

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Informações e registros em saúde:

uma proposta de instrumento de coleta de dados para as equipes de consultório na rua

Rio de Janeiro

2022

Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Informações e registros em saúde:

uma proposta de instrumento de coleta de dados para as equipes de consultório na rua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Angélica Baptista Silva.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Health information and records: a proposal for a data collection instrument for the street office teams.

Catlogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F383i Ferreira, Ana Luísa Pinho Pinto.
 Informações e registros em saúde: uma proposta de instrumento de
 coleta de dados para as equipes de consultório na rua / Ana Luísa
 Pinho Pinto Ferreira. -- 2022.
 95 f. : il. color. ; graf. ; mapas

 Orientadora: Angélica Baptista Silva.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

 1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Comunicação em Saúde.
 3. Coleta de Dados. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Estratégia
 Saúde da Família. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Informações e registros em saúde: uma proposta de instrumento de coleta de dados para as equipes de consultório na rua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 31 de maio de 2022.

Banca Examinadora:

Professor Doutor Francisco José Aragão Pedroza Cunha
Universidade Federal da Bahia - Instituto de Ciência da Informação

Professora Doutora Elyne Montenegro Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Professora Doutora Angélica Baptista Silva (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho à memória do meu tio Sandro; pelas tardes de domingo de contação de histórias e boas risadas que aliviavam a jornada.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha saúde, pelos momentos de sabedoria, de paciência e de lucidez, enfim, pela oportunidade de tornar esse produto possível.

Aos meus pais, Ivanilda e Odenyr, pelo amor e pelo exemplo de vida. À minha tia querida, Luzia, pelo cuidado comigo e com tantos outros. Ao meu irmão, Fernando, que mesmo de longe, sei que torce muito por mim. Contar com o apoio e com o cuidado de vocês sempre me ajuda a continuar.

Ao meu companheiro de vida, Lyverton. Aquele que ouve, que sugere, que ri e abraça. Tem muito de você nessa conquista, muito obrigada pela sua cumplicidade.

À minha orientadora, Angélica. A cada encontro virtual nascia uma relação de afeto, pautada em acolhimento, compreensão e muito aprendizado.

À coordenação e professores do MPAPS que, num dos momentos mais difíceis para transmitir o conhecimento, ocasionado pela pandemia da COVID-19, foram capazes de se reinventar, ouvindo e acolhendo a turma.

Aos colegas de turma do MPAPS, obrigada pela troca de experiência. Aos colegas do bonde da ENSP, que ajudaram a tornar tudo muito mais leve. Em especial, ao querido Hugo, obrigada pelas palavras de sempre e pelas figurinhas que tiravam risos nos dias mais difíceis.

Aos meus colegas da Fundação Estatal de Saúde de Niterói, povo aguerrido, que respira Atenção Básica. Agradeço a compreensão nos momentos de ausência e a troca de conhecimento diária. Vocês me inspiram.

Aos colegas que me ensinaram um tanto, ao longo desses anos trabalhando com Informação em Saúde. Paola, Monique, Carla, Amanda, Ana Paula e Daniel agradeço por compartilhar momentos de luta e glória, repleto de risadas inesquecíveis. Do SI para a vida.

Aos trabalhadores das equipes de Consultório na Rua. Agradeço a acolhida, a entrega e a disposição em produzir saúde nas ruas do nosso município.

RESUMO

Esta pesquisa buscou desenvolver um instrumento de coleta de dados com funcionalidades de registro em saúde voltadas ao trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR). Os objetivos específicos contemplaram: I. analisar os instrumentos de coleta de dados normatizados pela Estratégia e-Sus AB, direcionados ao trabalho das eCR; II. listar as práticas de trabalho do Consultório na Rua a fim de criar campos de registros necessários ao trabalho de coleta de dados e monitoramento dessas equipes e III. sistematizar o instrumento de apoio para a coleta de dados voltado ao fortalecimento do trabalho das eCR. Tratou-se de uma pesquisa de cunho qualitativo que teve como campo de estudo o Consultório na Rua do Município de Niterói/RJ. Foi realizada a revisão da literatura e de normativas específicas; além de grupo focal com os profissionais pertencentes às eCR. Optou-se pela análise de conteúdo, considerando as seguintes categorias: Infraestrutura de trabalho das eCR; Práticas de trabalho das eCR e Fluxos e processos de informação das eCR. O grupo de pesquisa foi composto por 10 profissionais, sendo a maioria do sexo feminino, pretos ou pardos, acima dos 30 anos de idade e com algum nível de formação complementar na área da saúde; 90% dos profissionais referiram experiência prévia na atenção básica e a média de tempo de atuação no CnR foi de 3 anos e meio. Foi possível identificar condições insatisfatórias de infraestrutura, com espaço físico inapropriado para as ações em saúde, ausência ou insuficiência de equipamentos que dão apoio ao processo informacional, além da conectividade precária de internet. A utilização de carro adaptado para atendimento móvel, foi um ponto em potencial. No sentido das práticas em saúde, o reconhecimento da dinâmica do território foi tido como algo fundamental para o processo de cuidado da população em situação de rua. As atividades individuais e visitas aos abrigos e espaços de relação na rua apresentaram-se como ações rotineiras; ratificou-se a importância das eCR como pontos de articulação nos diversos espaços de atenção, principalmente, devido à dificuldade de acesso dos usuários em situação de rua. Evidenciaram-se barreiras à instituição da informação como ferramenta estratégica ao processo de cuidado, tais como: ausência de instrumentos com uma lógica de padronização dos campos de registros; múltiplos fluxos de registros; utilização dos telefones pessoais, como meio preconizado para a troca das informações em saúde. O instrumento de coleta de dados, produto dessa pesquisa, apresentou campos para facilitar a consolidação das informações e voltados ao registro qualitativo de informações específicas. Essa configuração possibilita ações de monitoramento, que vão desde o reconhecimento do perfil da população e mapeamento dinâmico do território de atuação até o acompanhamento do cuidado a partir de indicadores de desempenho. As

reflexões apresentadas visam suscitar a adoção de instrumentos de registros pautados no reconhecimento das complexidades da população, com o objetivo de potencializar o campo da informação no SUS, em prol da garantia de direitos, da equidade e da integralidade do cuidado da população em situação de rua.

Palavras-Chave: pessoas em situação de rua; informação em saúde; coleta de dados; equipe de saúde.

ABSTRACT

This research sought to develop a data collection instrument with health record functionalities aimed at the work of street office teams (tSO). The specific objectives contemplated: I. analyzing the data collection instruments standardized by the e-Sus AB Strategy, directed to the work of the tSO; II. list the work practices of the street office teams in order to create fields of records necessary for the work of data collection and monitoring of these teams and III. to systematize the support instrument for data collection aimed at strengthening the work of the tSO. It was a qualitative research that had as its field of study the street office teams the Niterói city/Rio de Janeiro. A review of the literature and specific regulations was carried out; in addition to a focus group with professionals belonging to the tSO. Content analysis was chosen, considering the following categories: tSO work infrastructure; tSO work practices and tSO information flows and processes. The research group was composed of 10 professionals, most of them female, black or brown, over 30 years of age and with some level of complementary training in the health area; 90% of professionals reported previous experience in primary care and the average time working in the street office teams was 3 and a half years. It was possible to identify unsatisfactory conditions of infrastructure, with inappropriate physical space for health actions, absence or insufficiency of equipment that support the informational process, in addition to poor internet connectivity. The use of a car adapted for mobile service was a potential point. In the sense of health practices, the recognition of the dynamics of the territory was seen as fundamental for the process of caring for the homeless population. Individual activities and visits to shelters and spaces of relationship on the street were routine actions; the importance of tSO as points of articulation in the different spaces of care was confirmed, mainly due to the difficulty of access for users living on the streets. Barriers to the institution of information as a strategic tool for the care process were evidenced, such as: absence of instruments with a logic of standardization of the fields of records; multiple streams of records; use of personal telephones as a recommended means of exchanging health information. The data collection instrument, product of this research, presented fields to facilitate the consolidation of information and aimed at the qualitative recording of specific information. This configuration enables monitoring actions, which range from the recognition of the population's profile and dynamic mapping of the territory of operation to the monitoring of care based on performance indicators. The reflections presented aim to encourage the adoption of recording instruments based on the recognition of the complexities of the population, with the objective of enhancing the field of information in the

Health Unic System, in favor of guaranteeing rights, equity and comprehensive care for the homeless population.

Keywords: homeless persons; health information; data collection; health team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do Município de Niterói/RJ por bairros e regiões de planejamento.....	18
Figura 2	Mapa da Rede de Saúde de Niterói.....	21
Quadro 1	Recomendações dos relatórios finais do Grupo Técnico de Informação em Saúde e da Comissão Especial no 27/ Informática em Saúde.....	30
Quadro 2	Marcos sobre a PNIIS no Brasil, a partir da primeira proposta publicada em 2004.....	36
Quadro 3	Modalidades de atuação das eCR.....	40
Quadro 4	Roteiro semiestruturado para elaboração do grupo focal.....	46
Quadro 5	Categorias analíticas da pesquisa.....	47
Gráfico 1	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo categoria profissional, Niterói, 2021.....	49
Gráfico 2	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo nível de formação complementar, Niterói, 2021.....	50
Gráfico 3	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo tempo de atuação no Consultório na Rua, Niterói, 2021.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Cartão Nacional do SUS
CTIIS	Comitê Tripartite de Informação e Informática em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
eCR	equipes de Consultório na Rua
e-Gestor AB	e-Gestor Atenção Básica
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia e-Sus Atenção Básica
FeSaúde	Fundação Estatal de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTISP	Grupo Técnico Informações em Saúde e População
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
Pasep	Programa de Assistência ao Servidor Público
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário eletrônico do paciente
PIS	Programa de Integração Social
PMF	Programa Médico da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PSR	População em situação de rua
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNIS	Rede Nacional de Informações em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema Nacional de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO.....	18
4	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	24
4.1	GERAL.....	24
4.2	ESPECÍFICOS.....	24
5	PANORAMA CONCEITUAL.....	25
5.1	CONCEITOS E USOS DA INFORMAÇÃO E DOS REGISTROS EM SAÚDE.....	25
5.2	POLÍTICA NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: MARCOS HISTÓRICOS.....	27
5.3	DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA À INSTITUIÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA.....	37
5.4	A ESTRATÉGIA e-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUA INTERFACE COM AS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA.....	42
6	PROPOSTA METODOLÓGICA.....	45
7	RESULTADOS.....	49
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
7.2	CARACTERIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES DO GRUPO FOCAL.....	51
7.2.1	Infraestrutura de trabalho das eCR.....	51
7.2.2	Práticas de trabalho das eCR.....	53
7.2.3	Fluxos e processos de informação das eCR.....	56
8	DISCUSSÃO.....	61
9	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	72
10	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
	ANEXO A – FICHA CDS DE CADASTRO INDIVIDUAL.....	92
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	94

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm-se observado o aumento da população em situação de rua (PSR) no Brasil, estimando-se num total de 221.869 pessoas vivendo nessa situação, sendo que grande parte delas, concentram-se nas grandes cidades e é justamente nessas em que se observa uma taxa de crescimento maior (NATALINO, 2020). Dados de pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, apontam um número total de 7.272 pessoas vivendo em situação de rua, sendo 81% do sexo masculino, com maior concentração na região do centro da cidade. A pesquisa destaca que 752 pessoas foram para as ruas em função da pandemia da COVID-19 - doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto, que registrou seu primeiro caso na cidade em março de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2020). Embora seja reconhecidamente um número expressivo, é importante ressaltar que a projeção para o total de pessoas em situação de rua no país pode estar subestimada considerando que essa população é excluída dos grandes censos demográficos nacionais, fazendo com que as informações sobre a magnitude de suas condições de vida sejam escassas, fragmentadas e desatualizadas, impactando no monitoramento, avaliação e na tomada de decisão de intervenções específicas (ENGSTROM ET AL, 2019).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua considera essa população como um grupo heterogêneo que tem como características comuns a extrema pobreza e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que utilizam vias públicas como espaço de moradia e sustento, bem como os estabelecimentos de acolhimento (como abrigos) para pernoite ou moradias provisórias (BRASIL, 2009).

Para lidar de forma mais qualificada com todas essas complexidades que influenciam direta ou indiretamente na saúde dessa população, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 instituiu as equipes de Consultório na Rua (eCR). A Atenção Básica se caracteriza como eixo estruturante do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo considerada a porta de entrada preferencial do sistema e responsável pela coordenação do cuidado e das ações e serviços disponibilizados na rede. Engloba um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas através da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde que possibilita intervenções mais oportunas nas situações específicas (BRASIL, 2017).

Considerando isto, toda equipe de Atenção Básica deve prestar atenção à saúde de populações específicas. No entanto, pode-se dispor de equipes adicionais, desta forma, as eCR são consideradas equipes de atenção básica voltadas para o cuidado de populações específicas, de composição multiprofissional, com o objetivo de ampliar o acesso e prestar atenção integral à saúde da PSR, de forma itinerante (BRASIL, 2011). Suas ações devem ser articuladas e em

parceria com as demais equipes de atenção básica do território, bem como com outros equipamentos da rede de atenção à saúde e da rede intersetorial. Dentre as atribuições dos profissionais das equipes, estão o registro e a alimentação dos dados de saúde no Sistema Nacional de Informação da Atenção Básica (SISAB), com vistas a subsidiar o planejamento e avaliação dos serviços, bem como a investigação clínica e epidemiológica (BRASIL, 2017). Importante salientar que, a complexidade do trabalho das eCR sugere a adoção de modelos de atenção à saúde centrados numa visão ampliada de cuidado, considerando as especificidades dessa população. Dessa forma, a adoção de protocolos e instrumentos relacionados à informação em saúde também devem estar adequados a essa realidade.

Contudo, a prática de informação em saúde no Brasil ainda é um fator limitante para o avanço SUS, pois os discursos que a envolvem ainda são estanques, desconexos da realidade e restritos a alguns grupos, fazendo com que o aparato técnico ganhe prioridade sobre os aspectos de conteúdo (CAVALCANTE E PINHEIRO, 2011).

Neste contexto, os sistemas de informação em saúde (SIS) são considerados um conjunto de elementos articulados, ligados a coleta, armazenamento e processamento de dados, com o objetivo de transformar dados em informação (COELI ET AL, 2009). Ao longo dos 30 anos de implementação do SUS, diversos sistemas foram desenvolvidos, voltados a subsidiar desde a geração de informações clínicas, epidemiológicas, de vigilância, planejamento até a gestão da saúde (ENGSTROM, 2020). Apesar do objetivo de melhorar a qualidade das informações em saúde, utilizando-se até mesmo de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) não foi possível superar problemas como a multiplicidade, a fragmentação e a baixa integração entre os SIS. Neto e Chioro (2020) apontam que tais problemas refletem a própria dificuldade de integração das políticas públicas de saúde que, historicamente, passaram por forte segregação entre as estruturas de assistência médico-hospitalar, previdenciária, as políticas de vigilância a saúde e as ações programáticas focadas em grupos populacionais específicos. Essa realidade gera retrabalho incessante aos profissionais dos serviços de saúde, com inúmeras interfaces de coleta de dados e que dificilmente serão capazes de gerar devolutivas necessárias ao monitoramento das equipes.

Com o passar dos anos, ações nacionais têm sido aplicadas para a formulação de políticas de informação em saúde, uma delas, voltada à informação e registros em saúde na Atenção Básica, é a Estratégia e-Sus Atenção Básica (e-SUS AB), de 2013. Tal estratégia tem como objetivo reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica, reduzindo a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação; tendo o SISAB como sistema que garante o armazenamento e a organização individualizada dos dados captados nas unidades de

saúde. Conforme preconizado pela PNAB, as eCR se inserem nesse cenário a partir da obrigatoriedade de alimentação dos dados coletados no SISAB.

Considerando o exposto, cabe investigar alguns aspectos, como por exemplo em que medida a estratégia e-Sus AB, por meio dos seus instrumentos de coleta de dados, orienta e potencializa o trabalho de registro e monitoramento em saúde das eCR? Quais funcionalidades de registro e instrumentos de monitoramento seriam necessárias para o trabalho dessas equipes? Parte-se da premissa de que os instrumentos de coleta de dados, sejam aqueles relacionados ao cadastro da PSR ou aqueles relacionados ao acompanhamento longitudinal do cuidado, preconizados pela estratégia e-Sus AB, embora apresentem campos específicos para registro relacionado à PSR; não dão conta de adequar as necessidades específicas dessa população. Tal situação gera descontinuidade dos processos de informação, já que dificulta a identificação do perfil dessa população, bem como não permite conhecer os indicadores de saúde, fundamentais para subsidiar o planejamento e monitoramento do trabalho dessas equipes.

2. JUSTIFICATIVA

O campo da informação e registros em saúde tem permeado o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, desde o nível administrativo, assistencial até a gestão e regulação dos serviços. Há consenso sobre a importância estratégica das informações no apoio ao reconhecimento da realidade dos territórios sanitários, contribuindo para a tomada de decisão nos diversos níveis do sistema, considerando, ainda, a necessidade de transparência e a cessão de informações ao controle social.

A complexidade inerente ao processo de produção de saúde nos territórios por si só já representa um enorme desafio para a gestão da Saúde Coletiva, especificamente para o trabalho das equipes no nível primário de atenção. Os processos de informação e instrumentos de registros em saúde devem ser pautados no reconhecimento dessas complexidades de forma a potencializar o campo da Informação em Saúde como algo que venha a contribuir para a garantia do direito à saúde.

Por estes motivos, esta pesquisa tem como tema central o registro em informação em saúde das eCR, tendo como objeto de investigação a relação dos registros em saúde e o trabalho dessas equipes.

Para além de fomentar a discussão em torno dos registros de saúde das eCR, o interesse pelo assunto surge a partir da minha experiência de trabalho como analista de informação de uma das áreas de planejamento em saúde do município do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2019. Essa área contava com inúmeras equipes de Saúde da Família (eSF) e 1 eCR, responsável pelo território de Acari. Essa “distância” numérica, associada às prioridades de planejamento dos diversos níveis de gestão, fazia com que as questões e demandas de informação em saúde relacionadas ao trabalho das eCR ficassem sempre em segundo plano de discussão. As dúvidas dos profissionais referentes às contradições entre suas atividades e os processos de informação da área (incluindo os instrumentos de registros priorizados), associadas às dificuldades de fazer uma gestão do cuidado ancorada nas análises dos dados locais, eram questões comumente presentes nos escassos encontros com a equipe e que, quase sempre, ficavam sem um retorno satisfatório. Atualmente, como Gerente de Gestão da Informação, da Fundação Estatal de Saúde (FeSaúde), do município de Niterói, no Rio de Janeiro - campo escolhido para esse estudo, o interesse pelo assunto ressurgiu com o objetivo de criar meios de subsidiar a coleta e análise dos dados de saúde dessas equipes.

Para além dessas questões, cabe lembrar a necessidade do registro e alimentação dos dados de saúde pelas eCR no SISAB, sendo dentre outros objetivos, uma das formas de

comprovação e acompanhamento das ações produzidas nos territórios de atuação das equipes. Com a mudança da regra de financiamento, atualmente pautada pelo Programa Previnir Brasil, os dados de cadastros e acompanhamento das ações de saúde das equipes de atenção básica serão considerados para o repasse do custeio federal aos municípios. Essa nova forma de repasse financeiro representa um grande desafio para os municípios e, conseqüentemente, para o monitoramento dos dados produzidos pelas eCR pois traz à tona a necessidade de reavaliação dos processos de informação em saúde estabelecidos localmente.

organização tinha como grande objetivo subsidiar o planejamento das ações em saúde a partir das necessidades locais, através da articulação intersetorial e da reorganização dos serviços, com vistas à eficácia e à equidade. Esta experiência da descentralização foi uma das pioneiras no país.

