUS (Santos et al., 2023, 2021), sobretudo na conjuntura de revolução digital e reestruturação produtiva na saúde (Fornazin et al., 2022), este artigo tem como objetivo compreender as interações entre o processo de trabalho das ACS e o uso da saúde digital, especificamente as que dizem respeito aos usos das tecnologias digitais na saúde.

Ademais, é necessário destacar que, embora este artigo se proponha a ampliar o debate sobre o tema da absorção tecnológica na APS, mantém-se a crítica à retórica gerencial e empresarial relacionada à incorporação dessas tecnologias no âmbito da saúde. Nesse sentido, reconhece-se que o contexto da revolução digital e reestruturação produtiva na saúde que serve de pano de fundo para as análises tecidas aqui, carregam em si um caráter ideológico que pode aprisionar os sistemas de saúde sob a justificativa da eficiência capitalista e os distanciar das prerrogativas originais do SUS, escamoteando os reais interesses relacionados à reprodução capitalista (Fornazin et al., 2022; Rachid et al., 2023).

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na técnica de observação não participante, que considera a vida social dos sujeitos, incluindo

as interações do seu trabalho, como um espaço revelador de condicionantes para (re)produção de normas, conhecimentos e estruturas que dão significados a uma determinada existência. Assim, possibilitando refletir modelos de racionalidade para as ações individuais e coletivas (Minayo; Deslandes, 2010).

Uma vantagem da técnica observacional que pode ser do tipo participante ou não participante é sua maior compreensão da realidade, bem como os sentidos das práticas desenvolvidas no cotidiano dos sujeitos no qual apenas os discursos obtidos por entrevistas não dariam conta de capturar (Queiroz et al., 2007). Reconhecemos que a presença do pesquisador no campo, por mais discreta que seja sua observação, configura-se como uma participação, mas não foi objetivo desta pesquisa integrar os pesquisadores ao ambiente contínuo do território e participar ativamente da vida das ACS; ou se envolver com as situações atravessadas pelo trabalho. O sentido da técnica de observação não participante foi de ocupar um papel de espectador, colocando-se à espreita das formas e sentidos que as ACS executam e se deslocam na comunidade, entres as famílias, usuários e na organização do serviço (Minayo; Deslandes, 2010). Assim, sendo uma observação deslocada, distante e não participativa no sentido *ipsis litteris*.

Segundo Minayo e Deslandes (2010), a observação no campo pode ser classificada como do tipo descritiva ou dirigida. A primeira é caracterizada por um aspecto livre do processo de observação; e a segunda, no qual este trabalho se integra, diz respeito a um direcionamento para “aquilo a ser observado”, sendo nesta pesquisa questionado: como se estabelece o processo de trabalho das ACS, considerando o recorte de atuação territorial, no uso das tecnologias digitais?

O campo desta pesquisa foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Salvador, escolhida a partir da análise dos dados obtidos dos relatórios internos do projeto “Observa Covid”, coordenado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Esse projeto inicial objetivou analisar os modelos, estratégias e ações de vigilância em saúde em distintos níveis de atenção durante a pandemia da COVID-19 (ISC, 2022) e sinalizou a necessidade de aprofundamento nas

discussões sobre a utilização da saúde digital e suas tecnologias, particularmente na USF em questão.

A produção dos dados da observação não participante ocorreu em julho de 2023, tendo uma carga horária total de 30 horas, que foram distribuídas em aproximadamente 10 idas ao campo com 3 horas cada. Usaram-se os cuidados metodológicos da técnica referenciados por Queiroz et al. (2007): estabelecimento de vínculos de confiança e sensibilidade entre os sujeitos; capacidade de ouvir e memorização; conhecimento sobre o tema investigado e os riscos da pesquisa; flexibilidade de adaptação diante das intercorrências do campo.

Em um primeiro momento, na tentativa de se aproximar do cotidiano e das possibilidades de trabalho das ACS na atuação territorial e em visitas domiciliares (VD), no seu âmbito mais prescritivo, foram consultadas a lei da profissão, de nº 13.595 (Brasil, 2018) e a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017) para reconhecer as atribuições e competências dessas profissionais.

No processo de observação da atuação territorial e/ou visitas domiciliares, foram considerados expressões verbais ou não verbais das ACS e outros atores envolvidos no processo de trabalho durante o uso de alguma tecnologia digital nas atividades de assistência, vigilância, promoção, prevenção, educação em saúde ou mobilização social (Mello et al., 2023); bem como a demanda que gerou o uso da tecnologia, instrumento do uso, condições de uso e finalidade do uso.

