

**RELATO - REPORT - RELATO****Ferramentas tecnológicas na assistência e gestão clínica ao usuário domiciliado na APS: um relato de experiência**

Technological tools in assistance and clinical management of homebound users in primary health care: an experience report

Herramientas tecnológicas en la atención y gestión clínica de usuarios confinados en el hogar en atención primaria de salud: un informe de experiencia

Matheus Souza de Oliveira , Augusto Roberto Vidreira Batista

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS-SSA), Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO

As condições crônicas tendem a evoluir em um ciclo de agravamento de sintomas que reduz progressivamente a funcionalidade das pessoas, exigindo estratégias de cuidado que garantam a continuidade da assistência. O atendimento domiciliar, como modalidade substitutiva ou complementar, possibilita intervenções no ambiente do paciente e contribui para a integralidade da assistência. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) desempenham papel essencial na organização dos fluxos, no apoio à gestão e na qualificação das ações em saúde. Este relato de experiência descreve a atuação de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família de uma periferia do Nordeste brasileiro, que desenvolveu uma ferramenta tecnológica própria para aprimorar a gestão da assistência domiciliar entre abril de 2019 e dezembro de 2020. A iniciativa surgiu da necessidade de superar limitações do sistema oficial disponível, o VIDA+, considerado inadequado para atender às demandas locais. A ferramenta permitiu classificar pacientes, organizar a gestão da clínica e evidenciar fragilidades na rede de atenção domiciliar do município de Salvador. A informatização favoreceu o gerenciamento da agenda, a continuidade das ações e o acesso facilitado às informações por grupos de cuidado. Durante a pandemia de COVID-19, o uso da tecnologia mostrou-se ainda mais relevante, por apoiar a tomada de decisões em um contexto de crise. A experiência demonstra que os sistemas de informação precisam estar adaptados à realidade dos serviços e que sua efetividade depende de uma Rede de Atenção à Saúde estruturada e integrada.

Palavras-chave: Cuidado Domiciliar; COVID-19; Gestão de Serviços de Saúde; Tecnologia Aplicada à Assistência à Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

Histórico do Artigo

Recebido 28 Novembro 2025
Aprovado 29 Abril 2026

Correspondência

Matheus Souza de Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
Rua Miguel Calmon, 75 - Comércio
Salvador - BA, CEP: 40301-155.
E-mail: matheus.oliveira.mfc@gmail.com

Como citar

Souza de Oliveira M, Roberto Videira Batista A. Ferramentas tecnológicas na assistência e gestão clínica ao usuário domiciliado na APS: um relato de experiência. Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(4): e12410.



INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, princípio concretizado na implementação do SUS por meio das Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990^{1,2}. O sistema é fundamentado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, buscando desenvolver ações sociais e econômicas que mitiguem agravos à saúde e promovam o acesso à assistência em diferentes níveis de atenção^{1,2}.

A organização do acesso aos serviços, bem como as ações de promoção, proteção e recuperação são essenciais para ampliar a cobertura do SUS, que vem se estruturando de forma dinâmica e adaptando-se às diversas peculiaridades do país, como a heterogeneidade territorial, étnica, linguística, econômica, social, cultural e política³. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma reestruturação e o amadurecimento da rede do SUS, consolidando-se como uma estratégia fundamental para fortalecer a atenção básica^{4,5}. A implantação da ESF, iniciada em 1994, teve como principal influência o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1987, com o objetivo de atender às necessidades emergenciais de comunidades afetadas por secas no semiárido cearense⁶.

A ESF promoveu uma assistência mais humanizada, horizontal e centrada na família, reconhecendo o papel das relações sociais no cuidado em saúde^{6,7}. Sua implementação gradual permitiu melhorar indicadores de saúde, como a redução de internações por condições sensíveis à atenção básica, que apresentou queda de 45% entre 2001 e 2016, evidenciando o impacto positivo da descentralização e do fortalecimento da atenção primária⁸. O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, que representam grande parte da carga de morbimortalidade no país, demanda atenção contínua e especializada, em razão de seu curso prolongado e de seu profundo impacto social e econômico, incluindo custos para o sistema de saúde e prejuízos à vida laboral e social dos pacientes^{5,9}.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) busca garantir um fluxo eficiente de pacientes entre níveis de atenção, reforçando a importância de uma APS estruturada e capaz de integrar-se aos níveis secundário e terciário. A Política Nacional de Assistência Básica (PNAB) de 2006 destacou a ESF como prioridade, embora sua importância tenha sido minimizada na revisão de 2017, com a ampliação de incentivos e possibilidades de trabalho em equipes com menor vínculo de tempo^{10,11}. Nesse contexto, a organização de ações como o Atendimento Domiciliar (AD) ganhou destaque, sendo considerada uma modalidade estratégica para promover continuidade e integralidade do cuidado, especialmente para populações vulneráveis, como idosos acamados e domiciliados^{12,13}.