A partir do fim da década de 1970 e início dos anos 1980, o município organizou um levantamento das áreas mais carentes da cidade, em termos socioeconômicos, territoriais e de equipamentos de saúde, por meio de entrevistas com diversas lideranças comunitárias. Como resultado, foi elaborado o Plano de Ação 77-80, que se pautava, dentre outras diretrizes, na regionalização e hierarquização dos serviços, no aumento da cobertura, na coordenação interinstitucional, na participação comunitária, na integralidade da atenção à saúde e no financiamento multilateral. Como grandes pilares, pautava-se na construção de novas unidades de saúde e no treinamento e capacitação dos profissionais. Desta forma, em 1977, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu quatro Cursos de Agentes de Saúde Pública em articulação com as Associações de Moradores e lideranças locais, visando formar pessoas das comunidades para trabalhar nas unidades básicas de saúde (FESAÚDE, 2020).

Ao final da década de 1980, o município encontrava-se envolvido nas discussões da Reforma Sanitária e nas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e buscava estratégias para a reorganização do seu modelo assistencial e para a melhoria dos seus indicadores de saúde. Nesse período, Niterói contava com treze unidades municipais de saúde e três serviços de pronto atendimento, que dividiam o atendimento de emergência do município com o Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, já importante serviço de saúde pública da cidade. Em 1989, foi criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, a fim dar suporte às novas atribuições oriundas do processo de municipalização, com certo grau de autonomia (FESAÚDE, 2020).

No início dos anos 1990, a partir de uma visita de membros do governo municipal à Cuba, firmou-se um convênio internacional de cooperação técnica, com a finalidade de elaborar uma proposta de adaptação do modelo do Médico de Família cubano à realidade brasileira. Assim, em 1992, Niterói implantou o Programa Médico da Família (PMF) como modelo de atenção à saúde na perspectiva de expandir as ações para as áreas de maior vulnerabilidade sanitária, econômica e epidemiológica da cidade (FESAÚDE, 2020).

A partir de então, o município foi dividido em distritos sanitários, de maneira que a coordenação da rede de saúde fosse planejada a partir das policlínicas. As Associações de Moradores passaram a ser cogestoras do PMF junto à Prefeitura (Decreto Legislativo nº 17/92 – DO RJ, de 16 de agosto de 1992), sendo responsáveis pela contratação de recursos humanos

- pagamento por repasse de verbas do município para este fim e contratos de trabalho por tempo determinado. Nesse formato, a Prefeitura ficou com a responsabilidade técnica, a seleção dos profissionais e o financiamento (FESAÚDE, 2020).

Para a implantação inicial do PMF, foi realizado um mapeamento das áreas de risco social e epidemiológico, concluindo que 120 mil pessoas moravam nessas áreas (cerca de 27% da população total do município). Esse diagnóstico subsidiou a escolha dos locais prioritários para a implantação dos módulos do PMF (FESAÚDE, 2020).

Na proposta original do PMF, a equipe de trabalho era constituída por um médico generalista e um técnico de enfermagem, com carga horária de 40 horas semanais, sendo 20 horas no atendimento individual; 16 horas em atividades de campo, como visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação em saúde, e 4 horas para a educação continuada. A equipe realizava o cadastramento dos moradores de cada setor (delimitados geograficamente) por meio de prontuários individuais e familiares. Nessa lógica de trabalho, o PMF de Niterói foi um dos pioneiros na abordagem familiar, servindo de referência para o Programa de Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde (MS) (FESAÚDE, 2020).

As atividades no PMF iniciaram-se com 3 módulos e 10 equipes, atendendo a 10.640 pessoas. De 1992 a 2000, o município implementou 27 módulos e 74 equipes, atendendo cerca de 64.000 pessoas, o que representava 53% da população priorizada e uma cobertura de 14% da população total de Niterói. A partir de 2009, o PMF reestruturou a composição mínima de suas equipes, adicionando um enfermeiro para cada duas equipes e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em cada equipe. Importante mencionar que, essa mudança na conformação da equipe pode ser justificada pela necessidade do município em se adequar ao modelo preconizado de Saúde da Família, do Ministério da Saúde, reforçado a partir da instituição da Política Nacional de Atenção Básica nos anos 2000. Contudo, as atribuições do profissional enfermeiro nas equipes não eram necessariamente especificadas naquele momento (FESAÚDE, 2020).

Com o passar dos anos, o modelo de cogestão com as Associações de Moradores veio sendo fortemente questionado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. A solução para viabilizar a continuação do programa foi a implementação de uma Fundação Estatal de Saúde - FeSaúde (FESAÚDE, 2020).

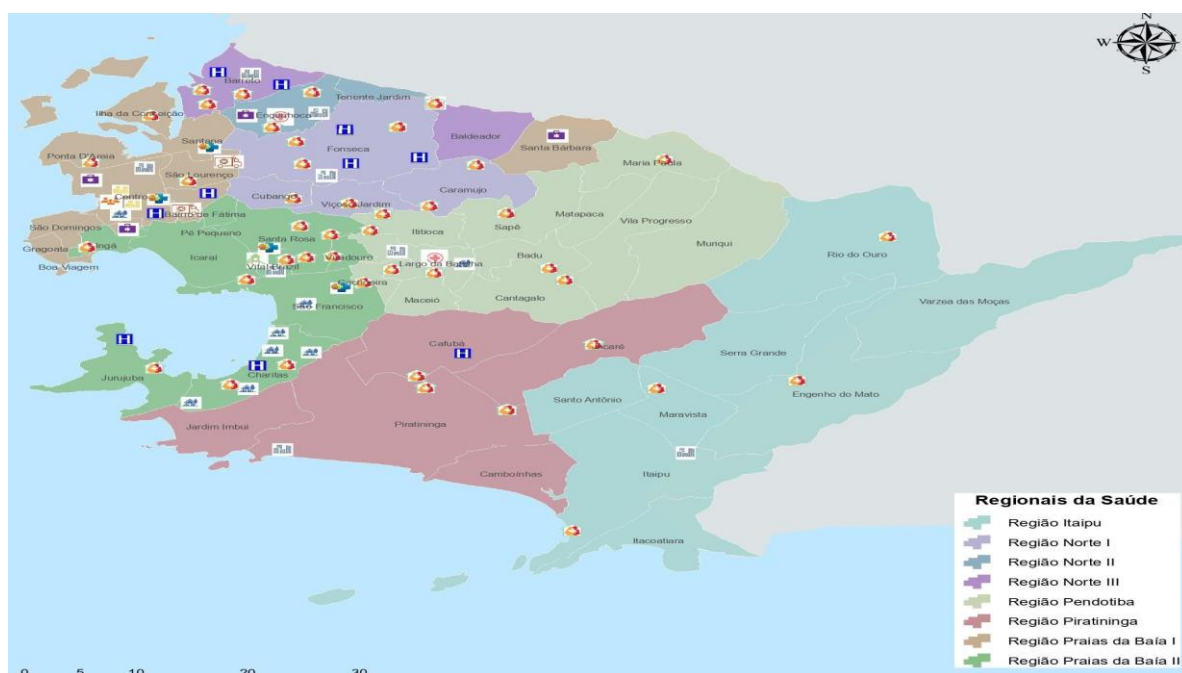
Por força do Decreto Municipal nº 13.323/2019, a FeSaúde foi então criada, no ano de 2019. Esse processo, no entanto, teve início quatro anos antes, com a publicação da Lei Municipal nº 3.133, de 13/04/2015, que autorizou a atuação da fundação vinculada ao poder municipal. Integrante da administração indireta da Prefeitura de Niterói, ligada diretamente à

Secretaria Municipal de Saúde, a FeSaúde é uma entidade pública, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado. Esse modelo se apresenta como uma solução jurídico-administrativa e sanitária para o desenvolvimento da atenção à saúde no município, com vistas a desenvolver, no âmbito do SUS, ações e serviços de atenção à saúde, no PMF e na Saúde Mental, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa, em consonância com as diretrizes e políticas públicas de saúde da Prefeitura de Niterói, do Estado do Rio de Janeiro e da União (NITERÓI, 2019).

Atualmente, a Rede de Atenção Básica à Saúde de Niterói está organizada de forma regionalizada e hierarquizada, sendo constituída por 102 módulos de médico de família (equipes de saúde da família) e 26 equipes de saúde bucal, 5 unidades básica de saúde, 2 equipes de Consultório de Rua e 5 Núcleos Ampliados de Saúde da Família, contando ainda com 7 policlínicas regionais, 2 policlínicas de especialidades, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Serviços de Pronto Atendimento, 7 hospitais, 1 maternidade, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Vide Figura II.

Somente ao final da primeira década dos anos 2000, o Consultório na Rua (CnR) tal como serviço de saúde, se insere na cena no município, a partir da implementação de um projeto piloto (FESAÚDE, 2020). Atualmente, o município possui equipes ativas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) desde 2014, sendo a mais recente, com data de ativação do ano de 2019.

Figura 2. Mapa da Rede de Saúde de Niterói/RJ.



Fonte: FESAÚDE, 2021.

Estudo municipal, elaborado a partir dos dados do sistema de informação do Cadastro Único (CadÚnico)¹ do Governo Federal, relativos ao mês de setembro de 2021, apontam 584 pessoas em situação de rua na cidade de Niterói. Destas, a maioria é do sexo masculino (86,9%, correspondendo a um total de 499 homens) e na faixa etária adulta da população. Segundo critério raça/cor, 75,5% se referem como pretos ou pardos. Observou-se ainda que 28,77% (166 pessoas) é natural da cidade de Niterói, seguido dos municípios vizinhos: Rio de Janeiro com 92 pessoas (15,9%) e São Gonçalo com 83 pessoas (14,3%). Levando em consideração a escolaridade, foi possível verificar uma porcentagem expressiva que cursou até o ensino fundamental (25,2%), seguido por aqueles que cursaram até o ensino médio, 24,83%. Foi identificado que 15,9% possuem um ou mais tipos de deficiência (visual, auditiva, física ou mental), destacando-se o elevado percentual de pessoas com deficiência mental (53,7%). Em relação aos motivos pelos quais a pessoa cadastrada passou a morar na rua, o desemprego, problemas familiares/companheiro(a) e a perda de moradia estiveram entre as respostas mais comumente contempladas entre homens e mulheres (NITERÓI, 2021).

No que se refere ao tempo em situação de rua, o estudo revela que, do total da população cadastrada, metade (292 pessoas) se encontra nessa condição há menos de um ano. Esses achados vão ao encontro de informações de outras realidades, como na cidade de São Paulo, onde nos últimos dois anos, a PSR cresceu em 31%, destacando ainda que 18 em cada 100 pessoas vivem há menos de um ano nas ruas (NITERÓI, 2021).

O Centro de Referência da População em Situação de Rua mostra-se a principal referência institucional para esta população, de acordo com estudo elaborado pela Prefeitura de Niterói. Um dos pontos que mais chama atenção é a ausência do Consultório na Rua como uma das alternativas de resposta para esta questão. A estratégia Consultório na Rua, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde². Desta forma, os achados dessa pesquisa podem suscitar discussões locais pertinentes, melhorar a articulação entre os equipamentos assistenciais e a qualidade dos instrumentos de cadastro (NITERÓI, 2021).

De forma geral, a região central da cidade é a área com maior concentração de população em situação de rua na cidade (região de entrada/saída da cidade), comporta o maior dinamismo,

¹Instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, de uso obrigatório para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal. A PSR, mesmo com ausência de endereço de moradia, tem a sua inclusão no Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚnico), permitindo o acesso a benefícios assistenciais.

²Assunto será detalhado no título 2.3. Da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família à Instituição das Equipes de Consultório na Rua.

diversidade e intensidade de fluxos, o que demanda da gestão local diferentes estratégias e planos de intervenção focalizados. Mesmo sabendo que se trata de uma população que se desloca, conhecer melhor a sua ocupação e seu movimento no espaço urbano, mapeando logradouros de pernoite, de trabalho e de permanência podem apoiar a organização de políticas públicas dirigidas ao cuidado da população. Nesse sentido, o município instituiu como uma das metas do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) a implantação do monitoramento desta população a partir de formulários de campo georreferenciáveis, que serão utilizados nas abordagens do CnR (NITERÓI, 2021).

Com relação às informações de acompanhamento de saúde dessa população, dados do SISAB, do mês de dezembro de 2021, apontam 523 pessoas cadastradas nas duas equipes de Consultório na Rua ativas no município, número próximo ao total de PSR com cadastro ativo no CadÚnico. Embora o SISAB permita a exportação de relatórios com dados relacionados à situação vacinal, problemas/condições de saúde avaliadas e condutas registradas, aleitamento materno, e atendimento odontológico, não foram encontrados dados regulares e suficientes acerca do acompanhamento das condições de saúde dessa população. Diante disso, no momento em que essa pesquisa foi realizada, subentendeu-se que o registro eletrônico de dados das equipes do CnR estava restrito ao cadastro dessa população.

Considerando o cenário de estudo apresentado, com vistas a apoiar as ações das eCR e conseqüentemente, qualificar a informação gerada a partir do trabalho dessas equipes; cabe investigar os instrumentos de registros preconizados e utilizados pelos profissionais, visando a construção de processos que possibilitem, de forma efetiva, o reconhecimento do perfil da PSR, bem como o monitoramento dos indicadores, aspectos relevantes para a condução das ações e o planejamento das políticas públicas de saúde.

4. OBJETIVOS DA PESQUISA

4.1. GERAL

Desenvolver um instrumento de coleta de dados em saúde voltados ao trabalho das equipes de Consultório na Rua do Município de Niterói, RJ.

4.2. ESPECÍFICOS

- Analisar os instrumentos de coleta de dados normatizados pela Estratégia e-Sus AB, direcionados ao trabalho das eCR;
- Listar as práticas de trabalho do Consultório na Rua a fim de criar campos de registros necessários ao trabalho de coleta de dados e monitoramento dessas equipes;
- Sistematizar o instrumento de apoio para a coleta de dados voltado ao fortalecimento do trabalho das eCR.

5. PANORAMA CONCEITUAL

5.1. CONCEITOS E USOS DA INFORMAÇÃO E DOS REGISTROS EM SAÚDE

O conceito de informação e registros em saúde varia conforme o tempo e o lugar e ainda, pode ser influenciado pelas noções do processo saúde-doença e pelos interesses de quem tenha o poder de decisão. Sharapin e Leandro (2020) apontam que informação pode ser entendida como a representação de algo, enquanto a ideia de registro vai além do ato de assinalar por escrito, compreendendo a materialização de uma visão, afirmando que ambos estão diretamente relacionados à necessidade de registrar e conhecer a situação de saúde a partir de um conjunto de elementos brutos (dados), considerados a matéria-prima da informação.

Moraes (1994) afirma que a informação é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, com potencial de alterar o conhecimento, complementando que sua utilidade está relacionada ao apoio de uma ação. Moreno et al (2009) apontam que está intrínseco à informação seu potencial de fabricação, desenho (projeto) ou concepção de algo, a partir de um caráter multidimensional, que pode trazer subsídios diversos para o setor saúde, seja na administração, na assistência, no controle e avaliação, no orçamento e finanças, no planejamento, nos recursos humanos, na regulação, na saúde suplementar, no geoprocessamento em saúde e na vigilância.

Branco (2006) coloca que a informação oscila entre duas tendências: uma mais voltada aos aspectos técnicos e tecnológicos e outra privilegiando seu contorno político, econômico e social. A ênfase no contexto técnico tem como foco os processos de produção e recuperação da informação, fortemente vinculados ao desenvolvimento tecnológico. Relaciona a informação a partir do conceito de sistema, tendo em comum a ideia de produção de conhecimento, focada no sujeito, onde o potencial informativo está relacionado à identificação das características, preferências e necessidades dos prováveis interessados. Como crítica, a autora aponta que técnicos e especialistas se tornaram intérpretes das necessidades dos usuários da informação, sendo esses deixados de fora do processo.

Relacionando a um espectro mais abrangente, a compreensão da informação a partir de sua dimensão política, econômica, histórica e social é apreendida como fator de mudança, considerando a produção da informação como interatividade entre sujeitos. Para que a informação seja acessível é necessário promover não apenas os recursos operacionais, mas também necessita haver convergência entre o contexto político, econômico, cultural e social, no qual encontram-se inseridos os interlocutores, o conteúdo a ser informado e as condições de apresentação (BRANCO, 2006). Corroborando com tal concepção, Moreno et al (2009)

atentam que a informação em saúde, separada de uma política nacional de informação e informática na saúde que prime pelo controle social e pela utilização ética e fidedigna de dados, não é mais do que uma expressão vazia, servindo também, à disseminação de equívocos e de produtos de manipulação indevida dos dados em saúde.

Diante disto, há que se refletir acerca da importância e do uso das informações e registros nos serviços de saúde. No âmbito da gestão, a informação pode ser caracterizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, subsidiando o planejamento e políticas de saúde, bem como destacando sua importância para a produção de conhecimento e do controle social, através da identificação dos problemas individuais e coletivos da realidade sanitária da população, além de propiciar elementos para análise da situação e para a definição das prioridades, fazendo uso dessas informações na construção de diálogos com a sociedade (CARVALHO, 2009).

Como contribuição ao cuidado em saúde, Sharapin e Leandro (2020) convergem com Moraes (1994) ao afirmarem que a informação é útil quando apoia uma ação, reduzindo as incertezas e possibilitando qualificar o atendimento prestado pelas equipes de saúde, à medida que elas dispõem de um conjunto de dados. Esses dados, registrados adequadamente, podem estar relacionados às características dos usuários, suas histórias e razões que os levaram a procurar o serviço de saúde, além de, resultados de exames clínicos, radiológicos e laboratoriais, por exemplo. Para ademais, dados relacionados às atividades administrativas também estão presentes nos serviços, apoiando o processo de informação - considerando sua dinamicidade e articulação entre os setores – a partir do monitoramento e avaliação em saúde. Esses dados se fazem presentes no processo de faturamento dos procedimentos realizados; de aquisição, distribuição e armazenamento de materiais e insumos, por exemplo.

Embora os serviços contribuam com uma forte produção de dados em saúde, o que se observa é ainda um baixo uso das informações como instrumento de subsídio para o planejamento, monitoramento e tomada de decisão das intervenções. Algumas causas apontadas giram em torno da dificuldade de acesso e do tratamento dos dados existentes, de forma rotineira; da baixa incorporação das TICs e da visão limitada que reduz a informação a mera entrada de dados nos sistemas e a informática ao cuidado de equipamentos. Complementado, o que se verifica é que a práxis informacional em saúde ainda se encontra fundamentada no modelo biomédico hegemônico, onde se valoriza a doença em detrimento do sujeito (CAVALCANTE e PINHEIRO, 2011), desencadeando em tomadas de decisões fragmentadas e unidirecionais. Tal prática se reflete ainda nos sistemas de informação em

saúde, caracterizando-os como expressões da fragmentação institucional³ ao longo dos anos (MORAES, 1994). Muitas das vezes, diante dessa realidade, a informação pode representar um problema para as instituições, ao assumir um papel desagregador, já que os atores envolvidos nos processos passam a obter uma informação que não utilizam e quando é usada, é apenas como instrumento de controle, reduzindo-a à noção de competência e/ou poder, abandonando a dimensão da interlocução (BRANCO, 2006).

Outro ponto a ser discutido no uso das informações em saúde, diz respeito às inovações e incorporações tecnológicas que, embora possam trazer mudanças importantes nos processos de trabalho da área de informação e registros em saúde, apontam para a necessidade de não incorrer na “valorização do imperativo tecnológico, como soluções para os problemas informacionais” (CAVALCANTE E PINHEIRO, 2011). Nesse sentido, verifica-se que o setor público tem se constituído como um mercado potente para as empresas de TICs em saúde, em virtude das suas possibilidades de aquisição de produtos e soluções. Essa situação, tal como aponta Moraes (1994), alimenta interesses corporativistas, governamentais, acadêmicos e que, muitas das vezes, não atendem aos interesses públicos. Deve-se atentar para discussões técnicas que compreendam a gestão da informação em saúde no país para além do aparato tecnológico possível, evitando a incorporação desmedida e não-fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS.

Com o intuito de superar tal realidade e de fortalecer uma cultura institucional na área de informação, deve-se promover a formação de profissionais que tenham como objeto de trabalho as informações e os registros em saúde, com capacidade para coletar, registrar, codificar e armazenar dados, construir indicadores de saúde, gerar relatórios, analisar e disseminar informações, com vistas a contribuir para a integração dos dados clínicos, administrativos e epidemiológicos, potencializando o uso das informações no SUS (SHARAPIN e LEANDRO, 2020).