Os critérios de elegibilidade adotados para a observação não participante das ACS foram: a) Inclusão: aquelas que trabalharam pelo menos há um ano na unidade pesquisada; b) Exclusão: profissionais em readaptação de função ou em algum tipo de licença. Obedecendo a esses critérios iniciais, a escolha de qual ACS observar durante seu processo de trabalho se deu a partir da disponibilidade na agenda desta em dia e horário previamente acordados. Salienta-se que as observações foram interrompidas à medida que os pesquisadores perceberam repetição dos dados vivenciados no campo e entre as ACS, sem possibilidade de trazer maiores contribuições para o estudo, o que se denomina saturação teórica (Minayo; Deslandes, 2010).

Como técnica de apoio utilizou-se um diário de campo possibilitando a descrição dos sentidos vivenciados e construídos no campo (Minayo; Deslandes, 2010). Todas as informações registradas serviram para auxiliar na análise e interpretação dos resultados.

Os dados produzidos foram revisados entre dois pesquisadores de campo permitindo assim uma dupla checagem das informações transcritas, contribuindo, portanto, para uma maior validação do fenômeno observado. Posteriormente, sistematizou-se uma categorização temática (Minayo; Deslandes, 2010) desses dados a partir das seguintes categorias de análise: necessidade que gerou o uso da tecnologia; instrumento usado; finalidade e as condições de uso. A análise dos dados foi feita à luz do referencial teórico de Mendes-Gonçalves (2017) acerca da teoria do processo de trabalho em saúde. Esse autor propõe a compreensão do processo de trabalho a partir de seus agentes, objetos, finalidades e instrumentos que devem ser examinados de forma articulada e inscritos numa dada sociedade e momento histórico (Mendes-Gonçalves, 2017).

De acordo com o autor, o objeto, no caso da saúde, diz respeito ao que será transformado, ou seja, as necessidades humanas e as condições objetivas de vida. Os meios ou instrumentos são aquilo que está entre o trabalhador e seu objeto. No âmbito da saúde, esses podem ser aparelhos, equipamentos, máquinas (materiais) e saberes ou conhecimentos (imateriais). Quanto à finalidade do processo de trabalho em saúde, significa a intencionalidade daquilo que se deseja e, por fim, os agentes, que são os sujeitos envolvidos no processo de trabalho e medeiam a relação entre objeto e instrumento, de modo a dar uma finalidade à ação (Mendes-Gonçalves, 2017). Salienta-se que quando abordamos apenas o termo “agente/agentes” neste artigo, estamos nos referindo ao elemento teórico de Mendes-Gonçalves (2017), que são os sujeitos/trabalhadores, e não a pura abreviação de “agente”, que remontaria à profissão de agente comunitária de saúde/ACS.

Chamamos atenção dos leitores deste manuscrito que, embora os resultados e discussão do estudo sejam apresentados em uma estrutura que foge dos preceitos tradicionais do gênero

artigo, consideramos que esta forma ensaísta possa trazer maiores e melhores aproximações das vivências objetivas e subjetivas dos pesquisadores na concretização da observação não participante. Bebemos, assim, da liberdade de expressão do pensamento científico, mas sem perder o rigor dos métodos e das técnicas que lhe sustentam (Meneghetti, 2011).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e está registrada na Plataforma Brasil sob o parecer nº CAAE: 68844323.3.0000.5030. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como de autorização e cessão de direitos de imagem.

Resultados e discussão

Características gerais do processo de trabalho e do uso das tecnologias digitais

A prática de profissionais de saúde é uma prática social inscrita no âmbito de interesses de sujeitos, agentes concretos, que personificam e operacionalizam um determinado processo de trabalho, historicamente contextualizado, temporal e geograficamente delimitado, que são constituídos, segundo possibilidades materiais e ideológicas (Mendes-Gonçalves, 2017). Somente a partir dessa compreensão crítica é que se poderia pensar em localizar os atravessamentos e as morfologias que o trabalho das ACS pode adquirir em uma realidade digital (Santos et al., 2023). Por exemplo, as ACS produzem e reproduzem estruturas sociais, econômicas, culturais, políticas e ideológicas que condicionam e dão sentido às experiências objetivas

e subjetivas do trabalho em saúde (Sandstrom; Matin; Fine, 2016). Assim, as características sociodemográficas das ACS que participaram deste estudo (Quadro 1) podem dar pistas importantes do lugar que essas agentes ocupam na dialética trabalho-tecnologia digital.

A amostra deste estudo demonstra que todas as ACS são mulheres (5), a maioria da população negra (4), idades variando de 38 a 63 anos, todas com ensino médio, e de 8 a 25 anos de trabalho como ACS na USF pesquisada/território, apontando assim para as tendências de: a) feminilização do trabalho; b) importante grau de longitudinalidade do cuidado no território; e c) nível crescente de escolaridade da categoria, quando referenciados pelas exigências iniciais, ensino fundamental, para inclusão nessa profissão. Esses achados dialogam com outros estudos (Méllo et al., 2023).