A inserção do SAD na RAS favorece a integração entre atenção básica, secundária e terciária, permitindo acompanhamento mais efetivo e maior circulação de informações entre os diferentes níveis de cuidado^{9,14}. Nesse cenário, o

avanço da informatização da APS e a incorporação de tecnologias digitais têm ampliado o potencial de qualificação da assistência e da gestão clínica, especialmente por meio de sistemas de informação em saúde, prontuários eletrônicos e ferramentas de monitoramento e registro das condições de saúde dos usuários^{11,15,16}.

Entretanto, apesar da expansão dessas ferramentas tecnológicas no âmbito da atenção primária, ainda existem desafios relacionados à integração entre sistemas, à utilização qualificada das informações produzidas e à incorporação dessas tecnologias na prática cotidiana das equipes de saúde, particularmente no cuidado a usuários domiciliados, que demandam acompanhamento contínuo, coordenação do cuidado e apoio à tomada de decisão clínica e gerencial^{17,18}.

Sendo assim, o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, como o SISAB, o prontuário eletrônico e o e-SUS, é fundamental para assegurar o cuidado integral, eficiente e resolutivo na atenção básica, especialmente às populações vulneráveis, como pacientes domiciliados e acamados. A digitalização e a gestão eficiente dessas informações possibilitam ações mais precisas, melhor alocação de recursos e maior autonomia dos profissionais de saúde, promovendo uma rede de atenção que respeite os princípios do SUS e garanta o acesso universal e equitativo à saúde.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo descrever o uso de ferramentas tecnológicas na assistência e na gestão clínica de usuários domiciliados na Atenção Primária à Saúde, buscando contribuir para o aprimoramento da organização do cuidado e do uso das informações em saúde no contexto da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto da residência médica do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF), no município de Salvador, Bahia. A descrição da experiência foi estruturada conforme as recomendações metodológicas para relatos de experiência na área da saúde, considerando literatura específica sobre o método e diretrizes internacionais de relato científico^{19,20}. O estudo descreve o processo de construção e utilização de uma ferramenta para apoio à gestão clínica e organizacional da assistência domiciliar a usuários acompanhados pela Atenção Primária à Saúde, no período de abril de 2019 a dezembro de 2020.

A unidade de saúde contava com uma equipe multiprofissional composta por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira e um médico residente, responsáveis pelo acompanhamento de um território adscrito. No início das atividades da residência médica, em março de 2019, foi realizado um processo de análise da territorialização da unidade e de análise situacional da equipe, em articulação com os ACS, a enfermeira, a

gerência da unidade e o preceptor da residência. Durante esse processo, identificou-se a ausência de um planejamento estruturado e atualizado para a organização das visitas domiciliares e do acompanhamento sistemático dos usuários em assistência domiciliar. Como consequência, as visitas vinham ocorrendo predominantemente a partir de demandas pontuais identificadas pelos ACS, usuários ou familiares, sem definição prévia de critérios claros de priorização ou periodicidade, o que dificultava a continuidade e a organização do cuidado.

Diante desse cenário, a equipe iniciou um processo coletivo de planejamento e reorganização da assistência domiciliar. Esse processo ocorreu por meio de reuniões de equipe destinadas à discussão da organização do cuidado, nas quais foram debatidas questões relacionadas à definição de critérios de elegibilidade dos pacientes, à priorização de atendimentos, à periodicidade das visitas e às responsabilidades de cada categoria profissional. As discussões foram orientadas pela revisão das diretrizes do Ministério da Saúde para atenção domiciliar e por experiências previamente descritas na literatura²¹⁻²³.