5.2. POLÍTICA NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: MARCOS HISTÓRICOS

Uma política de informação pode ser definida como:

um regime de informação estabelecido como qualquer sistema ou rede mais ou menos estável, no qual a informação flui por meio de determinados canais – de produtores específicos, via estruturas organizacionais específicas, a consumidores ou usuários específicos; direcionando as práticas informacionais em contextos diferenciados. (CARVALHO et al, 2015, p. 961).

³Assunto abordado no título 5.2. Política Nacional de Informação em Saúde: Marcos Históricos.

Moraes (1994) complementa que uma política de informação aponta para a existência de uma diversidade de interesses em torno do significado da informação como um espaço estratégico, envolto de disputas intra e interinstitucional.

Branco (2006) afirma que, mais do que base para a tomada de decisão, a informação é um recurso político. Logo, avanços relacionados a uma política de informação em saúde, pautada nos princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo seu percurso histórico, podem beneficiar instituições, o modelo de saúde que se constrói, a gestão da rede assistencial e por fim, a assistência dos usuários dos serviços (CAVALCANTE E PINHEIRO, 2011).

As origens da política de informação em saúde no Brasil remontam dos anos de 1920, onde a lógica da assistência médica curativa e individualizada, pautada no olhar previdenciário das relações em saúde se consolidava como política de saúde nacional. Com a criação do MS (a partir do desdobramento do Ministério da Educação e Saúde), em 1953, estruturam-se as atividades de estatística e informações em saúde com a incumbência de levantar as estatísticas sobre as ações médico-sanitárias e divulgá-las por meio próprio ou a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). A informação em saúde passava a ser entendida como sinônimo de estatísticas médico-sanitárias e vinculada à solução de inúmeros problemas de administração (BRANCO, 2006).

O início da década de 1960 se apresenta num contexto de intensas reformas, destacando-se a realização da 3ª CNS. Contudo, com deflagração do golpe militar em 1964, intensificou-se uma lógica política centralizadora, onde a problemática do setor saúde foi tratada como questão de cunho meramente técnico (BRANCO, 2006). Na área da informação em saúde, houve a propositura de unificação dos serviços de estatísticas do MS. Entretanto, ao passo que se propunha tal unificação, criava-se um Setor de Informações, vinculado a uma Seção de Segurança Nacional, com atribuições relacionadas a uma concepção da informação para vigilância política e, secundariamente, como recurso meramente estatístico (BRANCO, 2006).

De forma complementar e mantendo-se a coerência com a abordagem adotada, inicia-se um processo de investimento nos aspectos tecnológicos. A partir da década seguinte, evidenciam-se a criação de núcleos e centros de informática pelo MS. Paralelamente, o Ministério da Previdência (alçado à condição de ministério nesse período), cria a DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, responsável pelas informações securitárias e de prestação da assistência médica no âmbito desse Ministério. Branco (2006) reforça a concepção da informação como instrumento técnico em ambos os Ministérios, porém, com finalidade primordialmente administrativa, voltada para o controle de gastos e procedimentos. Complementa que, o aperfeiçoamento e a organização do processamento

eletrônico de dados foram confundidos como melhoria da qualidade da informação, em detrimento de medidas baseadas num conceito ampliado da gestão da informação.

Em 1975, foi realizada a 1ª Reunião Nacional de SIS, contando com a participação de técnicos das secretarias estaduais de saúde, do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, do IBGE, da OMS, dentre outras instituições. Nessa reunião foram definidos e aprovados os propósitos gerais dos SIS, seus objetivos e metas, bem como as funções do Ministério e das secretarias (BRANCO, 2006).

Data também desse período, o desenvolvimento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), pelo MS, que estabeleceu a unificação do instrumento nacional para a coleta de dados sobre mortalidade, além da padronização dos fluxos e prazos que deveriam reger a alimentação e utilização do sistema (LEANDRO, 2020). Ainda fazem parte desse período, o desenvolvimento de sistemas de informações relacionados ao acompanhamento de doenças transmissíveis e de imunização (MORAES, 1994). Conforme aponta Branco (2006), embora ancorado num discurso de unificação e integração, o MS conduziu o processo de gerir a informação no Brasil, de forma centralizada e verticalizada - muito em virtude do próprio contexto político da época - com pouca oportunidade de ampliação do debate com as demais instâncias de interesse, tal como estados e municípios. Essa fragmentação e desarticulação veio a tornar-se um dos grandes desafios gerenciais e políticos para a gestão da informação. Moraes (1994) complementa ao afirmar que os sistemas citados se estruturaram numa lógica contábil, a partir de uma racionalidade campanhista, criadora de programas verticalizados, voltados exclusivamente para determinados agravos e grupos de riscos.

A partir da década de 1980, embora ainda mantendo muitas características de um modelo pautado nos aspectos técnicos e tecnológicos, iniciou-se um processo de ampliação do discurso, com a participação de outros atores, contribuindo para a gestão da informação no país; a partir principalmente dos rumos que tomariam a política nacional de saúde.

As discussões em torno da necessidade de uma reforma sanitária no país foram intensificadas, em especial, durante a realização a 8ª CNS, em 1986. Com a participação de diversos atores sociais, foram retomadas questões como saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. O seu relatório final trazia a reestruturação do sistema nacional de saúde mediante a criação de um sistema único com a construção de um novo arcabouço institucional, através de uma ampla reforma sanitária. Nesse mesmo ano foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte que viria a intensificar o debate em torno das políticas sociais, incluindo a saúde (BRANCO, 2006).

Esses marcos introduziam um processo de evolução político e conceitual que ampliava a abordagem da informação, destacando seu potencial como subsídio para a tomada de decisão em saúde. Observavam-se avanços no sentido de que as atividades de informação deveriam estar organizadas no âmbito do sistema de saúde e não somente, no próprio Ministério. Contudo, tais ideias ainda precisavam superar a perspectiva administrativa e racionalizadora, bem como, a ênfase nos aspectos tecnológicos.

Desta forma, como tentativas de organizar a área de informação em saúde, a partir de 1986, criava-se o Grupo Técnico de Informação em Saúde, com a atribuição de discutir a concepção do Sistema Nacional de Informação em Saúde, através da percepção da informação como um instrumento técnico para a ação política. Em 1987, cria-se a Comissão Especial nº 27/Informática em Saúde que visava atender a necessidade do estabelecimento de políticas e diretrizes para a área de Informática em Saúde, através da construção de um Plano Setorial de Informática (BRANCO, 2006). Os princípios e ideias expostos por tais instâncias (Vide quadro 1) indicavam que o discurso da política de informação mostrava-se mais arejado e progressista, enquanto as recomendações operacionais mantinham-se restritas a ações de cunho técnico e tecnológico, segmentadas na lógica de programas específicos (BRANCO, 2006).

Quadro 1. Recomendações dos relatórios finais do Grupo Técnico de Informação em Saúde e da Comissão Especial no 27/ Informática em Saúde.

Grupo Técnico de Informação em Saúde	Comissão Especial Nº 27/ Informática em Saúde
Respeito ao direito do cidadão à privacidade de informações individuais	Ênfase sobre as aplicações clínicas e administrativas
Clareza dos mecanismos de produção das informações	Enfoque conceitual restrito
Adequação dos sistemas aos princípios e diretrizes do Sistema Nacional	Referência escassa ao papel das instâncias municipais, com destaque para as secretarias estaduais
Integração e compatibilização das bases de dados existentes	Referência escassa quanto ao papel das instâncias de controle social
Recomendações para a política de recursos humanos	
Inserção da esfera municipal no Sistema Nacional de Informação em Saúde	

Fonte: Adaptado de Branco, 2006.

Fruto dessas lutas e esforços empreendidos, a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, reconheceu a saúde como um direito social, inerente à condição de cidadão, cabendo ao Estado a obrigação de garantir esse direito mediante a instituição de políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e agravos, através de acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988).

Uma vez aprovada a nova constituição, havia a necessidade de uma legislação específica que esclarecesse a aplicação das regras para um sistema de saúde público e universal no país. Desta forma, tem-se a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), que após alguns vetos presidenciais, foi complementada pela Lei 8.142 do mesmo ano. Há então, a regulação, em todo o território nacional, das ações e serviços de saúde, explicitando-os como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, reiterando a execução de políticas públicas de cunho social e econômico através do reconhecimento das condições de vida como fatores que determinam os níveis de saúde da população (BRASIL, 1990). Aponta ainda, como competência e atribuições comuns a todos os entes federados, a organização e coordenação do sistema de informação de saúde, aliado ao conceito amplo do processo saúde-doença, além de explicitar o direito das pessoas à informação sobre sua saúde e à divulgação de informações relacionadas aos serviços.

Desta forma, o SUS instituído corresponde a um sistema público e universal, formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais e ainda a iniciativa privada (em caráter complementar), em que se destacam a assistência às pessoas de forma ampla e integral, com serviços e ações que envolvem a promoção e prevenção de doenças e agravos, ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência farmacêutica (PAIM, 2009).

Dentre seus princípios, o SUS institui a universalidade que supõe o direito à saúde para todos, destacando-se como a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde sem qualquer barreira de acessibilidade (seja legal, econômica, física ou cultural), garantindo o atendimento integral das suas necessidades de saúde. Essa integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Complementando, o acesso igualitário, pautado na noção de equidade, admite a possibilidade de atender prioritariamente aqueles que mais necessitam, mediante a utilização de ferramentas, tais como indicadores epidemiológicos para o estabelecimento das prioridades (PAIM, 2009).

Uma das diretrizes aprovadas para a organização do SUS foi a descentralização, onde a gestão do sistema de saúde passou a ser de responsabilidade local, com ação direta dos municípios e cooperação técnica do estado e da União no que couber, além ainda da garantia da transferência dos recursos financeiros federais. Essa orientação buscou adequar o SUS à

diversidade regional do Brasil, que se apresenta com realidades econômicas e sociais distintas (PAIM, 2009).

Embora ancorado na diretriz da descentralização, no primeiro ano que se seguiu a sua promulgação, o SUS permaneceu com uma forte tendência centralizadora. A Norma Operacional Básica Nº 01/1991 contribuiu para esse cenário ao definir procedimentos operacionais para os três níveis de governo, contrariando o repasse automático dos recursos.

Nesse contexto, diversos eventos e marcos normativos foram contribuindo para o avanço da descentralização. A 9ª CNS, realizada em 1992, trouxe como tema central o processo de municipalização do SUS. Em maio de 1993, foi instituída a Norma Operacional Nº 01/1993 estabelecendo um período de transição para que os estados e municípios viessem a ter condições e capacidade para absorver as responsabilidades advindas com a gestão do sistema, além da determinação da criação das comissões intergestores e dos conselhos de saúde. Alguns anos depois, em 1996, nova Norma Operacional é criada (Nº 01/1996), determinando alterações na forma de transferência de recursos e nas responsabilidades de cada instância de governo. Criase o Piso Assistencial Básico (PAB), instrumento de remuneração destinado ao custeio das ações e procedimentos da atenção básica, tendo como referência a base populacional. Ao analisar o percurso de descentralização do SUS, autores apontam que a rigidez normativa e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização dessa diretriz, mediante uma real pactuação que considerasse as realidades locais e a assimetria dos municípios brasileiros. O que resultou na criação de sistemas municipais de saúde, com distintos potenciais resolutivos, desarticulados e que contavam com precária cooperação técnica das esferas estadual e federal (SPEDO, TANAKA e PINTO, 2009).

Para o cumprimento dos dispositivos previstos na lei do SUS, a informação assume um papel estratégico. Passa a ser discutida a necessidade de se organizar informações e registros de forma a darem visibilidade não somente à dimensão da doença ou da produção ambulatorial e hospitalar, mas também aos aspectos do processo saúde-doença, incluindo os determinantes sociais, para uma maior compreensão das condições de vida da população (LEANDRO, 2020). Contudo, os desafios inerentes à própria estruturação e origem do setor saúde, além da característica centralizadora das ações, consolidaram espaços de atuação estanques e isolados e, de difícil rompimento (BRANCO, 2006).

Ao longo da década de 1990, foram sendo criados e aperfeiçoados diversos SIS estruturantes no SUS, através da gestão do DATASUS (Departamento de Informática do SUS), tais como: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC),

Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN). No entanto, a crescente necessidade de informatização de processos internos e uma suposta insatisfação quanto ao apoio e devolutivas do próprio DATASUS fizeram com que núcleos de tecnologia e informação fossem sendo criados nos demais departamentos do MS, relação esta, caracterizada por Coelho Neto (2019) com momentos de cooperação e, de conflitos.

Todo o processo de implantação e desenvolvimento dos SIS repercutiu na criação de sistemas a partir de uma lógica de necessidades específicas, com a segregação das informações de caráter coletivo daquelas informações voltadas para as ações individuais, além disso, há que se considerar a dificuldade dos próprios técnicos e gestores no conhecimento do acervo de dados desses sistemas, ou que não sabem como acessá-los ou não compreendem seus termos e variáveis (BRANCO, 2006). Moraes (1994) corrobora com tal afirmação ao complementar que esta lógica impede uma visão integradora voltada a complexidade do processo de vida, doença e morte e está hegemonicamente presente nos SIS. Não obstante, os SIS surgem como resultado da implementação do paradigma das tecnologias da informação, no sentido de reduzir a gestão da informação em saúde apenas ao aparato tecnológico (CAVALCANTE e PINHEIRO, 2011). Tais questões vão de encontro com a proposta de um SUS integral e articulado entre suas instâncias de atuação.

Ao longo dos anos, foram sendo criados grupos temáticos e formulação de propostas que ampliaram o debate da informação em saúde, favorecendo o amadurecimento conceitual e político sobre o tema, incorrendo em avanços na compreensão da necessidade de pactuação entre os entes gestores e demais atores envolvidos na formulação da política de informação (BRANCO, 2006).

Em 1994, criava-se o Grupo Técnico Informações em Saúde e População (GTISP) constituído por representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), DATASUS, IBGE e outras universidades. Dentre seus temas de discussão, enfatiza-se a compatibilização das bases de dados nacionais, capacitação de profissionais para a gestão da informação e a criação de uma Rede Nacional de Informação em Saúde, com o objetivo de organizar os fluxos de produção, tratamento e disseminação das informações. Havia novamente uma tentativa de estruturar a área de informação em saúde, sem, no entanto, expressá-la na definição de uma política (BRANCO, 2006).

Uma das propostas do GTISP trazia à tona o conceito de rede referindo-se a um espaço de compartilhamento de interesses entre diversos pontos isolados que, ao se conectarem, estabelecem um novo formato de atuação embasado no intercâmbio de ideias, práticas e

experiências. Esse conceito veio tentar superar os problemas identificados ao longo do processo da formulação da informação no Brasil, tais como: não uso da informação como requisito fundamental no processo de decisão das políticas e ações em saúde; multiplicidade de SIS, desarticulados e imprecisos; inexistência de análises regulares da situação de saúde e tendências; dificuldades de articulação do planejamento e avaliação dos serviços com base nos problemas epidemiológicos (BRANCO, 2006).

Como forma de dar continuidade às ideias veiculadas anteriormente e, ainda, na tentativa de superar os problemas citados, em 1996, institui-se a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) com o objetivo de atuar no aperfeiçoamento técnico da produção de informações no setor, mediante fórum colegiado composto por órgãos do Ministério da Saúde e pesquisadores, em acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A RIPSA tinha como objetivo (BRASIL, 1996):

- estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes e de fácil acesso;
- articular instituições para contribuir no fornecimento e crítica de dados e indicadores e para a análise de informações, inclusive com projeções e cenários;
- implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações;
- promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;
- contribuir para o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados, ou identificados como de especial relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Para atender a todos esses objetivos e ainda assegurar a ampla difusão e o acesso às informações necessárias à gestão e ao controle social, com a aprovação do Projeto Reforsus (Projeto de reforço à reorganização do SUS), no final de 1996, foram disponibilizados recursos para retomada da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS)⁴. A RNIS previa a captação de projetos estaduais que deveriam abarcar a Internet como veículo principal para o acesso às informações, assumindo a viabilidade de acesso à internet nos seus municípios, além de investimento na infraestrutura necessária, equipamentos de informática, mobiliário, softwares,

⁴Embora aprovada em 1996, a RNIS remonta de 1992, quando foram iniciadas as negociações entre o governo brasileiro, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento para a elaboração do projeto de Reforsus. Com a mudança na gestão ministerial ocorrida em outubro desse ano, as negociações ficaram paralisadas, sendo retomadas em meados de 1995 (BRANCO, 2006).

etc.; atividades de capacitação; com vistas a garantir também aspectos de conteúdo: abrangência das informações captadas e disseminadas, incluindo dados socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos, gerenciais, normativos e financeiro-orçamentários (BRANCO, 2006).

Assim como a RNIS, surge no contexto do Reforsus, o Cartão Nacional do SUS (CNS), instituído em 1998. O projeto tem como objetivo gerar um único número de identificação para criação de um cadastro nacional dos usuários do SUS. A construção do identificador é baseada no número do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Assistência ao Servidor Público (Pasep). Para os cidadãos que não estão no trabalho formal, a Caixa Econômica Federal gera números específicos por meio de metodologia própria para compor a base nacional. O CNS pretende estruturar a coleta de dados e informações em saúde através da utilização do número do usuário como chave de ligação entre os diversos SIS (BRANCO, 2006).

Branco (2006) afirma que o fato da RIPSAs, RNIS e do CNS terem sido implementados de forma simultânea fez com que apresentassem muitas interfaces técnicas e políticas, reiterando que esses projetos se tornaram um dos mais importantes capítulos da política nacional de informação em saúde no Brasil. Contudo, resistências e mudanças no âmbito político, além de conduções distintas entre a norma e a operação, geraram entraves para adequada implementação e sustentação na realidade brasileira. A RNIS não se constituiu tal como sua proposta original, perdendo seu caráter nacional e se extinguindo e o CNS teve sua operação impactada por grandes dificuldades técnicas e políticas. Entretanto, a RIPSAs, por seu caráter de fórum interagencial, com atribuições eminentemente consultiva e propositiva, adquiriu legitimidade e apoio político, transformando-se numa referência técnica, principalmente no planejamento e no rol de indicadores básicos de saúde.

Em janeiro de 2003, institui-se na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a Área de Informação e Informática do SUS, que resultou em importantes direcionamentos na condução da informação em saúde no Brasil, tais como: a articulação entre áreas e projetos, estando então, vinculadas a nova área as ações do DATASUS, da RIPSAs e do CNS, além do início da análise da situação dos diversos sistemas de informação, visando a um processo de ajustes (BRANCO, 2006).

Na primeira década dos anos 2000, continuou-se a criação de diversos SIS, tanto no âmbito público, quanto no privado. Na XI CNS houve o reconhecimento de que a informação em saúde não era usada adequadamente no SUS, considerando a baixa qualidade de dados e a desarticulação dos SIS nacionais, departamentalizados e ligados a programas governamentais (BRASIL, 2002). Desta forma, a partir dessas discussões, foi promulgada a Portaria Nº 355 de 13 de setembro de 2002, que institui o Comitê Tripartite de Informação e Informática em Saúde

(CTIIS), tendo como uma de suas atribuições, a formulação de uma política nacional de informação em Saúde (CAVALCANTE et al, 2015).

Os anos seguintes foram impulsionados pelas versões iniciais da política, sendo seus primeiros fundamentos apresentados em julho de 2003 no VII Congresso da ABRASCO. Em 2004, houve a publicação, pelo Ministério da Saúde, do documento intitulado “Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) – Proposta Versão 2.0” que incluiu as deliberações ocorridas na XII CNS (LEANDRO, 2020).

Paralelamente ao processo de formalização e legitimação da política nacional de saúde, a incorporação de tecnologias da informação na área da saúde estava em franco desenvolvimento, em especial do acesso aos equipamentos de informática, porém de forma indisciplinada, tal como aponta Cavalcante et al (2015).

Os anos que se seguiram, foram permeados por eventos importantes para o estabelecimento de uma política nacional de saúde, até o estabelecimento da nova promulgação do documento, recentemente, no ano de 2021 (Quadro 2).

Quadro 2. Marcos sobre a PNIIS no Brasil, a partir da primeira proposta publicada em 2004.