Quando observada a gênese desta profissão no que diz respeito à indução de incorporação de mulheres no trabalho de ACS, os estudos não apresentam consenso: de um lado, aponta-se que o recrutamento, preferencialmente de mulheres, tinha como estratégia aumentar os níveis de renda nos territórios através do empoderamento feminino, de outro, o aproveitamento de uma mão de obra barata para a garantia de certos modos de cuidar em saúde, pretensamente associados ao gênero feminino (Mota; David, 2010).

Ao acompanharmos as ACS pelo território, observamos frequentemente os usuários se referirem a essas profissionais como “tia, madrinha, amiga, amor”. Embora o uso desses adjetivos confira certo grau de intimidade e vínculo ao processo de cuidado tecido no território, tende a desqualificar a atuação das ACS reduzindo o caráter

Quadro 1 — Características sociodemográficas das ACS.

Nome	Sexo	Cor	Idade	Formação	Anos como ACS	Anos de trabalho na USF pesquisada
ACS1	Mulher	Parda	63	Médio	25	25
ACS2	Mulher	Branca	57	Médio	19	19
ACS3	Mulher	Parda	38	Médio	20	20
ACS4	Mulher	Parda	44	Médio	25	25
ACS5	Mulher	Parda	57	Médio	25	8

Fonte: Elaborado pelos autores.

profissional deste trabalho. Nas expressões e interações evocadas, é como se não fosse permitida a essas trabalhadoras uma racionalidade crítica, propositiva e de responsabilidade sanitária, uma vez que tais qualidades são associadas ao estereótipo masculino, ou seja, agentes comunitários homens tenderiam a ser abordados no território como profissionais. Essa análise, presente também em outros estudos (Barbosa et al., 2012), demonstra que, no imaginário popular, o trabalho das ACS estaria ligado à expressão de atributos de caridade, doação e sacerdócio típicas do trabalho exercido por mulheres em âmbitos domésticos e que se reflete em especial no âmbito da saúde e da educação (Freire, 2015).

A maioria das ACS (04) demonstraram habilidades de manuseio, sem dificuldades, com os recursos tecnológicos do celular, *tablets*, computadores e seus aplicativos ou *softwares* associados. Isso pode estar relacionado com um grau de escolaridade crescente dessa categoria na USF, o que é apresentado também por outros estudos (Freitas et al., 2015). No entanto, considerando a dimensão continental do Brasil, bem como sua diversidade geográfica e socioeconômica, tanto o acesso e uso de tecnologias digitais em contextos específicos quanto o nível de escolaridade podem variar em relação ao que aqui foi observado nesta realidade específica, carecendo de análises mais abrangentes (Muniz; Mota; Sousa, 2023).

Salienta-se que no Brasil existem iniciativas de informatização da saúde e do processo de trabalho desde o governo Dilma (2011-2016), com os programas e-Saúde e e-SUS; passando pelo governo Temer com DigiSUS (2016-2019), até o de Bolsonaro (2019-2022) onde se apresenta a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, que potencializa e amplia as experiências anteriores desenvolvidas no país como ConecteSUS, Informatiza APS e a Rede Nacional de Dados em Saúde (Fornazin; Rachid; Neto, 2022).

Quando analisado o plano diretor Estratégia Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (Brasil, 2020), percebe-se que ao menos três metas prioritárias podem incidir diretamente no trabalho das ACS, sendo elas: informatização de todos os níveis de atenção; suporte à melhoria da atenção à saúde; e, por fim, a formação e a capacitação de recursos humanos para as tecnologias digitais. Assim, há

uma tendência sinalizada para um aumento da informatização da APS, seus processos de trabalho bem como o subsídio deste, a partir do uso e manuseio de recursos advindos da saúde digital e aplicativos móveis.

Ao acompanhar o trabalho das ACS no território, foi possível observar os seguintes elementos digitais nos seus saberes e fazeres: o uso da internet (seja subsidiado com o próprio recurso – dados móveis do celular ou internet domiciliar –, seja com a proveniente da USF custeada pelo município), além do uso dos seguintes instrumentos: celular (Figura 1) e *tablet* (Figuras 2A e 2B).

Tais instrumentos utilizados pelas ACS parecem contribuir de alguma forma com o seu trabalho prescrito (Brasil, 2017; 2018), como de promoção da saúde; prevenção de doenças agravos e riscos; na incidência de determinantes e condicionantes da saúde, doença, riscos e agravos; além da atuação acerca das limitações de direitos sociais; sendo aqui todos eles reconhecidos enquanto objetos do trabalho das ACS, que têm como finalidade a qualidade de vida, prevenção de doenças, vigilância da saúde e a articulação social. O estudo de Santos et al. (2023) observa que as tecnologias digitais articulam um conjunto de benefícios ao sistema de saúde, territórios, usuários e a própria categoria profissional, a partir do acionamento dos instrumentos tecnológicos a depender da demanda ou objeto. O resultante deste contexto foi, sobretudo, a descentralização de diagnósticos ou exames, prevenção de desfechos adversos na gestação, em doenças agudas ou crônicas e a educação em saúde objetivando a qualidade de vida dos usuários.