Durante esse processo de construção da intervenção, foi reconhecida a importância estratégica dos Agentes Comunitários de Saúde no acompanhamento domiciliar, considerando seu vínculo com o território e o conhecimento das famílias. Dessa forma, foi pactuado que os ACS realizariam visitas mensais a todos os pacientes domiciliados sob sua responsabilidade, independentemente da realização de visitas clínicas por outros profissionais da equipe. Para os profissionais de enfermagem e medicina, definiu-se que as visitas seriam programadas a partir da classificação de complexidade dos pacientes e das demandas identificadas nas reuniões de equipe²¹⁻²³.

Para essa classificação, adotou-se o modelo proposto por Savassi (2012), que propõe uma avaliação ampliada das condições clínicas, funcionais e sociais dos pacientes. Esse modelo considera a capacidade funcional por meio de instrumentos como a Escala de Katz para atividades básicas de vida diária, além da avaliação da cognição, do risco cardiovascular, do estado nutricional, da presença ou risco de lesões de pele, do estado de humor e do suporte familiar. Complementarmente, foi utilizada a Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com foco na avaliação das condições sociais e familiares associadas ao cuidado domiciliar²¹⁻²³.

A partir da análise integrada dessas informações, os pacientes passaram a ser classificados como Atendimento Domiciliar tipo 1 (AD1), distribuídos em três níveis de complexidade. Pacientes classificados como AD1 nível 1 (4 a 7 pontos) passaram a receber visitas trimestrais de enfermagem e semestrais de medicina; pacientes classificados como AD1 nível 2 (8 a 19 pontos) passaram a receber visitas bimestrais de enfermagem e quadrimestrais de medicina; e pacientes classificados como AD1 nível 3 (acima de 19 pontos) passaram a receber visitas mensais de enfermagem e bimestrais de medicina. Pacientes com pontuação igual ou inferior a três foram orientados a manter acompanhamento preferencialmente na unidade de saúde²¹.

Além disso, estabeleceu-se que a identificação de novos pacientes elegíveis para acompanhamento domiciliar poderia ocorrer durante consultas na unidade, durante visitas realizadas pelos ACS ou por demanda espontânea de usuários e familiares. Os casos eram discutidos em reunião de equipe e, quando indicada a avaliação domiciliar, o ACS realizava uma visita inicial para atualização das informações familiares e contextuais, seguida de visita clínica de enfermagem ou medicina para avaliação e definição da inclusão no acompanhamento domiciliar da APS ou do encaminhamento à Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), conforme as diretrizes do Ministério da Saúde²².

Durante a implementação do processo de reorganização do cuidado domiciliar, foram identificadas limitações nos sistemas de informação disponíveis na unidade. Embora a unidade utilizasse o prontuário eletrônico PE Vida+, o sistema não possuía funcionalidades que permitissem identificar, de forma estruturada, os pacientes em acompanhamento domiciliar nem registrar a classificação de complexidade, o que dificultava o planejamento longitudinal das visitas e o monitoramento da assistência.

Diante dessa limitação, foi desenvolvida uma ferramenta de apoio à gestão do cuidado utilizando o aplicativo Google Planilhas®. A ferramenta foi estruturada para permitir o registro e o acompanhamento longitudinal dos pacientes domiciliados, incluindo informações demográficas, condições de saúde, classificação de complexidade e histórico de visitas realizadas. A escolha por essa ferramenta gratuita teve como objetivo possibilitar o preenchimento simultâneo por diferentes profissionais da equipe, em diferentes computadores da unidade, mantendo o acesso restrito aos membros da equipe.

A planilha, representada na Figura 1, foi organizada em quatro blocos principais de informações: identificação do paciente, condição de saúde, classificação domiciliar e acompanhamento longitudinal das visitas. O primeiro bloco incluía dados de identificação do usuário e do cuidador responsável; o segundo reunia informações sobre condições clínicas e registros de solicitações de visitas; o terceiro registrava a classificação de complexidade domiciliar, baseada na metodologia de Savassi; e o quarto bloco era destinado ao acompanhamento das visitas realizadas por diferentes profissionais e ao planejamento das visitas subsequentes^{21,24}.