Período	Marco
2008	Proposição na XIII CNS que o MS, por meio do DATASUS, promova a retomada da discussão da política de informação
2011	Publicação da Portaria N° 2072 que instituiu o Comitê de Informação e Informática em Saúde Regulamentação do CNS através da Portaria No 940/2011 Publicação do decreto N° 7508 que evidencia o papel estratégico das informações e registros em saúde para a organização do SUS
2012	Nova versão do documento da PNIIS com inclusão da participação social na sua elaboração
2015	Instituição da PNIIS através da Portaria N° 589 de 20 de maio de 2015
2021	Instituição da nova PNIIS através da Portaria N° 1.768 de 30 de julho de 2021

Fonte: Elaboração própria, a partir de consulta em Cavalcante et al (2015) e Leandro (2020).

A PNIIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS para a integração dos sistemas de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos processos de trabalho e aprimorando a governança no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, bem como a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população. Se constitui a partir de diretrizes relacionadas à governança e gestão no âmbito da PNIIS; à informatização das instituições de saúde públicas e privadas; ao suporte à melhoria da atenção à saúde; ao engajamento do usuário como

protagonista da sua saúde; à formação e capacitação de recursos humanos; ao ambiente de conectividade em saúde; e ao ecossistema de inovação. (BRASIL, 2021).

Embora verifique-se um avanço na formulação de uma política nacional voltada ao campo da informação, muitas das metas e propostas estabelecidas não foram consolidadas. Cavalcante e Pinheiro (2011) apontam a ausência de registros eletrônicos integrados e da interoperabilidade entre os SIS, além da ausência de uma gestão colegiada atuante e bem definida. Cunha (2005) salienta que a PNIIS pode promover a gestão da informação na rede dos serviços de saúde, porém apresenta como um dos desafios a integração e articulação das informações a partir da interoperabilidade entre os sistemas e a difusão do seu uso. Complementa afirmando a necessidade da padronização do registro eletrônico e a capacitação permanente de trabalhadores, gestores e usuários, uma vez que, a cadeia de informações pode ser alimentada automaticamente o que eliminará instrumentos paralelos de coleta, otimizando a ação dos profissionais. Cavalcante et al (2015) criticam a sustentação de um modelo político onde, em parte, ainda ocorre o controle do fluxo informacional, a construção de sistemas departamentalizados, infraestrutura local precária, recursos humanos insuficientes, baixa qualificação profissional, atraso tecnológico, baixa conectividade, desigualdade entre as regiões brasileiras e incipiente democratização do acesso à informação.

Especificamente, com relação à última versão da PNIIS publicada em julho de 2021, versam críticas em torno da redução da política a diretrizes instrumentais relacionadas à Tecnologia da Informação e à omissão de proposições voltadas à situação epidemiológica de um país continental como o Brasil, além da baixa participação social em seu processo de construção e o risco de que não seja capaz de fazer cumprir a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) em relação à proteção de dados pessoais relacionados à saúde (ABRASCO, 2020; ANTUNES, 2021). Conforme apontado pela ABRASCO (2020), a informação em saúde requer uma discussão interdisciplinar que contemple gestores e profissionais de saúde, pesquisadores e a população, promovendo o diálogo entre conhecimentos práticos e teóricos, produzidos em diferentes áreas do conhecimento.

5.3. DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA À INSTITUIÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Pautado nos princípios e diretrizes do SUS, verificava-se no país, uma nova forma de compreender e de fazer saúde; para além da promulgação de leis e normas, necessitava-se de uma reorientação no modelo. Conforme apontam Viana e Dal Poz (2005), três características definem o novo modelo de atuação: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de

descentralização e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Para isso, era inquestionável o protagonismo de uma rede de atenção primária em saúde abrangente, contribuindo como porta de entrada preferencial para a organização do sistema de saúde, extrapolando a esfera da intervenção curativa e individual, apoiada em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ROSA e LABATE, 2005).

Desta forma, a partir da década de 1990, surgem a instituição de programas focados na família como unidade da ação e numa ideia de área de cobertura para atuação das intervenções, agindo de forma preventiva. O Programa de Saúde da Família, PSF, é então instituído em 1994, a partir das experiências vividas anos antes, com o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cabe destacar o PACS, devido a sua relevância no processo de implementação do SUS. Viana e Dal Poz (2005) salientam que:

no momento em que a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos – como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde (p. 231).

Na sua concepção, as inovações trazidas pelo PACS e pelo PSF englobavam ações em saúde realizadas por equipes multiprofissionais (compostas por médicos generalistas, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), dirigidas à população em território definido, sob o qual essas equipes assumiam responsabilidade sanitária; com vistas a identificação do diagnóstico e das necessidades e demandas da comunidade, das famílias e dos domicílios, através do cuidado integral, realizando ainda ações de informação, orientação e de promoção à saúde (BODSTEIN, 2002). Para além, o PSF introduz uma noção mais sofisticada de atenção primária, tendo em vista que desenvolve todo um instrumental para diagnóstico e recolhimento dos dados sociais, econômicos e epidemiológicos da população coberta. Outra contribuição do programa é que ele foi peça importante para as mudanças propostas pela Norma Operacional Básica Nº 01/96 que previa remuneração per capita para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde (parte fixa do PAB), além de recursos adicionais para aqueles que estivessem implementando o PSF (programa que constitui a parte variável do PAB, entre outros) (VIANA e DAL POZ, 2005; BODSTEIN, 2002)

Se num primeiro momento, o PSF foi instituído como um programa; com a aprovação da PNAB⁵, em 2006, passa a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente – Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando caráter substitutivo das práticas institucionais Além da instituição da ESF, a PNAB apresentou uma revisão da legislação, em função da experiência acumulada e das diretrizes do pacto pela saúde - conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (CONILL, 2008). O Pacto de Gestão regulamentou o bloco de financiamento da atenção básica para superar a fragmentação existente e o Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e qualificação da ESF como modelo da atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A PNAB de 2006 ampliou o escopo e a concepção da atenção básica no país ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e a existência de diferentes modalidades de atuação dos serviços, segundo o modelo de organização predominante (UBS com ou sem ESF) (BRASIL, 2006). Os anos seguintes estiveram fortemente marcados pela expansão da atenção básica, a partir da ESF, surgindo então, inúmeros desafios relacionados a sua operacionalização, tais como: infraestrutura inadequada, subfinanciamento, o modelo assistencial vigente e a dificuldade de captação de médicos (MELO et al, 2018).

Desta forma, em 2011, ocorre a reformulação da PNAB, destacando-se a criação de diferentes modalidades de equipes, dentre elas, as equipes de consultórios na rua. Observou-se incremento no orçamento federal da atenção básica, possibilitando maior captação e permanência dos médicos nas equipes de saúde da família em áreas de maior vulnerabilidade, bem como o aumento da cobertura da ESF. Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da atenção básica com os demais componentes das redes de atenção, entre outros (MELO et al, 2018).

Dessa configuração e considerando todo um histórico de movimentos e políticas voltados para a população em situação de rua⁶, a Portaria N° 122 de 25 de janeiro de 2011,

⁵A PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes, de forma a associar a ambos os princípios e diretrizes trabalhados no SUS. Giovanella (2018) acrescenta à discussão que o emprego do termo “atenção básica à saúde” - oriundo do Movimento Sanitário Brasileiro - buscou reforçar a concepção de cidadania ampliada, em contraponto ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, onde predominam imprecisões e discursos díspares, quando da formulação e implementação das políticas. Assim, neste trabalho, optou-se pela escolha do termo atenção básica à saúde ao tratar da política de saúde preconizada pelo SUS.

⁶Decreto N° 7.053 de 23/12/2009 que institui a Política Nacional para a PSR; Portaria no3.305/GM/MS de 24/12/2009 que institui o Comitê Técnico de Saúde para a PSR; Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe

define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR. Tais equipes desenvolvem ações em atenção básica, direcionadas aos problemas e necessidades de saúde da PSR, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBS e quando necessário, com as equipes dos CAPS, dos serviços de urgência e emergência e, de outros pontos da rede. Podem apresentar no seu escopo de atuação as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, agentes comunitários de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

As eCR poderão se enquadrar em três modalidades distintas, podendo ou não, incluir médicos no seu escopo de atuação, conforme quadro 3:

Quadro 3. Modalidades de atuação das eCR.

Modalidade	Descrição
I	Composta, no mínimo, por 4 profissionais, sendo 2 profissionais de nível superior, (exceto médicos) e 2 profissionais de nível médio.
II	Composta, no mínimo, por 6 profissionais, sendo 3 profissionais de nível superior (exceto médicos) e 3 profissionais de nível médio.
III	Composta pelos profissionais da Modalidade II, acrescida de 1 profissional médico.

Fonte: Elaboração própria, Brasil (2011).

Embora tenham um conjunto de ações de atenção básica, organizadas e descritas em normas e portarias pertinentes, as práticas de trabalho das eCR estão permeadas pelas vulnerabilidades e complexidades inerentes à população alvo do cuidado. A PSR é um grupo social que vivencia situações de múltiplas vulnerabilidades, estigmatizados por processos de exclusão que atravessa o acesso aos serviços de saúde, quando por exemplo, há a recusa em oferecer atendimento pela ausência de documentação ou domicílio cadastrado (TEIXEIRA ET AL, 2019).

Bodstein et al (2017) apontam que as atividades exercidas pelas eCR envolvem: mapeamento dinâmico do território; ações de acolhimento, tanto na rua quanto na UBS; atendimentos por demanda livre e programada (respeitando as condições de vulnerabilidade dos usuários e os ciclos de vida); atendimentos de saúde mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas; elaboração de projetos terapêuticos; interconsultas; agendamento e monitoramento de consultas de especialidades, exames, internações, urgência e emergência; articulação e matriciamento com a rede, incluindo a intersetorial; atividades de redução de

sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências; Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e as demandas do Movimento Nacional da População em Situação de Rua relacionada à instituição de equipes de Atenção Básica atendendo as especificidades dessa população.

danos; assistência farmacêutica; vigilância de agravos e doenças; atividades educativas e culturais; além ainda de atividades de monitoramento que envolvem a análise da situação de saúde e social dos usuários; análise do nível de satisfação e análise da qualidade da informação registrada. Tais atividades estão permeadas pelas condições de vulnerabilidade inerentes à PSR e, necessitam estar amparadas por instrumentos de informação que garantam campos específicos ao registro das várias atividades exercidas, visando ao adequado planejamento e monitoramento do perfil dessa população e do processo de trabalho das equipes.

Em 2017, ocorreram mudanças na PNAB, num cenário de crise política e econômica do país, que vem incidindo de forma avassaladora sobre as políticas sociais. Tais mudanças giraram em torno do reconhecimento de outras formas de organização da atenção básica, para além da saúde da família; o número recomendado de pessoas por equipe passou a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de média recomendada; o número mínimo de agentes comunitários por equipe passa a ser de 1; além, da retirada de previsão de parte da carga horária dos profissionais destinada para atividades de formação, retirada da possibilidade de médicos com carga horária de 20/30 horas; para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ocorre a supressão da noção de ‘apoio’; e ainda, ausência da especificação de ações voltadas ao Programa Saúde na Escola (MELO et al, 2018). Tal configuração, embora não represente impacto direto na normativa referente às eCR, deflagraram importantes questões indicativas de ameaças à instituição do modelo de saúde vigente; no qual se ancora as atividades das eCR.

Uma dessas questões relaciona-se à mudança nas regras de financiamento da atenção básica, prevista pela Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019 que institui o Programa Previne Brasil. Essa nova lógica de financiamento substitui o PAB fixo a partir de um componente fixado no repasse de valores de acordo com o número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da Família e ou equipes de Atenção Primária, ponderado por critérios de vulnerabilidade socioeconômica; perfil demográfico da população e classificação geográfica do município, além de instituir pagamento por desempenho, através de metas e indicadores previamente definidos e incentivo à ações consideradas estratégicas (BRASIL, 2019). As eCR se inserem nesse contexto a partir de setembro de 2021 através da contemplação dos seus cadastros adicionalmente ao custeio da capitação ponderada com atribuição automática de peso referente à vulnerabilidade socioeconômica a todos os cadastrados (BRASIL, 2021). Embora a política possa vir a fomentar o processo adequado de registro das informações também representa um desafio aos municípios, já que o desempenho de suas ações se relaciona diretamente com a atenção básica no município.

5.4. A ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUA INTERFACE COM AS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

A Estratégia e-Sus AB, surge em 2013, como uma política pública no contexto da estratégia de desenvolvimento e-Saúde, no âmbito da PNIIS. Foi implantada com o objetivo principal de reestruturar as formas de coleta, processamento, validação e uso de informações em saúde na atenção básica. Para isso, aposta na reformulação da base de dados nacional, no desenvolvimento e disponibilização de softwares de coleta de dados e prontuário eletrônico, na integração com outros SIS e num modelo adaptável à infraestrutura de TIC dos municípios brasileiros (COELHO NETO, 2019).

Nesse contexto, o até então, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) veio a ser substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, o SISAB. O SISAB veio com a proposta de individualizar os dados captados nos serviços locais de saúde, não ficando restritos a dados consolidados, tal como era no SIAB. Os dados gerados a partir da realização de atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas, por exemplo, passam por um processo, ficando vinculados aos números identificadores dos usuários. Desta forma, a proposta é que o gestor possa acompanhar o processo de trabalho da atenção básica, subsidiando o reconhecimento da realidade territorial, por meio de relatórios que podem ser gerados por estados, municípios e equipes de saúde.

Em continuidade aos objetivos propostos, foi feita a oferta de um software, denominado e-SUS AB - desenvolvido por meio do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que possibilita o registro individualizado dos dados em saúde através do CNS e de duas formas de coletas de dados: a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2013). Foi formulado para que seja utilizado por todas as equipes pertencentes à atenção básica, incluindo aí, os profissionais das eCR.

Por via CDS, o software conta com fichas de coleta de dados padronizadas, que incluem o registro de dados cadastrais (individuais, familiares e domiciliares), atendimento individual (incluindo, registro odontológico), procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares. O módulo PEC contempla os dados relacionados ao atendimento clínico (anamnese, procedimentos, registro de diagnóstico e classificação do motivo da consulta, exames etc.), além de possibilitar a organização e o compartilhamento da agenda e fila de atendimento; contando ainda com a geração de relatórios (BRASIL, 2013).

A Estratégia e-SUS AB traz como obrigatoriedade o envio dos dados à base nacional, de forma periódica e mensal, sob pena de se perder a qualificação de equipe de atenção básica, considerando os cenários previstos e específicos para cada realidade local. Considerando os

distintos cenários de infraestrutura de TIC nas unidades básicas de saúde do país, foram previstas diversas possibilidades de fluxos para captação e envio dos dados. No cenário mais precário, sem computadores e internet nas unidades, os dados são captados nas fichas físicas para posterior digitação e envio ao SISAB por meio de centralizadores nas Secretarias Municipais. No cenário oposto, nas unidades totalmente informatizadas, há a instalação de servidor do PEC e-SUS na própria unidade para manutenção da base de dados local e envio para a base nacional. Ainda, houve o desenvolvimento de ferramentas para interoperabilidade entre a base nacional do SISAB, com softwares de terceiros adquiridos ou desenvolvidos pelos municípios, através de layouts no formato *thrift* ou *XML* (COELHO NETO, 2019).

Relacionado às práticas das eCR, evidenciam-se na ficha de CDS de cadastro individual, além de campos relacionados à identificação pessoal (como nome, nome social, sexo, data de nascimento, idade, naturalidade e nacionalidade, raça/cor e procedência) e à situação sociodemográfica e de saúde, a presença de campos específicos para o preenchimento dos dados relacionados aos usuários em situação de rua, são eles: tempo em situação de rua; se recebe algum benefício; referência e vínculo familiar; frequência de alimentação diária; origem da alimentação (restaurante popular, doação); se o usuário é acompanhado por outra instituição e se tem acesso à higiene pessoal (Anexo I).

Embora os campos descritos na ficha de cadastro individual apoiem as ações relacionadas ao reconhecimento da situação de saúde e do território de atuação, ainda são insuficientes para o adequado planejamento e monitoramento das intervenções da eCR, considerando o elenco de atividades e especificidades relacionadas ao trabalho dessas equipes. Nesse sentido, Silva (2013) aponta a importância de campos que giram em torno da identificação do endereço de referência do usuário; onde passa o dia e a noite; onde dorme; vestuário utilizado; com quem convive; se tem animais; com quem morava antes de viver na rua; desejo de aproximação com família e localização do membro da família.

A estratégia e- SUS pode ser uma potencializadora do processo de informação e informatização da atenção básica, como indutora da consolidação de uma política voltada aos interesses públicos. Por isso e, considerando ainda a sua recente implantação, é preciso analisar a sua aplicabilidade (a partir de seus objetivos, características e instrumentos de atuação), nas diversas realidades e, tomando como referência, os diversos processos de trabalhos envolvidos e inerentes às equipes de atuação na atenção básica. A instituição de instrumentos de registros em saúde, voltados ao monitoramento do trabalho das eCR, construídos a partir das suas especificidades, das demandas dos usuários e da participação coletiva junto aos profissionais,

pode de fato, subsidiar as ações de planejamento e intervenções das políticas de saúde voltadas à PSR.

6. PROPOSTA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo-participativo pois, como aponta Minayo (2000), propõe-se a trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, dentro de um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Todo o trabalho foi desenvolvido a partir da sistematização e análise de material produzido a partir de revisão de literatura sobre o tema e dos encontros com profissionais das duas equipes de Consultório na Rua que atuam no município de Niterói, Rio de Janeiro.

Nesse sentido, buscou desenvolver um produto técnico, aplicável à prática de trabalho das eCR, visando apoiar o planejamento e monitoramento da informação em saúde dessas equipes. Tal produto se materializou num instrumento de coleta de dados com campos de registro voltados ao cadastro dos usuários e às atividades individuais e coletivas realizadas pelas equipes. O instrumento abrange campos estruturados, para facilitar a consolidação das informações e ainda campos não-estruturados, voltados ao registro qualitativo de informações específicas. Ainda, são considerados, minimamente, os dados obrigatórios elencados pela política de informação em saúde na atenção básica.

Para isso, a pesquisa se utilizou de i) revisão de literatura; ii) revisão de documentos e normativas específicas e iii) trabalho de campo, a partir da realização de grupo focal. A fim de contribuir para a obtenção dos objetivos previstos, foram utilizadas fontes secundárias onde foram levantados dados demográficos, socioeconômicos e de capacidade instalada da rede de saúde relacionados ao município de cenário de estudo, por meio do acesso público ao IBGE e do CNES. Dados de cadastramento e produção das equipes de Consultório na Rua, como aqueles relacionados a situação sociodemográfica e de saúde da população cadastrada, além de quantidade e levantamento dos principais procedimentos realizados, referentes aos quadrimestres dos anos de 2019, 2020 e 2021, foram consultados por meio de acesso restrito ao SISAB.

Segundo Neto (2000), o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só nos aproximar daquilo que desejamos estudar, mas também como uma forma de gerar conhecimento, partindo para um rico diálogo com a realidade. Assim, essa pesquisa teve como campo de estudo o Consultório na Rua do Município de Niterói no estado do Rio de Janeiro, tendo como público-alvo os profissionais das respectivas equipes.

Como técnica de pesquisa e levantamentos dos dados, inicialmente, foram listadas as práticas das equipes de consultório na rua a partir de revisão de literatura sobre o tema,

considerando as publicações nos principais buscadores e repositórios bibliográficos: Lilacs, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, ARCA/FIOCRUZ, Portal periódicos da CAPES, com uso dos descritores: *Pessoas em Situação de Rua* e *Gestão da Informação em Saúde* e das palavras-chave: *Registros em saúde e Equipe de Saúde*. Desta forma, a pesquisa bibliográfica possibilitou a busca não apenas em artigos publicados em revistas científicas, mas, também, em outras fontes, como livros, dissertações e teses. Além da revisão de literatura, foi feito levantamento a partir da revisão de normativas específicas da atuação das eCR.