Como forma de melhor visualizar e aproximar os fatos observados em campo das práticas exercidas pelas ACS e os elementos constituintes da teoria do processo de trabalho (Mendes-Gonçalves, 2017), elaborou-se o Quadro 2.

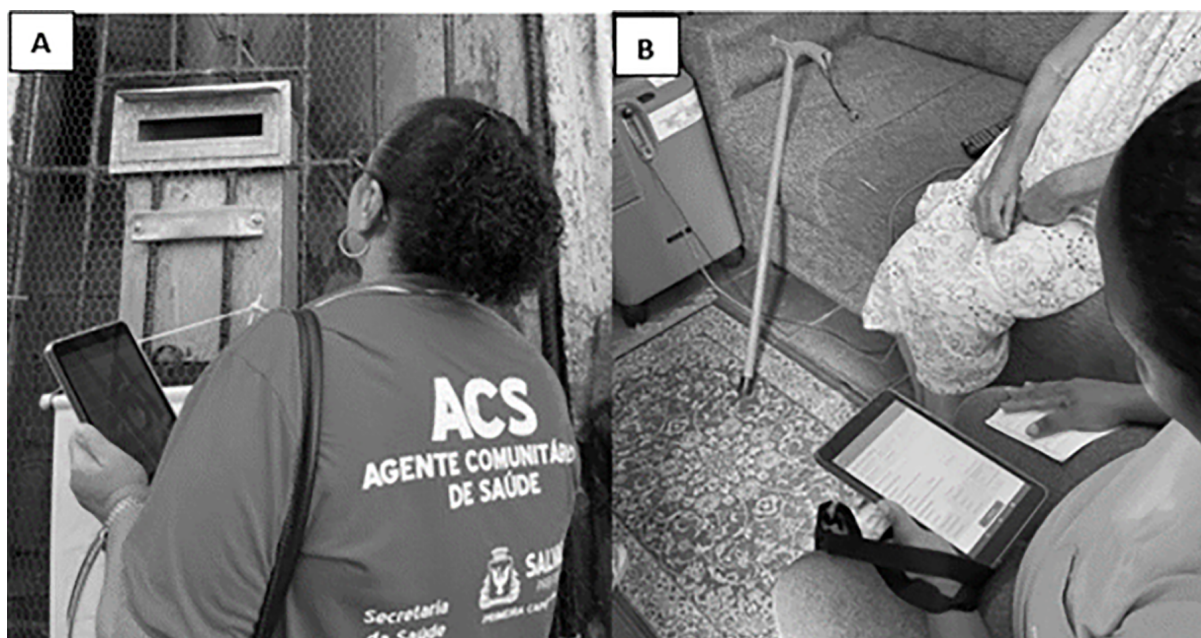
A fim de compreender as singularidades do processo de trabalho das ACS e os elementos que o compõem numa realidade digital, parte-se da compreensão, também, de que um determinado processo de trabalho em saúde busca não apenas dar resposta às necessidades em saúde da sociedade, porque ele próprio tem a capacidade de criar novas necessidades dentro da lógica de dominação capital-trabalho, aqui entendendo os referenciais

Figura 1 — ACS utiliza o celular para se comunicar de forma instantânea com os usuários por meio de aplicativos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 11 — A: ACS aguarda usuária do SUS no portão para iniciar uma visita domiciliar; B: ACS durante uma visita domiciliar atualizando a ficha cadastral — medicação e comorbidades — de uma usuária idosa que faz uso de bomba de oxigênio.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 11 — Elementos do processo de trabalho das ACS com recurso das tecnologias digitais.

Objeto	Promoção da saúde	Doenças, agravos e riscos	Determinantes e condicionantes da saúde, doença, riscos e agravos	
			Limitação de direitos sociais	
Finalidade	Qualidade de vida	Prevenção das doenças, agravos ou riscos	Vigilância em saúde	Articulação e mobilização social
Instrumento	Atividades			
Celular	Ligações, mensagens de voz ou escrita; cardes, vídeos, links de sites sobre informações de hábitos saudáveis sobretudo: alimentação, atividade física, uso racional de medicações, vacinação e aleitamento materno; tirar fotografias ou gravar vídeos das ações educativas em saúde, grupos de idosos, de gestantes, para compartilhamento com a comunidade.	Ligações, mensagens de voz ou escrita para tirar dúvidas sobre sinais e sintomas de alguma doença, agravo ou condição de risco, exemplo: diabetes, hipertensão; tirar fotografias ou gravar vídeos de algum acometimento do usuário e compartilhar com o ACS/outro profissional de saúde com posterior orientação sobre os cuidados a serem seguidos ou serviço procurado: exemplo: usuária com úlcera no pé tira uma foto da lesão e envia para o ACS; Puérpera tira foto do dedo do filho recém-nascido para mostrar a unha encravada.	Ligações, mensagens de voz ou escrita para busca ativa de usuários; comunicação instantânea sobre desfechos em saúde e como proceder na rede de atenção à saúde; tirar fotografias ou gravar vídeos sobre o ambiente, domicílio.	Ligações, mensagens de voz ou escrita sobre assuntos importantes para a mobilização comunitária como violência, educação e saúde; ou tirar dúvidas sobre bolsa família, outros assuntos de assistência social
	Coleta de dados sobre as condições de saúde dos usuários e socioambientais; documentação de sua visita, podendo tirar fotos e gravar vídeos para otimização dos processos de trabalho a reorganização da atenção, com um melhor planejamento das ações de saúde.			X
Tablet				