Nos primeiros momentos de implementação da ferramenta, muitos pacientes ainda não possuíam classificação prévia de complexidade. Assim, as visitas iniciais foram organizadas a partir das indicações realizadas pelos ACS e, progressivamente, os pacientes foram sendo avaliados, classificados e incorporados ao planejamento programático das visitas, conforme ilustrado na Figura 2. O planejamento passou a ser realizado mensalmente, durante as reuniões de equipe, em articulação com os ACS. Como estratégia para garantir flexibilidade no cuidado, instituiu-se também a reserva de, ao menos, uma vaga por turno para atendimento de demandas espontâneas, reavaliações clínicas ou inclusão de novos pacientes no acompanhamento domiciliar.

Figura 1 - Planilha de acompanhamento de pacientes domiciliados.

 **USF Ilha Amarela PRMMFC**

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PRODUZIDO PELO PRMFC DE ILHA AMARELA 2020

Último Atendimento	Nome	Idade	DN	Cartão SUS	Sexo	Retorno	ACs	Área	Nº da Família	Bairro/FA	Telefone

 **USF Ilha Amarela PRMMFC**

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PRODUZIDO PELO PRMFC DE ILHA AMARELA 2020

Tipo entrada para visita	Data do pedido de visita	Lista de problemas	Cuidador principal	Classificação AD	Caderneta Idoso	Escala de complexidade AD cadastro	Freq. visitas méd. antes da escala

 **USF Ilha Amarela PRMMFC**

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PRODUZIDO PELO PRMFC DE ILHA AMARELA 2020

Acamado	Def. física	Def. mental	Saneamento inadequado	Desnutrição grave	Drogadição	Desemprego	DM	Analfabetismo	HA8	<8m	<70s	Relação morador por cômodo	Risco familiar: 6-8 risco baixo; 7-8 risco médio; >8 risco máximo	Classificação de risco familiar

AVALIAÇÃO FAMILIAR - ficha A SIAB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

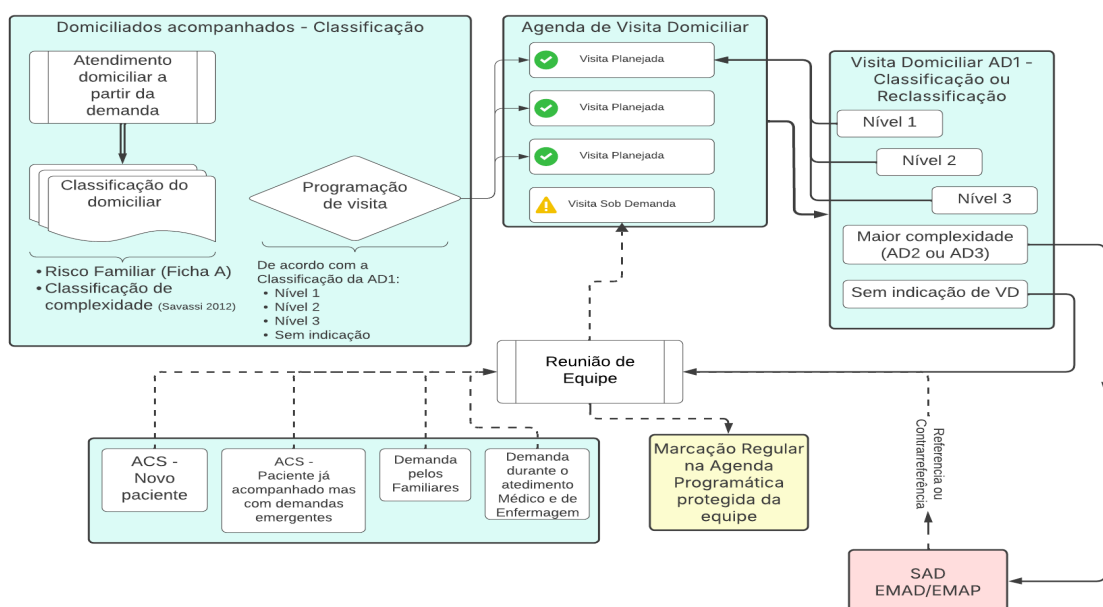
 **USF Ilha Amarela PRMMFC**

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PRODUZIDO PELO PRMFC DE ILHA AMARELA 2020