Como forma de articular os conceitos, visando a um processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra produzido (NETO, 2000), trabalhou-se ainda com a técnica de grupo focal com os profissionais das equipes. Morgan (1996) define grupo focal como uma técnica de pesquisa utilizada numa ampla variedade de campos de estudo (como na comunicação, educação, ciência política e saúde pública) que coleta dados por meio da interação em grupo sobre um tema determinado, reconhecendo o papel ativo do pesquisador na criação da discussão produzida. Esse autor aponta ainda que o uso combinado da técnica de grupos focais com levantamento prévio acerca do tema gera dados para as discussões em grupo, colaborando para o aprofundamento dos tópicos a serem abordados. Para condução do grupo focal foi desenvolvido um roteiro semiestruturado (Quadro 4) utilizado como dispositivo facilitador para o alcance dos propósitos da pesquisa, não restritivo e valorizando também outras narrativas apresentadas pelos participantes.

Quadro 4. Roteiro semiestruturado para elaboração do grupo focal.

Propostas para o Roteiro	Recursos
Explicações iniciais	TCLE
Apresentação dos participantes (Data de nascimento; Raça/cor; Profissão; Formação complementar na área da saúde - Especialização; Mestrado; doutorado; outros ou NDA -; Tempo de atuação no Consultório na Rua e na Atenção Básica)	Roteiro/Gravador de áudio e vídeo
Quais as atividades desempenhadas no seu processo de trabalho?	Roteiro/Gravador de áudio e vídeo
Como se dá o processo de informação em saúde na sua equipe? (coleta, registro e monitoramento dos dados; ferramentas de apoio)	Roteiro/Gravador de áudio e vídeo
Como utilizam essas informações para planejar e organizar o processo de trabalho junto a equipe e no cuidado à PSR?	Roteiro/Gravador de áudio e vídeo
Que informações vocês consideram importante para identificar o perfil da população cadastrada?	Roteiro/Gravador de áudio e vídeo

Fonte: Elaboração própria.

O grupo foi realizado de forma presencial com os participantes da pesquisa, composto por 10 pessoas, contemplando ao menos, 1 representante de cada categoria profissional atuante das duas eCR, cadastradas no CNES, a saber: médico, psicólogo, enfermeiro, cirurgião-dentista, agente social, técnico de enfermagem, assistente social. Foram desconsiderados da pesquisa

aqueles profissionais de férias ou licença no período programado para o trabalho de campo. O grupo aconteceu no mês de outubro do ano de 2021, fora da unidade base do CnR, em uma das salas de apoio do Núcleo de Educação Permanente do Município, com duração de cerca de 2 horas e 30 minutos.

Para tratamento e análise de dados, optou-se pela análise de conteúdo a partir de critérios de categorização. De acordo com Bardin (2011) a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados, procurando conhecer aquilo que está por trás do significado das palavras. Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos a partir de características comuns. As categorias auxiliaram na compreensão e na aplicação do conteúdo discutido, a fim de subsidiarem o desenvolvimento dos campos específicos de registros do produto técnico científico desta pesquisa.

A formação das categorias de análise temáticas, explicitadas no quadro 5, representaram os sentidos mais frequentes, presentes nas falas dos profissionais, assim como aqueles singulares, e que ganharam relevância devido a sua importância para o tema em questão. Durante a elaboração deste estudo foram identificadas nas falas dos profissionais, pontos convergentes e divergentes, relacionados às concepções sobre a relação dos registros e informação em saúde no trabalho da eCR. Todos estes dados foram analisados considerando a relação entre o conhecimento teórico e prática do trabalho em saúde, possibilitando levantar propostas para formulação do instrumento de coleta, objetivo dessa pesquisa.

Quadro 5. Categorias analíticas da pesquisa.

Categorias	Elementos comuns identificados
Infraestrutura de trabalho das eCR	Elementos relacionados ao espaço físico (arquitetônico) e equipamentos disponíveis.
Práticas de trabalho das eCR	Elementos relacionados às ações em saúde que envolvam território; atendimento individual; vigilância em saúde; intra e intersetorialidade; matriciamento e atividades coletivas.
Fluxos e processos de informação das eCR	Elementos relacionados ao acesso e utilização dos dados em saúde e aos instrumentos de registro e monitoramento disponíveis.

Fonte: Elaboração própria.

Toda a pesquisa foi elaborada tendo como base a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam a pesquisa com seres humanos no território nacional, assim como a Resolução N°510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida

cotidiana e a Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

Para fins éticos do presente estudo, a participação no grupo focal foi precedida da obtenção do consentimento informado em linguagem clara e acessível, entregue por meio de contato direto ao convidado da pesquisa, conforme modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). As falas dos participantes foram transcritas e armazenadas, em arquivos digitais de acesso somente pelo pesquisador e equipe. A concordância com a gravação foi condição *sine qua non* para a participação, isto é, indispensável para participação do grupo de pesquisa. Os possíveis riscos de participação estavam associados à identificação pessoal, a algum constrangimento nas abordagens e ao tempo gasto durante o grupo focal. Para diminuir tais danos e assegurar sigilo e privacidade das informações prestadas, o pesquisador se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade e não fará uso das informações para outras finalidades, acrescentando que as análises foram agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome, categoria profissional ou equipe de saúde. Contudo, ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes e divulgação agregada das informações, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir a ética dos demais participantes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/ Fiocruz, com o número do Parecer Consubstanciado 48196221.3.0000.5240 ENSP/FIOCRUZ em 17/08/2021, atendendo às exigências éticas e científicas previstas na Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Anexo II).

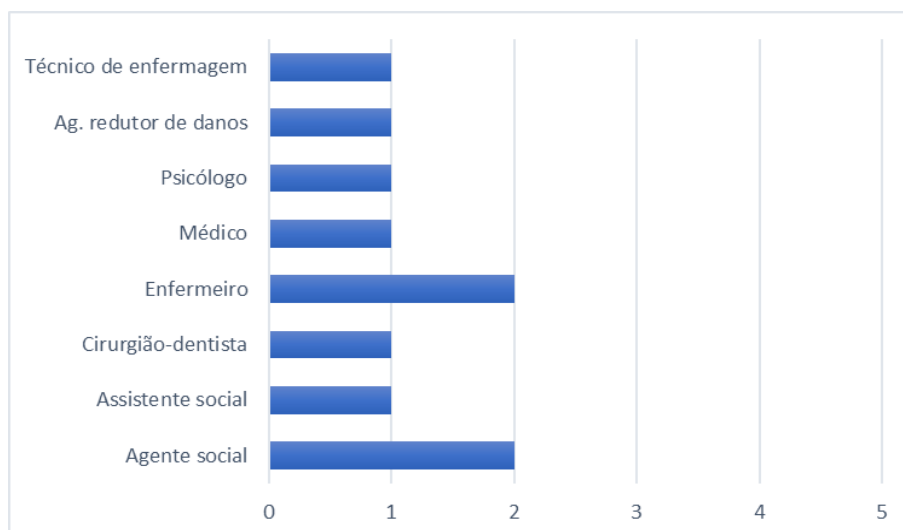
7. RESULTADOS

Para facilitar a apresentação dos resultados, optou-se pela organização em dois subtópicos referentes à caracterização dos participantes da pesquisa e às discussões obtidas no grupo focal. Tais achados subsidiaram a elaboração do produto técnico, objetivo geral dessa pesquisa, sendo um instrumento de registro voltado ao cadastro e acompanhamento do trabalho das eCR.

7.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os 10 profissionais que participaram do grupo focal integravam as duas equipes ativas no CNES. Tais equipes estão cadastradas no sistema desde fevereiro de 2014 e agosto de 2019. Das duas equipes ativas, apenas uma apresenta médico cadastrado, a composição das categorias profissionais contempla: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião-dentista, agentes de ação social e técnicos de enfermagem (considerando as informações da competência do CNES de janeiro de 2022). Um dos agentes de ação social está assim categorizado no CNES, mas na prática se apresenta como agente redutor de danos por desempenhar ações de redução de danos nos territórios. A composição profissional do grupo focal consta no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo categoria profissional, Niterói, 2021.



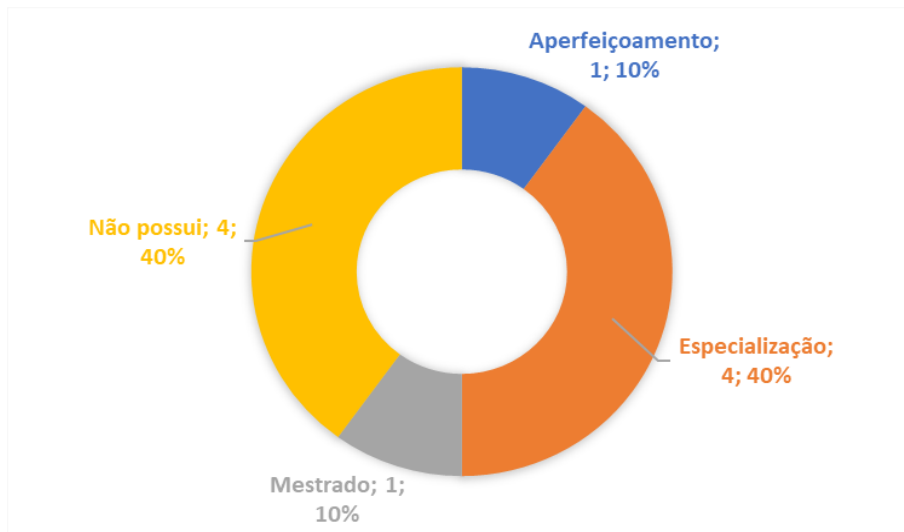
Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos participantes foi composta por mulheres, 60% do grupo. Todos os profissionais estavam acima dos 30 anos de idade, sendo que metade deles na faixa dos 41 aos 50 anos. Com relação ao quesito raça/cor, 60% se declararam pretos ou pardos.

Com relação à formação profissional, 6 participantes referiram ter algum nível complementar de formação na área de saúde, sendo 4 (40%) em nível de especialização (Vide

gráfico 2). Dos 6 profissionais de nível superior, 3 referiram formação em nível de especialização (50%), 1 em nível de mestrado (16%) e dois referiram não ter formação complementar na área (33%). Com relação aos profissionais de nível médio, dois alegaram não possuir formação complementar (50%) e outros dois, referiram cursos de aperfeiçoamento na área (50%).

Gráfico 2. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo nível de formação complementar, Niterói, 2021.

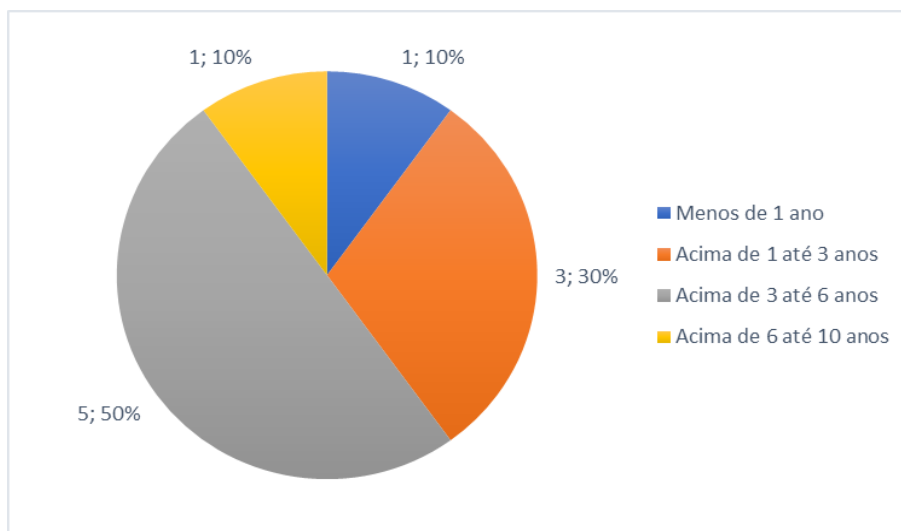


Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao tempo de atuação na área de saúde, a grande maioria (9 profissionais - 90%) citaram já ter trabalhado anteriormente em unidades básicas de saúde e/ou em unidades da ESF, a média de tempo de atuação nessas equipes foi de 7 anos e 9 meses. Um dos profissionais afirmou ter trabalhado anteriormente em um CAPS Álcool e Outras Drogas.

Considerando a atuação no CnR, a média de tempo foi de 3 anos e meio. O gráfico 3 apresenta esses resultados, por intervalo de atuação.

Gráfico 3. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo tempo de atuação no Consultório na Rua, Niterói, 2021.



Fonte: Elaboração própria.

7.2. CARACTERIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES DO GRUPO FOCAL

Os resultados das discussões do grupo focal foram sistematizados em grandes categorias de análise que se relacionam com elementos agrupados a partir de características comuns que influenciam no processo de desenvolvimento e na qualidade de um instrumento de coleta de dados em saúde. Desta forma, as categorias elencadas foram:

- Infraestrutura de trabalho das eCR;
- Práticas de trabalho das eCR;
- Fluxos e processos de informação das eCR

Tal sistematização, se fez necessário, para aprofundar a compreensão e análise acerca da percepção dos profissionais sobre a relação dos registros e informação em saúde no trabalho da eCR, correlacionando aos conceitos identificados na elaboração deste estudo.

7.2.1. Infraestrutura de trabalho das eCR

Foi possível levantar que as equipes trabalham sob condições precárias de estrutura. A base do Consultório na Rua é localizada de forma estratégica, na região central do município, ponto que abarca grande número de PSR. Está instalada no terceiro andar de um edifício, com acesso por elevadores e escadas, que comporta uma unidade básica e uma policlínica municipal. A base possui duas salas próprias para seu trabalho, sendo uma delas voltada para atendimento individual. A outra sala se divide em três cômodos (com divisórias provisórias) que são utilizados como administração, estoque de insumos e materiais administrativos e sala

improvisada para reuniões. No único consultório para atendimento, os profissionais das duas equipes se revezam (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais). A unidade não possui consultório odontológico próprio, utilizando as cadeiras da unidade básica para atendimento da PSR, em dias específicos. A questão do espaço é um desafio para a eCR de Niterói, considerando ainda, que dividem o mesmo ambiente com a UBS e um outro equipamento da Assistência Social:

“Eles [os usuários do serviço] ficam aguardando junto com os pacientes da UBS” (Profissional 1)

“eles [outros equipamentos] colocam, literalmente, um vidro para que os nossos usuários não chispem por ali”. Como uma forma de dar uma separada, digamos assim, o que é de lá, o que é daqui” (Profissional 6)

Com relação à disponibilidade de equipamentos, foram identificados mobiliários em número insuficiente e ainda, em condições insatisfatórias de uso. A unidade não possui telefone institucional e possui apenas um computador para uso das equipes que fica acondicionado no único consultório de atendimento, dificultando o acesso. Não possuem impressoras e a qualidade da conexão de internet é ruim, dificultando o acesso a alguns sistemas, como o CADWEB⁷

“Temos um computador só, jurássico, infelizmente...e com internet muito lenta” (Profissional 6)

“E o computador ainda fica dentro do consultório, coisa que às vezes, restringe o acesso à informação...” (Profissional 7)

“E não tem como imprimir exames porque a gente não tem impressora” (Profissional 9)

As equipes possuem dois carros adaptados para atendimento móvel, nos territórios. Essas vans, conforme denominadas pelos profissionais, permitem não só o atendimento *in loco*, mas também o transporte da população e dos profissionais das equipes. O consultório na rua do município não possui um consultório móvel odontológico, o que, de acordo com o discutido, traria mais acesso à saúde bucal da população assistida.

“Desde a primeira equipe tivemos ambulatório móvel e desde 2018, temos duas vans. A gente faz tudo com elas” (Profissional 1)

“Inclusive para levar paciente. Já levamos paciente para o INTO, para o Lourenço [hospitais da rede federal e municipal]” (Profissional 5)

⁷Sistema online, responsável pela geração e consulta do número do cartão nacional do SUS.

A van possibilita inclusive o transporte do usuário até a base. Ela é fundamental para a garantia do acesso” (Profissional 7)

“Seria interessante ter um tipo de atendimento odontológico móvel também” (Profissional 6)

7.2.2. Práticas de trabalho das eCR

As práticas de trabalho das equipes se dividem em atividades diárias – de segunda a sexta-feira, de 9h às 17h e, em turnos noturnos, organizados a partir de plantões, de segunda a quinta-feira, das 17h às 22h. Envolve acolhimento; ações de cadastramento; atendimentos individuais, visitas aos territórios, abrigos e hospitais; marcações de consultas e exames especializados; coleta de exames; procedimentos básicos (como apoio nas campanhas de vacinação e realização de curativos), dispensação de medicamentos, medicação supervisionada. Não foi mencionado na discussão a prática de atividades coletivas, como ações em educação em saúde e/ou visitas culturais, por exemplo.

As duas eCR são responsáveis por cobrir todo o território do município. A rua pode ser vista como um local de moradia ou abrigo, mas também de relações, tornando-se mais uma alternativa de vida. Desta forma, mesmo com a possibilidade comum de deslocamentos, a PSR possui uma rotina e podem estabelecer locais fixos para dormir e guardar seus pertences, por exemplo. Deste modo, compreender a rua como um território vivo, reconhecer essa movimentação, seus períodos e fluxos, é importante para a compreensão das complexidades e para o processo de cuidado dessa população. As falas dos profissionais durante a discussão trouxeram esses desafios:

“Até porque eles [a PSR] migram de lugares para lugares. Somem, aparecem, tem época que determinados locais estão cheios, tem época que não tem ninguém.” (Profissional 1)

“A nossa cobertura principal é Praias, Centro e uma parte da Região Norte. Onde concentra mais gente, com maior concentração de pessoas, dinheiro, mais equipamentos como o restaurante popular, Centro Pop. Por exemplo, Icarai [um bairro do município] é um lugar onde eles não ficam, mas que circulam bastante, pois conseguem muitos doativos. Áreas como Cavalão, Santa Rosa, com acesso mais fácil às comunidades, também, pois facilita o acesso às substâncias que eles consomem. Isso vai variando muito e a gente vai migrando junto com eles” (Profissional 6)

“O georreferenciamento seria algo importante, dinamicamente, saber quais os caminhos que nossos usuários. Porque, na verdade, nossos usuários têm essa mobilidade e tudo mais, mas também tem uma recorrência. Os caras, mais ou menos, estão nos mesmos lugares. Por mais que desapareçam por um tempo, eles voltam e acabam ocupando

os mesmos lugares. Então, ter essa informação mapeada e acessível seria maneira. (Profissional 7).

“Há dois anos a gente fez uma cartografia do território. [...] O intuito era descobrir o quantitativo da população, perfil, saber quais substância usavam... Isso tudo foi coletado em observação, em anotações comuns e depois montamos um trabalho conjunto [...] A ideia era a gente clicar num bairro ou território e apareceria os dados mapeados daquele local, uma espécie de mapa interativo [...] A atualização vem sendo feita, mas não da mesma forma. A gente passou a ter mais contato, se aproximou mais dos usuários, daí eles avisam: Olha, não tô ficando mais aqui não...” (Profissional 5; 2; 3;6).

Uma das falas expôs a questão da pandemia da COVID-19⁸ como mais um desafio que interferiu na dinâmica do território, o que gerou uma readequação na organização das equipes:

“E alguns territórios foram mudando em função da pandemia, tinha um grupo que ficava na Praça São João, usuários de tiner, e agora mudou tudo...” (Profissional 5)

O atendimento individual prestado é organizado a partir de agendamento das demandas, sendo percebido nas falas, uma pré-disposição para consultas médicas. Há também uma organização prévia para o atendimento das demandas espontâneas, todos antecedidos do acolhimento aos usuários. Os atendimentos médicos também são realizados nos territórios, com apoio dos ambulatórios móveis. Com relação aos atendimentos em saúde bucal, estão são realizados no espaço da unidade básica, em dias alternados aos atendimentos dessa unidade.

“Eu, quando chego, a primeira coisa que eu faço é ver a agenda da médica do dia. Sendo dia de consulta, já vou providenciar, separar os prontuários, coloco as cadeiras para os pacientes se sentarem lá fora. Chegando mais de dois profissionais, abro o consultório e faço a pré-consulta” (Profissional 5).

“Preparamos o acolhimento, organizamos onde as pessoas irão aguardar, verificamos o que tem de demanda, se tem gente na porta ou se não [...] Todo mundo participa, fazemos uma escuta [...] Organizamos o cadastro, quando necessário, cadastro também é uma forma de acolher, né?!” (Profissional 6).