Fonte: Elaborado pelos autores.

de consumo, geração de valor e trocas materiais e imateriais (Mendes-Gonçalves, 2017). Assim, ao olhar para o Quadro 2, deve-se ter em mente que o apresentado é uma reestruturação do trabalho em saúde na própria reprodução social e histórica do capital (Paim, 2017), mediado por tecnologias digitais e com novos recursos de telemonitoramento, televigilância e tele-educação dos usuários.

Com a incorporação tecnológica do mundo digital, há uma reconfiguração desse trabalho, considerando todos os seus elementos: agentes,

objetos, instrumentos e finalidade (Mendes-Gonçalves, 2017). O trabalho que era mediado pelo encontro presencial, também passa a ter outras mediações que implicam novos sentidos, sentimentos e encontros (virtuais) carecendo de maiores análises sobre suas repercussões seja para o próprio trabalho, ou para os atributos da APS (Santos et al., 2023).

A observação em campo identificou que o uso das tecnologias digitais propicia vantagens e desvantagens para o trabalho das ACS, conforme Quadro 3.

Quadro III — Caracterização das vantagens e desvantagens do uso das tecnologias digitais no trabalho das ACS.

VANTAGENS		DESVANTAGENS	
CELULAR	TABLET	CELULAR	TABLET
Agilidade na coleta dos dados.		Perda de privacidade da ACS em seu domicílio.	Morosidade na reposição quando o aparelho fica danificando.
Ampliação do acesso às ACS pelos usuários através de ligações e mensagens (comunicação em tempo real).	Digitalização dos documentos, dispensando uso de papel.	Alto fluxo de mensagens e ligações recebidas.	Perda da atualização em tempo real dos dados pela não reposição dos aparelhos.
Ampliação da cobertura do trabalho das ACS em territórios com extensa distribuição de domicílios (televisitas).	Redução do peso dos equipamentos de trabalho.	Aparelho celular do próprio trabalhador.	Angústia e inquietação pelas péssimas condições de trabalho.
Maior integração da comunicação ACS-ESF (comunicação em tempo real).	Qualificação do cuidado pela orientação do trabalho a partir das perguntas sociodemográficas e epidemiológicas presentes no instrumento digital.	Custos de internet assumidos pelo próprio trabalhador.	
Vigilância remota dos usuários (telemonitoramento, televigilância).	Os dados dos usuários incluídos nos sistemas de informação de forma instantânea.	Risco de furto do aparelho.	

Santos et al. (2023), após realizarem uma extensa revisão de literatura mapeando práticas das ACS com o uso das tecnologias digitais no mundo, em cenários como Guatemala, Estados Unidos da América ou Índia, identificou uma série de vantagens ou desvantagens do uso do celular ou *tablet* pelas ACS que dialoga com nossos resultados. Salienta-se que, nessa revisão de Santos et al. (2023), que incluiu 63 artigos, apenas 3 mencionavam o Brasil, sendo que 2 deles abordavam estritamente capacidades de tele-educação por videoconferência para a formação dessas trabalhadoras, o que demonstra uma lacuna na literatura que demanda mais investigação no contexto nacional.

As vantagens aqui identificadas se constituem como elementos importantes de potencialização do trabalho das ACS que devem ser considerado na gestão do trabalho e da educação dessas profissionais, haja vista as permanentes demandas por serviços de saúde e seus custos associados, além do papel central da APS enquanto coordenadora do cuidado e das próprias ACS enquanto trabalhadoras

estratégicas do SUS (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022; Méllo; Santos; Albuquerque, 2023; Santos et al., 2023); todavia, precauções precisam ser tomadas para a minimização e o controle das desvantagens, na perspectiva de se garantir condições de trabalho e qualidade de vida das ACS a partir da valorização profissional e instrumentos adequados (Santos et al., 2023).

É um fato que a saúde digital e suas ferramentas associadas às tecnologias digitais aqui expressas se configuram como uma alternativa às formas tradicionais de ações e serviços do setor saúde, que outrora não davam conta de ampliar, contextualizar e universalizar o acesso à saúde (Fornazin; Rachid; Neto, 2022; Pinto; Santana; Chioro, 2022). Todavia, questões importantes precisam ser debatidas, normatizadas e regulamentadas pelos governos, como a questão da proteção de dados dos usuários.