(AVDB)	(AVDI)	Funç. cog. MEEI/Audição, visão e fala	Escore de Framingham	Pres. de úlcera de pele	IMC	Incont. urinária	Av. do humor	Funç. familiar	Escore	Nível de complexidade AD atual	Freq. visitas méd.	Freq. visitas enf.	Últ. visita a méd.	Próx. visita a méd.	Últ. visita a enf.	Próx. visita a enf.	Últ. visita a odont.	Próx. visita a odont.	Desfecho	Data do desfecho

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2 - Fluxo de planejamento e inclusão de novos pacientes domiciliados.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A padronização do fluxo de inclusão também foi fundamental para garantir a qualidade e a continuidade da assistência. Após a sinalização e validação do caso, o ACS realizava a visita inicial, com atualização da Ficha A e apresentação do contexto familiar. Em seguida, a visita técnica (de enfermagem ou médica) era programada com o objetivo de avaliar a necessidade de inclusão no acompanhamento da APS ou de encaminhamento à EMAD, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde²².

Essa experiência possibilitou uma reorganização concreta da assistência domiciliar, promovendo o cuidado compartilhado, o uso racional do tempo dos profissionais, a valorização do papel dos ACS e o fortalecimento das competências clínicas dos residentes e demais membros da equipe, além da qualificação da gestão do cuidado em toda a equipe. Além disso, destacou a importância da utilização de ferramentas simples e acessíveis para a gestão do cuidado, principalmente em contextos nos quais os sistemas de informação institucionais ainda apresentam limitações.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo não envolveu coleta de dados identificáveis de usuários nem realização de intervenções clínicas experimentais. As informações utilizadas referem-se à organização do processo de trabalho da equipe e ao relato da experiência profissional desenvolvida no contexto da residência médica. A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre 01 de abril de 2019 e 31 de dezembro de 2020, havia 2.909 pessoas cadastradas na área da USF Ilha Amarela, com 15 pacientes domiciliados e 8 acamados, dos quais 3 estavam em ambas as categorias. No total, 20 pacientes necessitavam de visita, sendo 15 mulheres e 5 homens, com média de idade de 68,4 anos. Os dados foram obtidos no Sistema MAS Salvador, alimentado pelos ACS (Tabela 1).

As visitas eram inicialmente realizadas em conjunto por médico residente, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS, contemplando quatro pacientes por turno. Contudo, essa dinâmica centralizava o atendimento no médico e gerava ociosidade dos demais profissionais. Diante disso, a equipe optou por dividir os atendimentos, o que aumentou a eficiência, ampliando de 4 para 8 visitas por turno e permitindo maior periodicidade das visitas programadas.

As reuniões semanais passaram a incluir feedbacks entre as equipes médica e de enfermagem, além de pactuação de visitas conjuntas quando necessário. Foi definida também a reserva de uma vaga semanal para demandas espontâneas, garantindo flexibilidade ao planejamento.

O gerenciamento da agenda e a utilização de planilhas estruturadas facilitaram a organização e a continuidade do cuidado. Inicialmente, os registros eram feitos em papel, mas a fragilidade desse modelo levou à adoção do Prontuário Eletrônico (PE), associado a planilhas digitais, minimizando perdas de informações e garantindo a continuidade do trabalho entre residentes.

Tabela 1 - Comparativo a partir de dados retirados do Sistema MAS.

Data da aferição	01/04/2019	31/12/2020	Diferença entre o período (%)
Total de usuários cadastrados	2909	3986	37,02
Número de Pacientes Domiciliados	15	30	100
Número de Pacientes Acamados	8	10	25
Total de pacientes a serem visitados	20	32	60
Idade Média (Anos)	68,4	70,09	2
Mulheres	15	22	46
Homens	5	10	100

Fonte: Sistema MAS de gestão.

A ferramenta desenvolvida foi compartilhada com outros residentes da USF Ilha Amarela e disponibilizada para a coordenação e demais unidades, servindo como inspiração para a gestão clínica. Durante a pandemia de COVID-19, essa planificação mostrou-se essencial ao permitir o acompanhamento remoto, diminuindo a exposição dos pacientes e liberando tempo da equipe para atender às demandas emergenciais.