⁸A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), decretada como pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na metade do primeiro semestre de 2020, poucos meses depois dos primeiros casos identificados na China ao final de 2019, já haviam ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes por Covid-19 no mundo. No Brasil, em comparação com o que ocorreu em países da Europa e Ásia, observou-se um lento processo de aumento do número de casos e óbitos, com um extenso patamar de transmissão a partir de junho de 2020, passando então a ocupar lugares de destaque entre os países do mundo com maior número de casos e mortes (WERNECK e CARVALHO, 2020; FIOCRUZ, 2020)

Com relação às ações de vigilância em saúde, as equipes são responsáveis pelo acompanhamento dos agravos transmissíveis e de notificação compulsória, com realização de busca ativa, manejo e prevenção de violências e apoio nas campanhas de vacinação. Destes pontos, nas discussões apareceram falas referentes às visitas aos abrigos e hotéis emergenciais, criados durante a pandemia da COVID-19. Além, de ações voltadas para a imunização contra essa doença e apoio na aplicação de vacinas contra o vírus da Influenza na PSR.

“As ações de vacinação entraram agora com a COVID... Normalmente, não fazemos vacinação de rotina, para isso tem a sala específica lá embaixo, na UBS.” (Profissional 2)

“A campanha de influenza a gente vai nos abrigos fazer. É campanha mesmo.” (Profissional 3)

“Tem a dispensação dos medicamentos de tuberculose, no campo noturno, quando necessário, também”. (Profissional 2)

Referente às ações de intra e intersetorialidade, foram consideradas aquelas falas voltadas aos fluxos de agendamentos e monitoramento de consultas especializadas, exames, internações, urgência e emergência; acompanhamento das condições dos usuários em equipamentos de outras redes, como a Assistência Social, Poder Judiciário e Sistema Prisional, além de participação em espaços de articulação e controle social. Nas discussões em grupo, os profissionais trouxeram a importância do CnR como articulador nas demandas da PSR, principalmente pela dificuldade de acesso dos usuários aos espaços de cuidado:

“O Consultório na Rua, mesma com essa equipe mínima, está conseguindo abrir o leque e fazer com que a demanda da população ganhe visibilidade [...] A nossa entrada no Getulinho, no Posto do Largo da Batalha (equipamentos de saúde do território) vem muito do [re]conhecimento que temos lá [...] Não significa que essas portas sempre estiveram abertas pra gente [...] Você chega numa emergência, com um usuário em situação de rua, parece que você está caminhando num carro alegórico [...] Se é uma política que existe, o mínimo que as pessoas tinham que saber é pra que servem essas equipes”. (Profissional 4)

Mesmo com a instituição de fluxos pactuados localmente para garantia de acesso aos serviços de saúde e demais equipamentos de assistência aos usuários, verifica-se dificuldades na condução dos processos de referência e contrarreferência. Ainda, evidenciam-se nas falas trazidas pelos profissionais, como as complexidades, características da PSR, podem impactar na condução desses processos:

“Se você for referenciar um usuário para o CREAS, por exemplo, por vezes a questão é atendida [...] Geralmente, temos muitos usuários que vão para uma comunidade, a equipe orienta o usuário, entra em contato com o Módulo de Médico de Família por telefone ou CI de referência. Geralmente, é melhor referenciando porque você tem a contrarreferência de resposta, para documentar”. (Profissional 4)

“Ou, às vezes, vai de coordenação para coordenação. O Coordenador do CnR aciona o Coordenador da área do PMF, ele faz contato e deixa as coisas um pouco mais amarradas”. (Profissional 3)

“Mesmo com o documento, às vezes, isso não é uma garantia que o acesso aconteça. Muitas das vezes a gente tem que ir junto. Por muitas vezes é quase que pegar no braço e falar: Lembra daquele papel que você recebeu na semana passada, eu que mandei e até agora ele [o usuário] não foi atendido, aí eu vim aqui para entender, pra gente poder conversar, tirar alguma dúvida... às vezes o usuário vai no atendimento médico, o médico fala mil coisas numa linguagem distante da realidade daquela pessoa e com um monte de papel... Porque esses veículos tanto formais quanto informais também não garantem o acesso. O problema é crônico e estrutural, independente do campo saúde” (Profissional 6).

“Esse investimento em fazer rede, fazer vínculo de rede, faz uma diferença imensa para o cuidado das pessoas. E a equipe de CnR tem que estar muito atenta para isso, não desistir desses vínculos... Essa relação com a Assistência é fundamental no cuidado, a gente sabe que é difícil, mas é fundamental insistir nisso” (Profissional 7)

7.2.3. Fluxos e processos de informação das eCR

Como elementos comuns da categoria referente aos fluxos e processos de informação estão aqueles pontos identificados nas discussões que tratam sobre os instrumentos de registro e monitoramento utilizados pelas equipes e uso das informações geradas.

Quando estimulados a discutir sobre os instrumentos de registro e monitoramento utilizados, foi possível perceber a instituição de processos manuais para coleta dos dados do prontuário, ancorados numa prática de relatos das rotinas de trabalho, através de livros de ordem e ocorrência, formulários de evolução para dados de atendimentos e idas ao território, livros de protocolos para registro de entrega de exames e marcações de consultas, ou ainda, fichas específicas criadas por determinadas categorias, para dar conta das suas necessidades. Observa-se ausência de instrumentos com uma lógica de padronização dos campos de registros para apoiar na consolidação de dados.

“Para sistematização das informações, a gente tem um livro de ordem e ocorrência, onde a gente vai registrado os atendimentos, acolhimentos e tudo mais”. (Profissional 7)

“No início, quando chegamos, o CnR não tinha uma folha para entrevista social, aí eu e as meninas da época, ficamos catando informações como nome, questões, sobre benefícios, habitação, tempo em situação de rua, questão familiar, vulnerabilidades [...] aí, conseguimos fazer a entrevista com isso e anexamos depois ao prontuário” (Profissional 4)

“Foi feito um levantamento pra gente poder catalogar quem era a nossa população. Quantas mulheres tinham, quantos homens, idades, quais eram os agravos...Mas assim, isso tudo foi sinalizado no prontuário, na parte de forma: Hipertenso era destacado em vermelho, diabético de azul, HIV sinalizado com uma cruz, saúde mental em preto...” (Profissional 9)

Para além, o município possui um sistema de registro eletrônico contratado, contudo, para a eCR, apenas o módulo cadastro está disponível. Desta forma, como orientação, as equipes devem inserir os dados de cadastramento da população atendida através desse sistema. Por regramento próprio, os dados imputados nos sistemas terceirizados, são integrados através de layout específico de dados e interface da estratégia e-Sus AB. O que se observou nas discussões foi um certo desconhecimento com relação ao fluxo e uso da ferramenta. Embora falem sobre que o *“cadastro individual é dentro do Esus”*, esse sistema não está em uso na unidade. O que eles utilizam são as fichas de CDS. Para além, as dificuldades com infraestrutura impactam diretamente nessa questão, já que como mencionado, a unidade dispõe apenas de um computador para acesso ao sistema instituído localmente e ainda assim, em condições precárias.

Ao tratar sobre a utilização das fichas CDS, os profissionais usam, além da ficha de cadastro individual, as fichas de atendimento individual e odontológico, ficha de procedimentos e atividades coletivas. Os dados coletados pelos profissionais nessas fichas são encaminhados via fluxo de motoboy a um núcleo na Secretaria Municipal de Saúde para digitação no servidor local do e-Sus. Observam-se nos relatos dos participantes da pesquisa, dificuldades na utilização das fichas, inclusive conferindo um peso negativo ao uso desses instrumentos oficiais de registro. Os motivos elencados variam: necessidade de abordagens mais funcionais e objetivas para o trabalho da eCR, otimização dos instrumentos, insatisfação com os fluxos de registros instituídos, desconhecimento das obrigatoriedades de registro, descontentamento com a configuração e organização da ficha. Ao serem indagados sobre participações em capacitações

específicas para os registros nessas fichas, muitos alegam apenas terem participado em experiências anteriores, em outras unidades da atenção básica:

“As formas oficiais de registro precisam ser mais objetivas [...] Aí cria-se um formulário de informação que não deu conta daquilo ali e ao invés de eliminar esse ou adequar, cria-se outro para dar conta dessa necessidade... E aí daqui a pouco estamos com dez coisas pra preencher e isso é mais cansativo do que produtivo” (Profissional 2).

“E ainda tem o E-Sus [...] que é a nossa produtividade e a gente tem que responder” (Profissional 9)

“O nosso E-Sus, registro de trabalho, não é funcional. A gente não consegue registrar as coisas que a gente executa e é muita coisa. Os redutores de danos usam fichas específicas para os ACS que nem tem ações que os redutores de danos fazem!” (Profissional 1)

“Se eu faço um teste rápido, não posso registrar na mesma ficha, tem que usar outra... Fora o tamanho do quadradinho para colocar o número...” (Profissional 3)

“No meu caso tenho até espaços para registrar as coisas, mas não tenho tempo pra fazer isso... Por exemplo, a gente está no meio do campo noturno e daí, além de fazer o cadastro do paciente que eu não consigo porque muitas vezes não tem o cartão do SUS, nem tem um outro documento, nada... Pra gente anotar a data de nascimento, muitos estão alcoolizados e não sabem informar, não sabem CPF, nome da mãe... Daí a gente pega o nome e o que consegue e no dia seguinte vamos tentar pesquisar um por um pra registrar? Não, não vamos; no dia seguinte já tem outras coisas.” (Profissional 9)

“Não temos campos para registros para benefícios recebidos; ações de tabagismo; saúde reprodutiva; puericultura; distribuição de insumos para redução de danos” (Profissional 3; 9; 6, 1)

“O registro SIGTAP?! Ai de você se não souber o código de cabeça...” (Profissional 6).

Outro ponto muito discutido, refere-se à utilização de ferramentas de comunicação como meio para registro e compartilhamento das informações do cuidado. O uso do telefone pessoal, através de aplicativos de mensagens, como o *WhatsApp* foi muito questionado entre os participantes da equipe. Embora, pareça ser algo instituído como prática, verificou-se descontentamento com a expectativa de acompanhamento constante das trocas de mensagens e com a necessidade de respostas imediatas, com a duplicidade de registros em diversos instrumentos/ferramentas, além da preocupação com o compartilhamento dos dados sensíveis dos usuários (como no caso citado, onde um membro da equipe faleceu, mas o número de

celular pessoal permaneceu no grupo do *WhatsApp*, sem saber quem era responsável por aquele contato, desde então):

“A gente usa o grupo do WhatsApp para informar que fulano está em tal lugar, a gente usa o prontuário...” (Profissional 1).

“Essa questão do telefone, por exemplo, acho confuso... E se eu não tiver crédito hoje?! Não paguei a fatura?! Aí eu não tenho como me comunicar no grupo... Aí fui fazer algo e esqueci uma referência?! Ah, mas botei no grupo, você não viu?! Não... não tem como ficar olhando o grupo o tempo todo...” (Profissional 6)

“O telefone pessoal não pode ser meio oficial de registro em serviço nenhum... Tem coisas, inclusive, que não deveriam ser ditas em grupo nenhum... Uma coisa muito importante seria reforçar os meios oficiais de registros, que seja livro de ocorrências, prontuário eletrônico, enfim, coisas oficiais... E deixar essas ferramentas digitais para recados, lembretes, coisas triviais” (Profissional 9)

“Temos que ter algo único que gere informação para todos. Por exemplo, nós temos um livro de registro, onde a gente registra tudo que acontece na base todos os dias, mas além disso, temos o nosso WhatsApp que nós temos que colocar muitas informações do nosso dia a dia no nosso telefone” (Profissional 2)

Embora reconhecidamente tratada como estratégica para tomada de decisão e planejamento das ações, a utilização das informações ainda aparece como um campo distante da realidade das equipes. Isso é observado não apenas na fala dos profissionais, como também na própria postura ao serem estimulados a falar sobre o assunto: foi possível identificar pausa longa e incomum na discussão, que pode apontar para uma certa insegurança ao pensar na informação como parte integrante do seu processo de trabalho. Um outro ponto mencionado, relacionado à utilização da informação como meio avaliativo do processo de trabalho, refere-se às dificuldades em trabalhar os dados gerados e de retorno desses dados:

“A gente não sabe as verdadeiras carências, onde a gente pode estar atuando, o que pode tá mudando... Ninguém acessa diretamente as informações” (Profissional 3).

“Se em algum momento discutimos os dados do trabalho, foi em reunião de equipe...” (Profissional 6)

“No Médico de Família dá pra fazer isso, mas no nosso trabalho é muito difícil de fazer esse acompanhamento [se referindo a momentos de discussão dos dados gerados] pois a nossa população é móvel... Daí a gente perde o contato, dificultado trabalhar esse processo” (Profissional 5)

“Mas uma coisa a gente viu que, mesmo a gente tendo uma população feminina muito grande, o número de rastreio tanto de mamografia quanto de coleta de preventivo foi mínimo... E aí a equipe de organizou oficiosamente para pegar mais suprimentos e estimular a coleta” (Profissional 9)

“A gente tem um monte de informação, mas a gente não consegue fazer um relatório com algo que a gente precise... Acho ainda que deve haver um subregistro muito grande por conta da gente não vê o retorno na utilização das informações” (Profissional 7)

Diante da produção dos discursos, organizadas a partir das categorias aferidas, foi possível identificar caminhos para subsidiar a reflexão das diversas questões apresentadas. Tais achados também auxiliaram na construção do instrumento de registro voltado ao trabalho das eCR. Tanto a discussão quanto o instrumento de registro, produto técnico dessa pesquisa, são apresentados a seguir.

8. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados apresentados anteriormente se dará a partir da análise das categorias, apoiando-se nas referências bibliográficas pesquisadas. Desse modo, cabe reiterar que discutir os registros em saúde gerados pelas eCR, além dos aspectos que influenciam na produção das informações em saúde, são pontos relevantes na medida em que conferem visibilidade ao trabalho dessas equipes e às vulnerabilidades vividas pelos usuários alvos do cuidado, subsidiando a avaliação das políticas públicas.

Após a garantia da instituição das eCR pela PNAB em 2011 e com a promulgação da portaria 122 do mesmo ano que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, houve grande incentivo por parte do Ministério da Saúde para que as equipes de Consultório de Rua se adequassem às configurações definidas. Conforme aponta Louzada (2015), a instituição de equipes específicas para o cuidado da PSR, colaborou para a associação das lógicas de atenção em saúde mental e da atenção básica, impactando na ampliação de recursos para lidar com as complexidades dos casos presentes. Tal processo contribuiu para que as equipes de saúde da família voltadas para o cuidado da PSR (até então mencionada como *sem domicílio*), passassem por mudanças significativas em seu processo de trabalho, uma vez que houve o acréscimo de profissionais de saúde mental e profissionais voltados às ações de redução de danos.

A instituição de novos profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes sociais - preferencialmente, com experiência prévia em atenção a PSR - e da previsão de horários de trabalho adaptados às demandas dessa população (como períodos diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana); propiciou novas configurações de redes assistenciais e revelou novos desafios à efetivação dos preceitos e diretrizes do SUS. Conforme aponta Rosa e Santanna (2018), essa nova configuração de equipe promoveu o deslocamento dos profissionais e da própria estrutura assistencial para fora dos serviços, além da necessidade de repensar as estratégias de cuidado - até então, voltadas para uma atenção domiciliar. Londero, Ceccim e Bilibio (2014) corroboram com tal afirmação, ao compreender que a iniciativa de, efetivamente, configurar uma equipe multiprofissional em trânsito na cidade, considerando os aspectos socioculturais de cada território, coloca o sistema de saúde em xeque ao trazer à tona um tipo diverso de população, que traz a necessidade de problematizar os modos estruturados de produzir saúde e as características e prioridades da organização dos serviços.

Na prática, o trabalho das eCR deve ser realizado de forma colaborativa, entre os diversos profissionais atuantes, o que exige a ampliação do olhar sobre o processo saúde

doença, demandando novas proposições de trabalho que considerem diferentes dimensões de organizações, potencialidades e vulnerabilidades inerentes à situação da rua. Contudo, esse trabalho deve ser realizado com a devida atenção para não haver fragmentações entre os diversos saberes presentes na equipe. Considerando isto, o cuidado da PSR escancara alguns dilemas à prática do profissional de saúde quando este se depara com situações quase nunca trabalhadas em sua formação. O profissional se vê diante da necessidade de promover o cuidado em situações insalubres, de modos de vida estranhos a sua própria realidade, situações que vão de encontro ao modelo biomédico de fazer saúde e que não são solucionadas pela aplicação de protocolos (LOUZADA, 2015).

Destaca-se a presença de apenas um médico para as duas equipes cadastradas no município de estudo. Em estudo desenvolvido por Engstrom et al (2019), a valoração do trabalho de todas as categorias profissionais da eCR foi percebida através da participação integrativa na construção coletiva de projetos assistenciais coletivos e/ou individuais, pactuados em reuniões regulares das atividades, sendo essencial, a presença do médico, para a qualidade e continuidade da atenção, além de ampliar a resolutividade da atenção.

Com relação ao perfil dos profissionais das eCR, verificou-se nessa pesquisa, um percentual significativo de mulheres, semelhante a resultados encontrados em outros estudos realizados em diversas regiões do país, onde houve predominância do sexo feminino entre os profissionais que compõem as equipes da atenção básica (TOMASI et al, 2008; MARQUI et al.; 2010; BARBOSA et al, 2019; OLIVEIRA et al, 2016). Esses achados repercutem o fato de que as mulheres são a principal força de trabalho da saúde. Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), publicadas em 2020, com base em dados do IBGE, apontam que as mulheres representam 65% dos profissionais atuantes no setor saúde, tanto em atividades assistenciais, quanto nas atividades indiretas, como ensino e pesquisa na área. Em algumas carreiras, este processo de feminilização tem grande impacto, como no caso dos nutricionistas, em que as mulheres correspondem a mais de 90% dos profissionais; sendo prudente registrar que profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária estão cada vez mais femininas (WERMELINGER, et al, 2010).

Importante mencionar ainda a maioria de profissionais autorreferidos como pretos ou pardos nessa pesquisa. Embora existam iniciativas em torno da coleta de dados referentes ao quesito raça/cor - tal como a recente portaria ministerial nº 344 de 2017 que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde- no campo da saúde do trabalhador ainda são escassas as pesquisas epidemiológicas que priorizem

a coleta e análise de dados de cor/raça. Tal fato gera dificuldades para traçar um perfil a respeito das condições de saúde de trabalhadores negros e negras (SOUZA, 2018).

Ademais, ao discutir o perfil das eCR, o grau de escolaridade aferido demonstra que os profissionais procuram algum nível de formação complementar na área da saúde, ficando ainda mais evidente ao se tratar dos profissionais com nível de graduação. Entretanto, é importante considerar que além da atualização técnico-científica, a formação desses profissionais deve englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização, para que, desta forma, consigam encontrar meios mais resolutivos de acolhimento e cuidado, a partir das necessidades da população (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Embora seja garantido por portaria que as eCR tenham acesso a processos de educação permanente, que envolvam dentre outros aspectos, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da PSR, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos (BRASIL, 2011); conforme afirma Machado e Rabello (2018) não há diretrizes relacionadas à organização do trabalho da eCR ou para a formação de profissionais voltados para essa população, acrescentando ainda que há ainda um descompasso entre as ofertas de qualificação acadêmica e as reais demandas das ruas que se apresentam aos trabalhadores das eCR. Em estudo realizado, esses autores buscaram apresentar um rol sistemático de competências necessárias às eCR, onde destaca-se a discussão sobre o equilíbrio necessário entre a clínica e o trabalho em rede, na tentativa de reverter ou escapar da priorização da dimensão clínica e emergencial do trabalho, dando menor prestígio para os elementos que podem contribuir com a organização do processo de trabalho e a relação com outros serviços e políticas públicas.