O cenário informacional deste trabalho em saúde é caracterizado pelo compartilhamento em tempo real de informações sensíveis dos usuários dos sistemas de saúde entre profissionais e serviços,

chamando atenção do capital e do mercado de planos de saúde para o acesso a essas informações (Pinto; Santana; Chioro, 2022). Como exemplo, citamos o fato de que na gestão passada do Governo Federal (2019-2022), foi incentivada “a criação de uma base de dados abertos chamada *open health*, via Medida Provisória, para que empresas oferecessem planos de saúde mais baratos, a fim de diminuir a ‘sobrecarga’ do SUS” (Méllo et al., 2022, p. 850). Aqui, sinaliza-se uma disputa histórica no âmbito do sistema de saúde brasileiro, ou seja, a colonização do setor público pelos interesses privados, mas, sobretudo, levanta-se a reflexão sobre os caminhos a serem seguidos na incorporação digital da saúde e a intensa relação com o setor privado.

Experiências singulares apreendidas durante a observação não participante

Sobre a reorganização do processo de trabalho das ACS diante do contexto de saúde digital, as análises feitas por Lotta (2015) parecem sinalizar um caminho frequentemente tomado por essas profissionais conhecidas também por burocratas a nível de rua. As ACS no cotidiano do trabalho são atravessadas por pressão, indecisão e sofrimento que se retroalimentam nas demandas do Estado, dos usuários e delas próprias, instigando-as a adaptarem seu trabalho com alto grau de discricção e negociação, diante das rotinas prescritas e das contingências reais de vida dos territórios, como apresentado nas abordagens abaixo.

Saúde digital para quem?

A ida ao território para a realização desta pesquisa foi atravessada por vários tensionamentos que revelam a complexidade da produção de saúde. O bairro da USF investigada está localizado na região central de Salvador, que apresenta uma população estimada de 3.823 habitantes, aproximadamente 90% da população negra, com faixa etária entre 20 e 49 anos, sendo que 4% dos responsáveis pelos domicílios não são alfabetizados e 44% deles apresentam uma renda que não ultrapassa um salário mínimo (Araújo et al., 2022).

Seguindo esse perfil sociodemográfico, a ACS2 faz uma VD de rotina a uma usuária idosa, de

aproximadamente 85 anos, analfabeta, aposentada (com renda de um salário mínimo), que mora sozinha e que não tem acesso a qualquer recurso tecnológico digital ou internet. Menciona ainda que toda e qualquer interação com essa usuária é exclusivamente presencial. A usuária parece ter uma vida ativa, sem comorbidades ou limitações ao movimentar-se, consciência preservada e sem alterações cognitivas decorrentes de alguma doença crônica ou do processo de envelhecimento dignas de nota. A VD aqui se constitui a partir da escuta atenta da ACS à usuária, tentando “quebrar” a rotina solitária desta e produzir saúde através de narrativas que apenas a presença física daquela profissional é capaz de produzir naquele espaço.

De acordo com Malta e Merhy (2003), a micropolítica do processo de trabalho em saúde implica uma dinamicidade que se desenvolve no meio social em que os indivíduos se encontram e nas interações cotidianas que os profissionais estabelecem, sejam entre si ou entre os usuários. Nesse sentido, essa micropolítica se dá quando cada pessoa age diariamente nos seus espaços de trabalho, transformando e ressignificando o cuidado a partir de pequenos gestos cotidianos, não fixos e imutáveis, como o ato de acolher. Ou seja, o trabalhador tem a possibilidade de examinar seu processo de trabalho a cada encontro, pois o ato de cuidar é singular e cada encontro nunca será o mesmo.

Essa VD se integra a um quadro de iniquidade em saúde que se dá através de uma exclusão digital, que tem cor, idade, classe e endereço: aqueles que vivem em favelas, periferias ou áreas rurais, com maiores idades e menores níveis de escolaridade e condições econômicas (Muniz; Mota; Sousa, 2023). Apenas 67% dos domicílios brasileiros têm acesso à internet, sendo que nos domicílios de até um salário mínimo essa taxa é de 47%, e nas áreas rurais inferior a 45%, não obstante, apenas 25% da população idosa do país é usuária da internet (Muniz; Mota; Sousa, 2023).

Assim, a VD da pessoa idosa, realizada pela ACS2, constitui-se dentro de uma realidade de iniquidade onde o encontro presencial se faz necessário e importante para o acompanhamento sistemático, afetivo e produtor de saúde. Os recursos digitais e os seus saberes constituintes para uso e manuseio de tais ferramentas apresentam um recorte evidente

de classe, idade e raça que precisa ser considerado no planejamento territorial pelas ACS para identificação de usuários vulneráveis dentro dessa conjuntura.