Ao final de 2020, o MAS registrava 14.240 pessoas cadastradas na USF Ilha Amarela. A equipe 078 respondia por 3.986 usuários, 1.428 domicílios e 1.362 famílias, correspondendo a aproximadamente 28% da população adscrita. Entre os pacientes domiciliados, havia 30 indivíduos (22 mulheres e 8 homens), sendo 10 acamados. O grupo totalizava 32 pessoas a serem visitadas, com média de idade de 70,09 anos, todos classificados e com visitas programáticas planejadas.

Um avanço importante foi a melhoria na compreensão dos ACS sobre a definição de paciente domiciliado. Em 2019, 75% dos acamados não haviam sido classificados como domiciliados no MAS, em desacordo com o conceito do Ministério da Saúde²⁴. Após a capacitação, esse percentual caiu para 20% em 2020, refletindo maior qualificação do registro. Persistem, contudo, problemas técnicos, como a perda de dados no upload para os sistemas VIDA+ e MAS, apontados pela equipe como entraves.

A planilha utilizada permitia a classificação automática dos pacientes, a definição da frequência das visitas e o alerta visual quando um atendimento estava em atraso, otimizando o controle e diminuindo os impactos de ausências ou dificuldades logísticas. Ainda assim, a falta de resposta sobre os fluxos de atenção domiciliar em Salvador e a inexistência de equipes multiprofissionais de apoio fragilizam o acompanhamento, sobretudo em casos de maior complexidade.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a reorganização das visitas, por meio da redistribuição das tarefas entre os profissionais, promoveu maior eficiência, ampliou a autonomia da enfermagem e qualificou o processo de trabalho. A literatura destaca que a sistematização dos registros e o uso de ferramentas estruturadas favorecem o planejamento, o monitoramento e a avaliação das visitas, contribuindo para a redução de demandas reprimidas, conforme apontado por diferentes autores²⁵.

A adoção do Prontuário Eletrônico e de planilhas digitais mostrou-se fundamental para garantir a continuidade do cuidado, minimizar perdas de informação e otimizar a comunicação entre profissionais. Tais achados dialogam com Savassi et al., que ressaltam que protocolos de classificação de risco demandam logística e dedicação multiprofissional, sendo sua sistematização essencial para a gestão da clínica e dos recursos no âmbito da Atenção Primária²¹.

A dificuldade enfrentada pela equipe em obter orientações sobre os fluxos municipais de atenção domiciliar evidencia lacunas institucionais relevantes. O Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde reforça que, na ausência de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), a USF é responsável por acompanhar todos os níveis de complexidade, o que reforça a importância dos registros clínicos e dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para sustentar esse processo²⁷.

Apesar dos avanços observados na qualificação dos registros pelos ACS, especialmente na classificação dos pacientes domiciliados, ainda persistem desafios relacionados às limitações tecnológicas, como perdas de dados no upload para os sistemas VIDA+ e MAS. O conjunto desses problemas é consistente com o que apontam autores que destacam que, embora os SIS otimizem a tomada de decisão, reduzam a sobrecarga burocrática e melhorem os fluxos de trabalho, sua efetividade depende de capacitação continuada, de estímulos

ao preenchimento qualificado e da interoperabilidade entre sistemas^{11, 26, 28}.

A sistematização também contribuiu para a qualificação da construção dos Planos Terapêuticos Singulares (PTS), ampliando a longitudinalidade do cuidado e facilitando a continuidade entre diferentes profissionais. Esse modelo reflete recomendações de diversos autores, que ressaltam as dificuldades de planejamento do AD na ESF e a tendência à centralização das ações nos ACS, muitas vezes sem ampla discussão com a equipe^{12,13}. A organização das visitas, apoiada pela tecnologia, trouxe ganhos para a vigilância em saúde e para a continuidade do cuidado, permitindo que as reuniões se concentrassem na qualificação da assistência, na educação permanente e na discussão de casos, tornando-se mais construtivas e pragmáticas.