Observou-se na pesquisa que a grande maioria dos profissionais participantes referiram ter tido alguma experiência anterior em unidades de atenção básica, com uma média de tempo significativa. Identificou-se que tal situação é semelhante em outras configurações municipais (KAMI, 2015), embora sejam escassos trabalhos que abordem o perfil das eCR. A presença de profissionais com esse tipo de experiência pode estar relacionada à própria forma como as eCR instituíram-se, a partir de uma necessidade identificada pelo trabalho das equipes de saúde atuantes na ESF e/ou nas unidades básicas. Importante acrescentar ainda que, tal fato, pode ser um ponto positivo considerando a atuação em rede do trabalho no Consultório na Rua, o que pode ser um facilitador para a comunicação e identificação dos diversos equipamentos e serviços de referência no território, bem como para o estabelecimento de acordos e fluxos.

Com relação ao tempo de atuação no Consultório na Rua, metade dos profissionais estão na faixa de 3 a 6 anos trabalhando nas equipes. Esse critério temporal é um dos pontos que favorece a relação mútua com os usuários, na medida em que fortalece a longitudinalidade das práticas de trabalho, pois o acompanhamento nos diversos espaços (rua, hospitais, abrigos etc.), possibilita a construção de vínculo e de uma atenção integral, ancorados na escuta e no acolhimento (LOUZADA, 2015).

Considerando o objetivo dessa pesquisa, alguns elementos podem influenciar no andamento dos processos e na qualidade dos registros de informação das equipes de saúde. Cada vez mais, as organizações se estruturam em torno da necessidade da conectividade e interatividade em tempo real, através das tecnologias de informação e das redes de comunicação. Os processos organizacionais moldam-se em torno da coleta de dados fidedignos, os quais associados vão gerar informações que levem ao conhecimento da realidade para uma tomada de decisão que resulte em ações efetivas (CUNHA, 2005). Não obstante, deve-se garantir um mínimo de estrutura como ponto de partida para essa proposição.

Embora tenham ocorrido ao longo dos anos, inúmeros debates e políticas que versam sobre os investimentos necessários em infraestrutura tecnológica para a área da saúde⁹, o que ainda se observa é um atraso no desenvolvimento tecnológico, com baixa conectividade e desigualdades nas diversas regiões brasileiras, muito associado ao financiamento insuficiente (CAVALCANTE et al, 2015). De acordo com publicação de Barbosa (2015), a disponibilização de computadores e do acesso à internet nos estabelecimentos de saúde do país vem aumentando, contudo, ainda de forma desigual: enquanto, em regiões como Sul e Sudeste esse acesso varia entre 96% e 98% dos estabelecimentos de saúde com conectividade e acesso a computadores, nas regiões Norte e Nordeste, esses números oscilam entre 82% e 92%, sendo os estabelecimentos públicos aqueles que apresentaram menores percentuais na análise. Para além de equipamentos e conectividade, deve-se ainda levar em consideração o fator humano, que é de extrema importância para o sucesso ou insucesso de um sistema, pois as pessoas farão uso da tecnologia adotada e o treinamento delas é um item indispensável para a organização (NOVOA e NETTO, 2019).

Complementando essa discussão, o espaço físico de atuação das eCR deve ser levado em consideração. Embora essas equipes, por força de norma, devam utilizar, quando necessário, as instalações das unidades básicas de saúde; um mínimo de estrutura para organização do acolhimento e dos atendimentos faz-se necessário. Espaços apropriados para ações internas,

⁹Assunto abordado no título 5.2. Política Nacional de Informação em Saúde: Marcos Históricos e 5.4. A Estratégia e-Sus Atenção Básica e sua Interface com as Equipes de Consultório na Rua.

que fazem parte da rotina das equipes, como por exemplo, reuniões periódicas, atendimentos individuais, consultas e registros nos sistemas de informação e acolhimento aos usuários; são fundamentais para a organização do processo de trabalho, incluindo os processos informacionais, e para a garantia do acesso.

Cabe reiterar que, ainda que o acesso seja um conceito que apresenta múltiplas dimensões, uma de suas características está relacionada à disponibilidade do serviço com equipamentos e recursos humanos suficientes. Não obstante, somente a existência do serviço não garante o acesso, já que outras questões, relacionadas a possíveis barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras; podem influenciar, facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2004). Ao tratar da PSR, essas barreiras tornam-se ainda mais potencializadas, devido ao grau de estigma e invisibilidade que essa população carrega.

Nessa lógica, carros adaptados para atendimentos na rua, também são meios importantes para o acesso da PSR. Essas atividades *in loco* compreendem a realização de ações - como entrevista inicial para anamnese, orientação e promoção de saúde, curativos de pequeno porte, atendimentos/avaliações clínicas não invasivas, etc. - que possibilitam o cuidado à saúde e maior integração com os usuários, a construção de vínculos que estimulem a autonomia e a autoestima, favorecendo a abordagem específica e discussões de temas de interesse comum e viabilizando, também, a busca de alternativas para as problemáticas vivenciadas no contexto da rua (BRASIL, 2012).

O conjunto de práticas de trabalho das eCR, levantado nas referências estudadas, envolvem ações de acolhimento ao usuário, cadastramento, atendimentos individuais e coletivos, realização de procedimentos, solicitação de exames e encaminhamentos, dentre outras. Diante disso, a compreensão da rua como território vivo, para além de um espaço permanente, de acomodação; deve ser parte integrante do processo de trabalho das equipes, já que essa dinâmica social, produz na PSR novos vínculos afetivos, muitas vezes semelhantes aos vínculos familiares idealizados. Neste sentido, é orientado às eCR o amplo conhecimento da sua população, o que pode ser feito através de mapeamentos da área, censos e cartografias. Esse diagnóstico inclui, além da escuta direta das pessoas, a utilização dos dados colhidos em território, tais como: locais de maior concentração e faixas etárias, fluxos de trânsito vinculados aos horários associados à alimentação, ao sono; identificação de áreas críticas, no que se refere à violência, como a presença de policiamento e tráfico/consumo de drogas; observação das demandas de saúde, como transtornos mentais sem tratamento; prostituição e uso abusivo de álcool e drogas. A preocupação com esses percursos, a escuta das demandas e o estabelecimento

de compromisso diante de algumas delas, podem representar para a equipe a necessidade de intensificar a sua presença em determinados territórios (BRASIL, 2012).

Diante dessa conformação, a pandemia da COVID-19¹⁰, exigiu uma série de adaptações na vida das pessoas em todo o mundo, trazendo inúmeros desafios e diversas repercussões na organização dos serviços de saúde. Como impactos da pandemia, as práticas de trabalho das eCR foram afetadas, com a intensificação das orientações relacionadas às medidas de prevenção contra a Covid-19, como por exemplo, medidas de distanciamento, isolamento social e higienização das mãos/utensílios. Conforme já abordado, a rua tem um significado para as pessoas de liberdade, de ocupar os espaços públicos, transitando, dormindo e se relacionando com os seus pares, o que veio a ser mais um dificultador na indução de medidas de isolamento (AGUIAR, SAMPAIO e ARAGÃO, 2021). Idas ao território, uso de transportes próprios das equipes para a locomoção de usuários, além da realização de atividades coletivas foram ações que tiveram que ser repensadas, considerando o risco aos envolvidos. Nesse sentido, a existência de pandemias traz como grande desafio a sensibilização contínua de uma população extremamente vulnerável, onde o vínculo e o adequado conhecimento do perfil da população e do território de abrangência configuram-se como aliados no enfrentamento da doença e na organização das ações.

Outras ações que desencadearam esforços extras por parte das eCR durante a pandemia foram aquelas relacionadas ao acompanhamento de usuários com comorbidades e condições pré-existentes. Usuários com problemas de saúde em tratamento relacionados às doenças infectocontagiosas (como a tuberculose), doenças respiratórias, dependência química, necessitam de ações de vigilância constantes, devido ao risco de maior adoecimento e agravamento da COVID-19 (BRITO, SILVA e XAVIER, 2020). Ademais, pessoas idosas, negros, imigrantes, indígenas, população LGBTQIA+ carecem de acompanhamento prioritário considerando que estão suscetíveis a barreiras para além daquelas já enfrentadas por sua condição de viver nas ruas. Logo, o mapeamento das vulnerabilidades do território, deve fazer parte do cotidiano das eCR, sendo um dos instrumentos que podem orientar as ações de vigilância em saúde.

Ao considerar as práticas que envolvem os fluxos de referência e contrarreferência dos usuários dentro e fora do setor saúde, ainda são nítidas as barreiras enfrentadas pela PSR no acesso aos serviços. Teixeira et al (2019) enfatizam que isso decorre de uma visão negativa e preconceituosa acerca das condições de vida e do comportamento de grupos vulneráveis, que

¹⁰Vide Nota de Rodapé nº 8.

afeta em grande parte das vezes, o comportamento dos profissionais de saúde, gerando consequências aos usuários dos serviços, como o próprio afastamento, agravando ainda mais as suas condições de vida. Essas autoras acrescentam ainda que a dificuldade do acesso fica mais evidente quando a PSR procura atendimento nos níveis de maior complexidade do cuidado, como serviços de apoio diagnóstico, hospitais e UPAs, que muitas das vezes só atendem um usuário em situação de rua quando esse é acompanhada pela eCR. Silva (2013) acrescenta que a existência de um transporte exclusivo para o CnR facilita o deslocamento tanto da equipe, como dos usuários que precisam de consultas, internações e/ou procedimentos em outro serviço. Cabe ainda, nesse sentido, repensar a criação de mecanismos que apontem, ao sistema de regulação de vagas de consultas especializadas/exames, a necessidade de priorização no atendimento da PSR, principalmente pelo fato do tempo ser um fator determinante para conseguir vincular o paciente aos procedimentos regulados (SILVA, 2013).

Embora a ausência de documentos, como CNS e a comprovação de endereço não configurem como impeditivos de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011), ações como prestar atendimento condicionando à apresentação de documentos ainda podem ser vistas. Até 2011, a ausência de endereço constituía-se em impeditivo para emissão do CNS o que contribuía como barreira de acesso ao sistema de saúde, principalmente para a PSR. Contudo, observam-se ainda em muitos municípios, dificuldades de acesso aos serviços, atribuídas ao desconhecimento da rede sobre a liberação do atendimento sem o CNS ou mesmo pela falta de documentação individual (MIRANDA, 2017).

Fluxos e processos de informação são aliados indispensáveis para o acompanhamento do cuidado ao usuário, seja em situação de rua ou não. Entretanto, para que a informação gerada seja de fato efetiva e relevante para o controle social e o planejamento das práticas em saúde, é necessário a instituição de instrumentos de coleta de dados eficazes que considerem minimamente as demandas de trabalho vivenciadas pelas equipes de saúde.

O fluxo ideal da informação em saúde envolve diversas etapas de produção que se relacionam com a origem do dado (coleta), onde eles serão processados (processamento) e onde serão avaliados (decisão e controle), que necessitam ser desenvolvidas de modo claro e sistematizadas (MORAES, 1994). Complementando essa ideia, os instrumentos e procedimentos de coleta dos dados devem estar convenientemente padronizados e adequados aos processos de trabalho das equipes, e as pessoas responsáveis pelos registros devem reconhecer a importância desse fluxo. Essa organização viabiliza o monitoramento das condições de saúde por meio de relatórios e indicadores, potencializando o uso das informações (SHARAPIN e LEANDRO, 2020).

Como produto do trabalho das equipes, os dados coletados nos prontuários dos usuários dos serviços pode ser um indicador de qualidade do atendimento, uma vez que o registro adequado tem potencial para refletir na qualidade da assistência prestada. O prontuário, adequadamente preenchido e atualizado, cumpre com o objetivo de ser um instrumento importante para condução do diagnóstico e tratamento, servindo como meio de comunicação entre os profissionais; representando para os usuários, um instrumento de defesa de direitos perante as instituições de saúde (PINTO e MUNK, 2020).

Surge de forma expressiva nesse cenário, a utilização de ferramentas eletrônicas que possibilitem os registros do trabalho das equipes, como o prontuário eletrônico do paciente (PEP). O conceito de PEP está estreitamente relacionado com a possibilidade de registro eletrônico e digitalização dos conteúdos do prontuário do paciente dentro das instituições de saúde que o tem implantado; isto é, é o prontuário do paciente, que até então estava localizado na central de arquivos ou no consultório, em papel, mas que agora está disponível em meio digital e pode ser acessado simultaneamente pelos profissionais de saúde por meio de um sistema de informação (PANITZ, 2014).

Aspectos relacionados ao uso de uma ferramenta para registro e compartilhamento das informações dos usuários, de forma segura e organizada, pode ser considerado um ganho para a produção de informação, reduzindo a necessidade de utilização de aplicativos de trocas de mensagens que geram retrabalho aos profissionais e descontentamentos, na medida que produzem quase que uma necessidade ininterrupta de acompanhamento das informações ali colocadas. Pinto e Munk (2020) aponta essa e outras questões como benefícios relacionados ao uso do PEP:

- Disponibilização de dados clínicos por meio de registros eletrônicos acessíveis e seguros, incluindo o histórico de saúde-doença dos usuários;
- Possibilidade de integração dos dados;
- Agilidade no acesso aos dados, com o apoio de mecanismos de buscas dinâmicas;
- Maior versatilidade no uso das informações, possibilitando o cruzamento, compartilhamento e acesso simultâneo dos dados (inclusive em serviços distintos);
- Extinção de deterioração ou extravio do conteúdo físico;
- Redução de informações duplicadas;

- Facilitação do monitoramento e avaliação das ações em saúde, bem como dos custos diretos e indiretos;
- Racionalização do espaço físico das unidades;
- Eliminação do registrar os mesmos dados em instrumentos distintos;
- Facilitação da padronização dos registros e do preenchimento de dados considerados obrigatórios;
- Melhora da qualidade da assistência.

Mesmo diante das inúmeras vantagens da implementação de um PEP, certos pontos devem ser levados em consideração. Um deles é a necessidade de investimentos para aquisição de *hardware* e adaptação da estrutura física dos serviços. Nesse sentido, cabe citar a Estratégia e-Sus AB¹¹ que através da instituição de incentivos financeiros federais de fomento à informatização das unidades básicas e da disponibilização de *softwares*, como o PEC e-Sus, busca facilitar o envio de dados ao SISAB, qualificando a informação da atenção básica em nível nacional (BRASIL, 2020).

Outros pontos a serem destacados que irão influenciar o sucesso da utilização de ferramentas eletrônicas no processo de cuidado são: a necessidade de profissionais qualificados para o uso das ferramentas; a resistência dos profissionais em relação às mudanças que envolvem a implantação de sistemas informatizados; o tempo inicial de adaptação que pode incorrer em aumento do tempo de atendimento; a necessidade de suporte técnico especializado para as intercorrências; o risco da adoção de sistemas não intuitivos e descolados do processo de atenção à saúde e o risco na adoção de sistemas incompatíveis com outros da instituição, impedindo os benefícios da interoperabilidade (PANITZ, 2014; PINTO e MUNK, 2020). Considerando esse último aspecto, Felinto (2017) aponta que, embora os PEP se mostrem importantes ferramentas de trabalho, a existência de múltiplos prontuários sem a devida integração, pode contribuir à fragmentação da rede e à descontinuidade do cuidado da PSR, principalmente, em decorrência do caráter itinerante desta população. Todos esses aspectos devem ser levados em consideração para que a implementação de ferramentas que apoiem o registro eletrônico agregue, de fato, aos processos e fluxos de informação em saúde.

A pandemia da COVID-19 acrescentou à discussão a relevância de ferramentas tecnológicas no apoio às atividades das equipes, como no cadastro para solicitação do auxílio emergencial e na utilização de plataformas digitais para acompanhamento e atendimento dos

¹¹ Assunto abordado no título 5.4. A Estratégia e-Sus Atenção Básica e sua Interface com as Equipes de Consultório na Rua.

usuários abrigados. Conforme salientam Caetano et al, o escopo amplo e a flexibilidade das tecnologias digitais, ajustando-se às necessidades em saúde de cada contexto, podem propiciar soluções inovadoras de prestação de serviços, dada a sua capacidade de diminuir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde, reduzir o risco de contaminação de pessoas e a propagação de doenças transmissíveis, estreitando as relações e facilitando a comunicação.

Ao considerar a Estratégia e-Sus AB como possível indutora da qualificação de produção da informação na atenção básica, cabe discutir o nível de compreensão e utilização das fichas CDS pelos profissionais das equipes de saúde. Essas fichas são instrumentos que viabilizam a coleta de dados de cadastros, visitas aos usuários e às famílias, atendimentos individuais e atividades coletivas desenvolvidas pelas equipes. Considerando que são indicadas para cenários municipais sem informatização, os dados coletados devem ser digitados no *software* CDS off-line e, posteriormente, enviados para o SISAB (BRASIL, 2013). Embora os campos descritos nas fichas CDS apoiem algumas ações, como aquelas ligadas ao reconhecimento da situação de saúde do território, ainda são limitados para o adequado planejamento e monitoramento das práticas de trabalho das eCR.

Ainda que tenha havido avanços com relação ao não condicionamento do registro de documentações para atendimento nas unidades, cabe ainda considerar a necessidade de o usuário possuir CNS ou CPF para vinculação a uma equipe. Por um lado, enquanto isso qualifica o acompanhamento através da individualização dos dados coletados, pode ser um desafio para o registro das ações das eCR, considerando as dificuldades da PSR em emitir e/ou manter a guarda de documentos, ou até mesmo, diante dos possíveis locais de atendimento, como em cenas de uso de álcool e outras drogas, em que as condições encontradas podem dificultar a captação de dados pessoais.

Em estudo realizado por Vale (2017), várias questões foram levantadas quanto aos aspectos da Estratégia e-Sus que dificultam a utilização das fichas por parte dos profissionais das eCR, tais como: dificuldade de compreensão da estratégia, sua utilização e importância para o CnR; falta de capacitação dos profissionais para a utilização das fichas CDS; falta de infraestrutura adequada dos serviços; inadequação da estratégia e-Sus AB ao trabalho das eCR; ausência de sensibilização individual e/ou coletiva quanto à estratégia e-SUS AB; falta de suporte técnico em caso de dúvidas; complexidade da ficha e dúvidas no seu preenchimento; grande demanda, rotatividade e complexidade dos usuários assistidos; valorização do atendimento na rua em detrimento do tempo de registro na estratégia e-SUS AB; manuseio das fichas diante da especificidade nos atendimentos na rua.

Considerando as particularidades de trabalho das eCR, Kami (2015) aponta um conjunto de funcionalidades que seriam importantes num instrumento de coleta de dados voltado ao trabalho dessas equipes, são eles: tempo de rua; motivo de saída para a rua; cidade de procedência; benefícios; alimentação; higiene; referência familiar; instituição acompanhada; antecedentes pessoais/familiares/autorreferidos; encaminhamentos para outros serviços (ambulatório especializado, Centro de Especialidade Odontológica; Centro POP; Comunidade terapêutica, CRAS, CREAS, hospital, equipe NASF, equipe de Saúde da Família, UPA, Conselho Tutelar, Defensoria Pública); necessidade de utilização de transporte para encaminhamento (transporte: próprio, SAMU, transporte social ou ambulância); motivo de desvinculação da PSR da eCR (por abandono ou perda de contato, por óbito, por reinserção social). Para atividades coletivas, entende-se a importância de registros de reuniões realizadas pelas eCR (seja com outras equipes do setor saúde ou de outros setores, como a assistência social), registro de atividade em grupo desenvolvida pela eCR com a PSR; registro do tipo de abordagem realizada e local (rua, praça, terminal, viaduto, construções, terrenos, outros), além do registro de fornecimento de insumos (preservativo, escova de dente, pasta de dente, kit abstinência, entre outros).

Medeiros et al (2017) acrescenta a discussão ao pontuar que a escassez e a superficialidade no treinamento dos profissionais para uso e digitação das fichas são pontos que podem impactar na adequada utilização desses instrumentos. Ressaltam que o primeiro contato com as fichas, considerando todos os campos e suas particularidades pode gerar desconforto aos profissionais, o que demanda a necessidade de maior aprofundamento nas capacitações. Ao considerar ainda que o manuseio das fichas é descrito como um processo mecânico de difícil aceitação, a falta de interesse pode ser justificada pelo desconhecimento do propósito da estratégia e pelas orientações insuficientes, sendo esse processo visto como um trabalho a mais pelos profissionais das equipes (VALE, 2017).