O território está em guerra: o celular como instrumento de acesso à saúde quando não se pode sair à rua

Durante o percurso da investigação, foi possível ouvir relatos anunciando que o bairro da USF vem sendo alvo de disputas territoriais envolvendo distintas organizações do tráfico de drogas ilícitas. Foram relatados desfechos como ameaças com armas, ferimentos e mortes, o que desestabiliza o território e qualquer possibilidade de trânsito entre as casas, como a VD. Nesses dias, o acompanhamento presencial é alterado por mediações virtuais, muitas vezes com o intuito, por parte das ACS, de tranquilizar moradores, fazer escuta ativa, orientar trajetórias ou compartilhar experiências.

Assim foi percebida uma importante contribuição do uso do celular e do WhatsApp como recurso tecnológico de acesso à saúde nessa comunidade. Não apenas pelo contato direto dos usuários com essas profissionais, mas dos próprios usuários com os outros integrantes da equipe de saúde como médicos, dentistas, enfermeiros, através de um WhatsApp institucional da unidade. Na entrada da unidade, ou durante as VD, as ACS distribuem ao menos dois números para contato i- da equipe de saúde responsável por aquele domicílio: para consultas, questões específicas de saúde e ii- para informações gerais de funcionamento da unidade.

Essas funcionalidades digitais, para além dos já expressos nos primeiros resultados deste artigo, tornaram-se mais evidentes quando as ACS mencionaram sobre as questões de violência da comunidade. A depender do dia, por causa do risco de invasão ou de tiroteio, ninguém saía à rua. Nesse momento, o recurso para se ter acesso à saúde/ entrar em contato com os profissionais da unidade seria o celular.

Esse cenário de violência nos territórios de trabalho das ACS já é relatado por outras pesquisas, como abordado no estudo de Vieira-Meyer et al. (2023), que discute a rotina de exposição à violência no cotidiano das ACS gerando consequências como

o surgimento ou agravamento de sentimentos de ansiedade, medo e isolamento social. Tal realidade abre brecha para o acionamento dos recursos tecnológicos aqui descritos como alternativas de acesso à saúde e proteção (Quadros 2 e 3). Assim, o uso das redes sociais pelas ACS em seu processo de trabalho nesses contextos, seja para educação em saúde, encaminhamento de usuários, buscar informações ou articular consultas dos usuários, pode ser uma estratégia efetiva que se potencializa com ações de comunicação virtual (Quadros 2 e 3).

O trabalho das ACS se configurou no início da profissão como um trabalho relacional, amparado nos seguintes instrumentos imateriais: comunicação, escuta, vínculo (Mendes-Gonçalves, 2017). Todavia, mais de 30 anos após sua criação, novas habilidades são impostas, considerando as necessidades em saúde e as dinâmicas vivenciadas no território, como o observado no campo desta pesquisa, fortemente associada à violência, justificando a utilização do celular como um importante recurso de VD. Porém, nessa transição tecnológica e de instrumentos, é necessário proteger aquilo que caracteriza e singulariza os processos de trabalho das ACS enquanto agentes territoriais, embora integrada à saúde digital, para que na produção do cuidado não se agrave a burocratização do seu trabalho, tornando-o morto e repetitivo (Santos et al., 2023).

Chamamos atenção que o uso dessas tecnologias no processo de trabalho das ACS, acionado pelos seus benefícios mais diretos, precisa estar associado a novos recursos imateriais, conhecimentos e habilidades (Mendes-Gonçalves, 2017), que devem vir associados a uma capacidade crítica e articulada com as vivências do território na construção e na luta por cidadania. Assim os novos conhecimentos requeridos dizem respeito aos saberes e fazeres associados à análise de dados para tomada de decisão, à infoeducação, infocultura, aprendizagem tecnológica, gestão da demanda social, cidadania digital, tecnologia social e rede de inclusão digital (Mendonça et al., 2009).

Ao ponderar os elementos supracitados, é necessário considerar o fato de que as novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para a formação técnica de ACS, lançadas pelo Ministério da Saúde, apontam para a inclusão de novos saberes

digitais neste processo de formação voltado para o trabalho, como: aprendizado sobre fundamentos básicos da informática e informação em saúde (Santos et al., 2021). Todavia, embora essa previsão contida nas DCNs aponte para uma formação que pautasse as tecnologias digitais, não fica evidente, para além dos aspectos associados ao planejamento em saúde, o desenvolvimento de competências comunicativas digitais ou outras ações do universo relacional mediado por tecnologias digitais.

(In)conclusões do observador: qual o futuro das ACS?

Os objetos e finalidades do trabalho das ACS no contexto da saúde digital dialogam com a rotina usual deste trabalho já apontada por outras análises e dizem respeito à complexa realidade socioepidemiológica brasileira, seja para saúde materno-infantil, nutricional, doenças crônicas, infecto-parasitárias ou violências.