CONCLUSÃO

A assistência domiciliar constitui uma estratégia fundamental para ampliar o acesso e garantir o cuidado às pessoas que não necessitam de hospitalização, mas requerem acompanhamento contínuo. Esse modelo possibilita uma morte mais digna em situações de terminalidade, a recuperação no domicílio de indivíduos em processo agudo com perda funcional e o envelhecimento assistido de pacientes com doenças crônicas e limitações de mobilidade. Sua estruturação reduz a distância entre o usuário e a Unidade de Saúde da Família (USF) e promove maior integralidade da atenção. No entanto, para que seja eficiente e eficaz, exige organização e planejamento adequados.

Em um cenário marcado pela informatização e pela difusão das tecnologias digitais, o uso de sistemas de informação e ferramentas eletrônicas (computadores, tablets e celulares) revela-se essencial para otimizar processos, reduzir atividades burocráticas e garantir a perenidade dos registros. Contudo, a tecnologia só cumpre esse papel se estiver alinhada às necessidades do serviço, for atualizada continuamente e contar com usuários capacitados e estimulados a sugerir melhorias. Caso contrário, tende a burocratizar os fluxos e comprometer a qualidade dos dados produzidos.

Este relato de experiência buscou compartilhar uma estratégia de organização e gestão da clínica no cuidado domiciliar a partir do uso de sistemas de informação. Observou-se que o uso do SIS contribui para qualificar o serviço, reduzir erros, otimizar a assistência e diminuir custos. Entretanto, ficou evidente a necessidade de que esses sistemas estejam adaptados à realidade local e que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) esteja estruturada para viabilizar sua plena utilização.

A experiência também demonstrou a relevância da tecnologia em momentos de crise, como na pandemia de COVID-19, quando a informatização favoreceu a continuidade dos trabalhos, o gerenciamento de agendas programáticas e a organização do cuidado, independentemente da presença de um profissional específico.

A análise dos dados do Sistema MAS permitiu concluir que a combinação entre tecnologia, qualificação dos usuários

e uso de softwares auxiliares fortalece a fidedignidade dos registros, promove um acompanhamento mais planejado e racionaliza o trabalho das equipes. Em 2020, o Ministério da Saúde lançou o novo Caderno de Atenção Domiciliar, que ampliou o conceito de paciente domiciliado, considerando não apenas aspectos clínicos, mas também fatores subjetivos, sociais e familiares, bem como as condições de transporte e vulnerabilidade socioeconômica²⁸. Essa abordagem ressalta o papel central do ACS na coleta de informações e reforça a necessidade de incorporar tais variáveis aos critérios de classificação dos pacientes.

Espera-se que este relato contribua para o aprimoramento de sistemas de informação, incorporando maior diversidade de informações que auxiliem no gerenciamento do cuidado e estimulem avanços no acompanhamento de grupos prioritários. É essencial que a tecnologia seja uma ferramenta de facilitação, e não de burocratização.

As principais limitações deste estudo decorrem de seu caráter descritivo e de ter sido realizado em uma única USF, o que restringe a generalização dos achados. A análise dependeu exclusivamente dos registros disponíveis nos sistemas MAS, VIDA+ e das planilhas digitais, sujeitos a perdas de informação e inconsistências relatadas pela própria equipe. Além disso, a experiência esteve fortemente vinculada à presença dos residentes e às condições organizacionais específicas do período, o que pode não se repetir em outros contextos.

Apesar disso, a sistematização proposta – baseada na classificação dos pacientes, na organização das visitas e no uso de ferramentas digitais acessíveis – apresenta potencial de replicação em outras unidades, desde que haja organização da equipe, espaços de planejamento e algum nível de informatização que permita a adaptação do modelo.

Diante desses achados, recomenda-se que gestores e equipes da Atenção Primária à Saúde invistam na qualificação do uso dos sistemas de informação, na adaptação das ferramentas tecnológicas às necessidades locais e na criação de rotinas de planejamento e monitoramento do cuidado domiciliar. Além disso, sugere-se que futuras pesquisas explorem a aplicação e a avaliação de ferramentas digitais na organização da assistência domiciliar em diferentes contextos da APS, de modo a ampliar as evidências sobre seu impacto na gestão do cuidado e na qualidade da assistência prestada aos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: Capítulo II da Seguridade Social [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [citado em 2020 set 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [citado em 2020 set 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 [citado em 2020 set 7]. Disponível em: <https://saude.gov.br>
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
7. Mendes EV. A atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 216 p.
8. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Cienc Saude Colet. 2018;23(6):1903-13.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 28 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
11. Coelho JZ. Produção de informações em saúde: planejamento e gestão das ações de saúde das equipes de estratégia da família [dissertação]. Teixeira de Freitas: Universidade Federal do Sul da Bahia; 2019. 87 f.
12. Chimbida GN, Medeiros VA. A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim. Sinapse Multipla. 2016; 5(2):73-86.
13. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(38): 1-12.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2026 jul 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