A saúde digital parece contribuir com as atividades típicas das ACS, porém, se expressa de forma heterogênea no território, onde ao mesmo tempo que aponta oportunidades para contextos específicos com ampliação do acesso à saúde, também se expressa como mais um elemento de iniquidade em saúde.

Os instrumentos materiais de saúde digital mais associados ao trabalho das ACS foram o celular e o *tablet*, e o recurso da internet com seus sistemas de informação ou aplicativos. Para os recursos imateriais, aponta-se a necessidade de aquisição de novas habilidades comunicativas e socioculturais do contexto informacional. O uso desses instrumentos assinala desafios de ampliação do financiamento das tecnologias digitais, tendo em vista a necessidade de recursos para a sua implementação e manutenção.

Ademais, sugerem-se outros estudos com análises em diferentes contextos para o trabalho das ACS com tecnologias digitais. Espera-se ampliar o debate acerca do futuro das ACS na APS que sem sombra de dúvidas está associado ao futuro do tipo de modelo de atenção à saúde que se deseja.

Referências

- ARAÚJO, F. et al. Perfil epidemiológico de uma comunidade coberta pela Estratégia de Saúde da Família em Salvador-BA. *APS em Revista*, v. 4, n. 3, p. 208-214, 2022. DOI: 10.14295/aps.v4i3.206
- BARBOSA, R. H. S. et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 42, p. 751-65, 2012.
- BENDER, J. D. et al. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e19882022, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024291.19882022
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: Brasília*, DF, 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. *Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018*. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União: Brasília*, DF, 18 abr. 2018.

- DALTRO, E. F. M. A. et al. Aceitação e uso de tecnologias móveis de informação pelos agentes comunitários de saúde de Sapeaçu. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 324-333, 2017. DOI: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a1333
- FORNAZIN, M.; RACHID, R. R.; COELHO-NETO, G. C. A saúde digital nos últimos quatro anos e os desafios para o novo governo. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 16, n. 4, p. 753-758. DOI: 10.29397/reciis.v16i4.3515
- FRANÇA, C. J. et al. Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1399-1412, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.18422022
- FREIRE, P. *Professora sim, tia não*: cartas a quem ousa ensinar. 24 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
- FREITAS, L. et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015. DOI: 10.7322/abcshs.v40i3.791
- GASKELL, M.; ALLUNS, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC. *Observa Covid*. Universidade Federal da Bahia, Salvador: ISC, 2022. Disponível em: <<https://observacovid.analisepoliticaemsaude.org/>>. Acesso em: 20 ago. 2023.
- LOTTA, G. S. *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde*: os agentes comunitários na Estratégia de Saúde da Família 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.
- MÉLLO, L. M. B. D.; ALBUQUERQUE, P. C.; SANTOS, R. C. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 134, p. 842-856, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213418
- MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 2, p. 501-20, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023282.12222022
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (org.). *Saúde, Sociedade e História*: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- MENDONÇA, A. V. M. et al. Digital inclusion of community health agents in Brazil: new forms of learning in networks. *Tempus - Actas De Saúde Coletiva*, v. 3, p. 28-37, 2009. DOI: 10.18569/tempus.v3i1.707
- MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 2, p. 320-332, mar. 2011. DOI: 10.1590/S1415-65552011000200010
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. *Caminhos do pensamento*: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010. DOI: 10.1590/S1981-77462010000200004
- MUNIZ, V. O.; MOTA, T. N.; SOUSA, A. R. Saúde digital à brasileira e a prática clínica em enfermagem: do que estamos falando? *Enfermagem em Foco*, v. 14, p. e-202336, 2023. DOI: 10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202336

PAIM, J. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: AYRES, J. R.; SANTOS, L. (org.). *Saúde, Sociedade e História*: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

PINTO, H. A.; SANTANA, J. S. S.; CHIORO, A. Por uma transformação digital que assegure o direito à saúde e à proteção de dados pessoais. *Revista Saúde em Redes*, v. 8, n. 2, p. 361-371, 2022.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RACHID, R. et al. Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 7, p. 2143-2153, jul. 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023287.14302022

SANDSTROM, K.; MARTIN, D.; FINE, G. A. O conceito de interacionismo simbólico. In: SANDSTROM, K.; MARTIN, D.; FINE, G. A. (org.). *Símbolos, selves e realidade social*: uma abordagem interacionista simbólica à psicologia social e à sociologia. Petrópolis: Vozes, 2016.

SANTOS, R. C. et al. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 21, p. e02146220, 2023. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2146

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Gender and Violence in the Daily Routine of Community Health Workers in Fortaleza, Brazil. *Journal of Community Health*, v. 29, p. 1-9, 2023. DOI: 10.1007/s10900-023-01221-9

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

Editores: José Miguel Olivar; Tatiana Vargas

Recebido: 02/09/2024

Reapresentado: 11/04/2024

Aprovado: 01/02/2025