15. 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. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):e00099417.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 2020 set 7]. Disponível em: <https://saude.gov.br>
17. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.
18. Bender JD, Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. *Cienc Saude Colet*. 2024; 29(4): e11122023.
19. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud Pesqu Psicol*. 2019; 19(1): 223-37.
20. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Clin Epidemiol*. 2014; 67(1): 46-51.
21. Savassi LCM, Modesto AM, Santos TS, Camargo CA, Silva GA. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):151-7.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 2 v.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 2 v.
24. Savassi LCM, Jane JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho Savassi. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):179-85.
25. Pinheiro JV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Montenegro Jr RM. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1818.
26. Cavalcante RB, Silva PC, Ferreira MN. Sistema de informação em saúde: possibilidades e desafios. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(2):290-9.
27. Gutierrez MA. Sistemas de informação hospitalares: progressos e avanços. *J Health Inform*. 2011; 3(2):17-23.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 48 p.

ABSTRACT

Chronic conditions tend to evolve in a cycle of worsening symptoms that progressively reduces people's functionality, requiring care strategies that ensure continuity. Home care, as a substitute or complementary modality, allows interventions in the patient's environment and contributes to the comprehensiveness of care. Health Information Systems (HIS) play an essential role in organizing flows, supporting management, and improving the quality of health actions. This experience report describes the work of a Family Health Strategy team in a peripheral area of Northeast Brazil, which developed its own technological tool to improve the management of home care between April 2019 and December 2020. The initiative arose from the need to overcome limitations of the available official system, VIDA+, considered inadequate to meet local demands. The tool allowed for the classification of patients, the organization of clinical management, and the highlighting of weaknesses in the home care network of the municipality of Salvador. Computerization facilitated the management of the schedule, the continuity of actions, and easier access to information by care groups. During the Covid-19 pandemic, the use of technology proved even more relevant in supporting decision-making in a crisis context. Experience shows that information systems need to be adapted to the reality of services and that their effectiveness depends on a structured and integrated healthcare network.

Keywords: Home Care Services; Covid-19; Health Services Administration; Biomedical Technology; National Health Strategies.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas tienden a evolucionar en un ciclo de empeoramiento de los síntomas que reduce progresivamente la funcionalidad de las personas, lo que requiere estrategias de atención que garanticen la continuidad. La atención domiciliar, como modalidad sustitutiva o complementaria, permite intervenciones en el entorno del paciente y contribuye a la integralidad de la atención. Los Sistemas de Información en Salud (SIS) desempeñan un papel esencial en la organización de flujos, el apoyo a la gestión y la mejora de la calidad de las acciones de salud. Este informe de experiencia describe el trabajo de un equipo de la Estrategia de Salud Familiar en una zona periférica del noreste de Brasil, que desarrolló su propia herramienta tecnológica para mejorar la gestión de la atención domiciliar entre abril de 2019 y diciembre de 2020. La iniciativa surgió de la necesidad de superar las limitaciones del sistema oficial disponible, VIDA+, considerado inadecuado para satisfacer las demandas locales. La herramienta permitió la clasificación de pacientes, la organización de la gestión clínica y la identificación de las debilidades en la red de atención domiciliar del municipio de Salvador. La informatización facilitó la gestión de la agenda, la continuidad de las acciones y un acceso más fácil a la información por parte de los grupos de atención. Durante la pandemia de COVID-19, el uso de la tecnología resultó aún más relevante para apoyar la toma de decisiones en un contexto de crisis. La experiencia demuestra que los sistemas de información deben adaptarse a la realidad de los servicios y que su eficacia depende de una red sanitaria estructurada e integrada.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Covid-19; Administración de los Servicios de Salud; Tecnología Biomédica; Estrategias de Salud Nacionales.