Diante dessa conformação, fica evidenciado que as práticas de monitoramento e avaliação das ações das eCR são comprometidas pela ausência de instrumentos que vinculem o registro de todos os eventos técnicos e administrativos ocorridos na atenção à PSR e que consolidem dados, para facilitar a elaboração dos planos de cuidado, com a possibilidade de relatórios gerenciais, de acordo com as necessidades específicas de trabalho dessas equipes (KAMI, 2015).

9. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Por meio da revisão de literatura, documentos e normativas específicas, associados ao trabalho de campo realizado, foi possível verificar que, embora existam instrumentos de coletas de dados normatizados para o trabalho das eCR, esses não trazem campos suficientes para o registro das especificidades de cadastro ou do cuidado em saúde da PSR.

Assim sendo, a seguir é apresentado um instrumento de coleta de dados com blocos para registros das ações em saúde realizadas pelas eCR, considerando minimamente, os dados obrigatórios elencados pela política de informação em saúde na atenção básica. O instrumento abrange campos estruturados para facilitar a consolidação das informações e ainda campos não-estruturados, voltados ao registro qualitativo de informações específicas. Essa configuração, além de subsidiar a coleta dos dados relacionados ao trabalho das equipes, possibilita ainda ações de monitoramento, que vão desde o mapeamento dinâmico do território de atuação até o acompanhamento do cuidado a partir de indicadores de desempenho.

➤ **Cabeçalho de identificação:**

Nesse bloco do instrumento, são considerados os dados necessários à identificação do estabelecimento de saúde (CNES e nome da unidade de saúde) e identificação da equipe responsável pelo acompanhamento do usuário (INE e nome da equipe). Para facilitar o preenchimento, esses dados podem ser automatizados (no caso de uso de sistemas eletrônicos). São considerados ainda, dados relacionados ao profissional responsável e a data do registro. Esses dados de identificação são fundamentais para a consistência das informações processadas pelo SISAB e devem estar em acordo com os dados cadastrais do CNES.

1. Identificação do Estabelecimento/Profissional	
UBS:	CNES:
Equipe:	INE:
Nome do profissional:	
CNS:	CBO:
Data: ____/____/____	Nº do prontuário:

➤ **Identificação do usuário:**

São campos relevantes para identificação do usuário que possibilitam traçar o perfil da população cadastrada, como por exemplo, predominância de faixa etária, raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero. O campo Nome social refere-se à designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Deve estar presente nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres; acompanhado do nome civil, o qual deverá ser

utilizado apenas para fins administrativos internos. Importante mencionar a presença de campos documentais que são importantes para a individualização das informações, embora a prestação do cuidado não deva estar condicionada ao registro de RG, CNS e/ou CPF.

2. Identificação do usuário		
Nome completo:		
Nome social:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____	
CNS: _____	CPF: _____	RG: _____
Sexo: () Feminino () Masculino		
Identidade de gênero: () Travesti () Mulher trans () Homem trans () Outro		
Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outra		
Nome completo da mãe: _____		() Desconhecido
Nome completo do pai: _____		() Desconhecido
Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena; etnia:		
Nacionalidade: () Brasileiro () Naturalizado () Estrangeiro		
Município e UF de nascimento:		
Se estrangeiro: País de Nascimento: _____		Data de entrada no Brasil: ____/____/____
Estado civil: () Casado () União estável/consensual () Solteiro () Divorciado () Separado () Viúvo		

➤ Situação Social:

Bloco que apresenta os campos relacionados à situação sociodemográfica, como os locais de permanência do usuário, suas condições de sustento, tempo em situação de rua, acesso à alimentação e higiene, referência familiar e possíveis medidas de privação de liberdade. Os diversos campos para registro dos locais de permanência (incluindo as atividades noturnas) possibilitam mapear o deslocamento dos usuários, facilitando o trabalho de acompanhamento pelas equipes dentro do território de atuação. O campo “Conflitos com a lei” possibilita a identificação de usuários egressos do sistema prisional que estejam em situação de rua, o que pode apoiar a articulação dos casos com o poder judiciário.

3. Situação social	
1. Local de permanência durante o dia:	
End.: _____	Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ Tel. contato: () _____ - _____	
Pto. de referência: _____	
Território violento: () Não () Sim. Especifique: _____	
2. Local de permanência durante o dia:	
End.: _____	Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ Tel. contato: () _____ - _____	
Pto. de referência: _____	
Território violento: () Não () Sim. Especifique: _____	
3. Local de permanência durante o dia:	
End.: _____	Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ Tel. contato: () _____ - _____	
Pto. de referência: _____	
Território violento: () Não () Sim. Especifique: _____	
Local de permanência durante a noite:	
Pto. de referência: _____	
Território violento: () Não () Sim. Especifique: _____	
Escolaridade: () Analfabeto () Alfabetizado () Educação infantil () Ensino fundamental completo	

<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ignorado	
Trabalha ou realiza atividade remunerada? <input type="checkbox"/> Sim, trabalho formal <input type="checkbox"/> Sim, trabalho informal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Auxílio-doença Profissão ou ocupação: _____	
Possui benefícios da assistência social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, qual: <input type="checkbox"/> Auxílio Brasil <input type="checkbox"/> BPC <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Outros	
Possui animais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos: _____	
Tempo em situação de rua: <input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> > 5 anos Cidade/UF _____ de procedência: _____ Principal motivo de ida para rua: _____	
Alimentação: <input type="checkbox"/> 1x/dia <input type="checkbox"/> 2/3x/dia <input type="checkbox"/> > 3x/dia Origem da alimentação: <input type="checkbox"/> Restaurante popular <input type="checkbox"/> Doação <input type="checkbox"/> Outras	
Acesso a higiene pessoal: <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene bucal <input type="checkbox"/> Não possui	
Suporte familiar: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Parcial Nome da principal referência: _____ Tipo de vínculo: _____ Tel. Contato: _____	
Conflito com a lei: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Se sim, especificar: <input type="checkbox"/> Medida de segurança <input type="checkbox"/> Medida socioeducativa <input type="checkbox"/> Medida alternativa <input type="checkbox"/> Pena de reclusão <input type="checkbox"/> Liberdade assistida Início e término da medida e/ou pena: ____/____/____ a ____/____/____ Local de cumprimento da medida e/ou pena: _____	

➤ **Condições de Saúde/Conduta terapêutica:**

Bloco que busca subsidiar os registros dos atendimentos e procedimentos realizados pelos profissionais das equipes. Apresenta campos para registros do local onde foi realizado o atendimento, o tipo de consulta, se foi realizado com algum outro profissional, além daqueles relacionados ao exame físico e acompanhamento das condições de saúde. Traz, minimamente, campos estruturados e não-estruturados que induzem ao conhecimento de possíveis deficiências, transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas, doenças transmissíveis etc. e ainda, se o usuário é acompanhado por outra instituição de saúde (como CAPS, por exemplo). Apresenta a possibilidade de registro dos procedimentos realizados (incluindo a oferta de insumos e materiais relacionados às ações de reduções de danos), exames e medicações, além de um campo para relatos ou intercorrências importantes, observados no trabalho de campo. O desfecho do atendimento possibilita sinalizar os equipamentos – do setor saúde ou não - para os quais os usuários podem ser encaminhados, especificando o meio de locomoção e se há necessidade de acompanhamento por algum profissional da eCR.

5. Condições de Saúde/Conduta Terapêutica
5.1. Atendimento
Tipo de consulta: <input type="checkbox"/> Demanda agendada <input type="checkbox"/> Demanda espontânea <input type="checkbox"/> Escuta/orientação inicial <input type="checkbox"/> Atendimento de urgência No caso de interconsulta, especificar: <input type="checkbox"/> Profissionais da ESF/NASF <input type="checkbox"/> Profissionais do CAPS <input type="checkbox"/> Outros
Local do atendimento: <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Rua <input type="checkbox"/> Unidade móvel <input type="checkbox"/> Instituição/abrigo
Turno do atendimento: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite

5.2. Exame Físico		
Peso (kg): _____ Altura (cm): _____ Perímetro cefálico (cm): _____		
Pressão arterial (mmHg): _____ Frequência cardíaca (bpm) : _____		
Frequência Respiratória (mrm): _____ Glicemia Capilar (mg/dl): _____		
Temperatura corpórea (°C): _____		
Situação de violência: () Sim () Não		
Se sim, qual? () Física () Sexual () Tortura () Psicológica/moral		
() Tráfico de seres humanos () Patrimonial () Negligência/abandono () Trabalho infantil		
() Outras: _____		
Vacinação em dia? () Sim () Não		
5.3. História Familiar (configuração/suporte/ histórico de doenças):		
5.4. Condições de saúde:		
Tem alguma deficiência? () Sim () Não.		
Se sim, qual? () Visual () Física () Auditiva () Intelectual/Cognitiva () Outra, qual? _____		
Transtornos mentais: () Sim () Não. Se sim, qual (is)? _____		
Já fez acompanhamento anterior em saúde mental () Sim () Não		
Faz uso de Álcool e/ou outras drogas? () Sim () Não. Se sim, qual (is)? _____		
Esteve internado nos últimos 12 meses? () Não () Sim; por qual causa _____		
Gestante? () Não () Sim () NSA		
DUM: ____/____/____		
Condições avaliada:		
() HAS () Diabetes () Tuberculose () Hanseníase		
() AVC/Derrame prévio () Doença cardíaca () Insuficiência renal		
() Desnutrição () Obesidade () HIV/AIDS		
() Sífilis () Outras IST; especificar: _____		
() Pneumonia () Câncer; especificar: _____		
Outras condições de saúde (CID-10 e CIAP-2): _____		
Acompanhado por outra instituição () Não () Sim; especificar: _____		
5.5. Procedimentos realizados:		
() Curativo simples () Curativo especial () Coleta de material para exame laboratorial		
() Eletrocardiograma () Coleta de citopatológico de colo uterino () Exame de pé diabético		
() Remoção de corpo estranho – auditivo/nasal/subcutâneo () Retirada de cerume		
() Retirada de pontos () Sutura simples		
() Teste rápido; especificar: _____		
() Administração de medicamentos; especificar: _____		
() Vacina de rotina, especificar (Dose/Lote/Fabricante): _____		
() Vacina de campanha, especificar (Dose/Lote/Fabricante): _____		
() Outros procedimentos: _____		
No caso de ações de redução de danos, sinalizar:		
() Educação/aconselhamento		
() Distribuição de insumos; especificar (Tipo e quantidade): _____		
() Distribuição de materiais informativos; especificar (Tipo e quantidade): _____		
5.6. Exames solicitados e avaliados:		
Exame	Solicitado em (__/__/__):	Avaliado em (__/__/__):

5.7. Medicações:		
Medicamento	Data da Prescrição	Posologia Atual
5.8. Relatos de campo/Observações/Intercorrências:		
5.9. Desfecho:		
<input type="checkbox"/> Retorno para consulta <input type="checkbox"/> Alta do episódio		
Encaminhamentos (intra-setorial):		
<input type="checkbox"/> Consulta/Atendimento especializado <input type="checkbox"/> Estratégia de Saúde da Família/NASF		
<input type="checkbox"/> Hospital/UPA <input type="checkbox"/> NSA		
Encaminhamentos (inter-setorial):		
<input type="checkbox"/> Centro POP <input type="checkbox"/> CRAS/CREAS <input type="checkbox"/> Identificação civil		
<input type="checkbox"/> Vara da Infância/Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Defensoria Pública/Ministério Público		
<input type="checkbox"/> NSA		
Meio de transporte para encaminhamento?		
<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Ambulatório móvel (CnaR) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> NSA		
Usuário necessita de acompanhamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NSA		

➤ **Situação do cadastro:**

Este bloco traz campos que apontam para os motivos de não acompanhamento dos usuários assistidos, nos casos de: abandono ou perda de contato; reinserção social ou óbito, sendo importante registrar a data de ocorrência desse. São campos importantes que irão subsidiar o monitoramento do cadastro das equipes.

6. Situação do cadastro:
Motivo de desvinculação do usuário:
<input type="checkbox"/> Abandono/perda de contato
<input type="checkbox"/> Reinserção social
<input type="checkbox"/> Óbito; informe a data: ____/____/____

➤ **Atividades educativas, culturais e de autocuidado:**

O bloco de atividade educativas, culturais e de autocuidado traz campos para registro consolidado das atividades coletivas realizadas pelas eCR. Essas ações, também presentes no escopo de trabalho das eCR, visam fomentar a autoestima dos usuários, diminuindo estigmas e promovendo a cidadania da população assistida.

7. Atividades educativas, culturais e de autocuidado:
Data a atividade: ____/____/____
Tipo da atividade: () Educação em Saúde () Eventos culturais () Outras _____
Local da atividade: () UBS () Rua () Instituição/abrigo () Outros
Distribuição de insumos: () Kit de higiene pessoal () Kit de saúde bucal () Preservativos () Outros; especificar: _____
Nº de participantes: _____
Profissionais que participaram da atividade: Nome: _____ CNS: _____ CBO: _____

10. CONCLUSÃO

Ao considerar que o trabalho das eCR envolve diversas complexidades relacionadas às especificidades em saúde da população atendida, coube refletir sobre a adoção de processos e instrumentos de informação em saúde adequados a essa realidade. Desta forma, esta pesquisa buscou desenvolver um produto técnico, aplicável à prática de trabalho das eCR, com o objetivo de apoiar o planejamento e monitoramento das informações em saúde produzidas por essas equipes.

Os aspectos contextuais e conceituais buscaram apresentar a informação em saúde como algo que oscila entre aparatos técnicos e tecnológicos e entre um contorno político, econômico e social. Reconhecer a informação na sua característica mais abrangente, para além das necessidades tecnológicas, é compreendê-la a partir da interação entre os sujeitos, como algo que pode representar a realidade. Os registros em saúde, surgem como a materialização dessa visão, que possibilita conhecer a situação de saúde a partir de um conjunto de dados brutos, considerados a matéria-prima da informação. Nesta concepção, a informação deve ser vista como um espaço estratégico, como um instrumento de apoio ao processo decisório, subsidiando o planejamento e políticas de saúde, bem como a produção de conhecimento e do controle social.

Ao discutir os contornos histórico-sociais que perpassaram a política nacional de informação em saúde, embora tenham sido observados avanços, verificou-se que a política ainda se reduz a discussões de diretrizes instrumentais e à ineficiência de estratégias de capacitação permanente de trabalhadores, gestores e usuários. Os SIS, que ao longo dos anos foram desenvolvidos para subsidiar e qualificar a produção de informações, se desenvolveram a partir de necessidades específicas, com a segregação das informações de caráter coletivo e ausência de registros eletrônicos padronizados e integrados, ancorados na própria dificuldade de integração das políticas públicas de saúde. Toda essa configuração gera retrabalho aos profissionais dos serviços de saúde, com a adoção de inúmeros instrumentos de coleta de dados incapazes de apoiar, na sua totalidade, o monitoramento do trabalho das equipes.

Ao traçar uma relação entre a produção de informação e as práticas de trabalho das equipes de saúde, coube considerar o quanto o trabalho das eCR é permeado pelas vulnerabilidades e complexidades próprias da PSR, tais como: fragilidade dos vínculos familiares; situações de violência; uso abusivo de álcool e outras drogas e dificuldades de acesso a direitos básicos, como alimentação, moradia digna e higiene, fatores que levam à exclusão social dessa população. Em meio a essa configuração, tais equipes necessitam estar amparadas

por instrumentos que garantam a coleta de dados específicos ao conjunto das várias atividades exercidas, visando ao adequado planejamento e monitoramento do perfil da PSR e do processo de trabalho.

Como aposta para superar os desafios do campo da informação em saúde, surge a Estratégia e-Sus AB, com o objetivo principal de reestruturar as formas de coleta, processamento, validação e uso de informações em saúde na atenção básica, através da reformulação da base de dados nacional, da integração entre sistemas e da disponibilização de softwares para o registro dos dados. Embora forneça um conjunto de fichas para a coleta de dados cadastrais e de atendimentos, verificou-se que, estes campos não são suficientes para o adequado registro das intervenções das eCR. Isso se torna especialmente relevante num momento em que os dados de cadastros e acompanhamento das ações de saúde na atenção básica são considerados para o repasse do custeio federal, representando um grande desafio para os municípios.

Ainda que se observem mais e mais organizações se estruturando em torno das tecnologias e de redes de comunicação, foi possível aferir que as equipes envolvidas nessa pesquisa trabalham em condições insatisfatórias de infraestrutura. Além do espaço físico inapropriado para as ações em saúde, evidenciaram-se a ausência ou insuficiência de equipamentos que dão apoio ao processo informacional, como telefones institucionais, computadores, impressoras, além da conectividade precária de internet. Ao tratar dos recursos disponíveis e considerando a cobertura territorial das equipes, a utilização de carro adaptado para atendimento móvel, foi um ponto em potencial, já que possibilita também o transporte da população e dos profissionais nas atividades que carecem desse apoio.

No sentido das práticas em saúde, o reconhecimento do território, através da identificação de sua dinâmica, períodos e fluxos foi tido como algo fundamental para o processo de cuidado da PSR. As atividades individuais e visitas aos abrigos e espaços de relação na rua apresentaram-se como ações rotineiras das eCR. Atividades relacionadas aos encaminhamentos para consultas especializadas, exames, internações, urgência e emergência; bem como o acompanhamento dos usuários aos demais equipamentos, além do setor saúde; configuraram-se como desafios inerentes à assistência. Nesse contexto, as eCR aparecem como importantes pontos de articulação, principalmente pela dificuldade de acesso dos usuários em situação de rua, nos diversos espaços de assistência social e atenção à saúde.

Com relação aos instrumentos de registro e monitoramento, utilizados pelas eCR, evidenciaram-se barreiras à instituição da informação como ferramenta estratégica ao processo de cuidado, tais como: ausência de instrumentos com uma lógica de padronização dos campos

de registros; múltiplos fluxos de registros, gerando desconhecimento ou insegurança por parte dos profissionais; utilização de aplicativos de mensagens nos telefones pessoais, como meio preconizado para a troca das informações em saúde, gerando duplicidade de registros, além da insegurança no compartilhamento de dados sensíveis dos usuários. Tais questões justificam as dificuldades em compreender a informação em saúde como parte integrante e relevante para o processo de trabalho dessas equipes.

Desta forma, o instrumento de coleta de dados, produto dessa pesquisa, se propôs a ser um facilitador na condução da identificação do perfil da PSR, conferindo visibilidade a essa população, tão negligenciada no meio social. Buscou ainda, facilitar a aplicação e utilização de indicadores de saúde, fundamentais para subsidiar o planejamento e monitoramento, bem como apoiar a garantia de financiamento de políticas públicas para essa população. Não obstante, cabe mencionar que não se pretendeu esgotar as subjetividades inerentes ao processo de produção em saúde dos territórios e que o instrumento produzido, a partir da interação com os profissionais participantes e com a literatura pesquisada, carece de aplicação e validação, pontos esses a serem trabalhados em estudos futuros.

Por fim, discorrer sobre a relação da informação e dos registros em saúde no trabalho das eCR, contribui para o debate em torno das dificuldades enfrentadas por essas equipes, afirmando a importância desse trabalho no cuidado em saúde de populações vulneráveis. As reflexões apresentadas visam suscitar estratégias governamentais em torno da adoção de instrumentos de registros pautados no reconhecimento das complexidades inerentes aos processos de cuidado, com o objetivo de potencializar o campo da informação no SUS, em prol da garantia de direitos, da equidade e da integralidade do cuidado da população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, CC. SAMPAIO, FFF. ARAGÃO, HL. Atenção às pessoas em situação de rua, em Sobral- CE, durante a pandemia da COVID-19. **Sanara – Revista de Políticas Públicas** 2021; 20 (Supl 1): 100-108. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1511>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- ANTUNES, A. Nova Política Nacional de Informação e Informática em Saúde suscita questionamentos de especialistas. EPSJV/Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/nova-politica-nacional-deinformacao-e-informatica-em-saude-suscita>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Carta Aberta sobre a proposta de Portaria para aprovação da PNIIS. 17 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/carta-aberta-sobre-a-proposta-de-portaria-para-aprovacao-da-politica-nacional-de-informacao-e-informatica-em-saude-pniis/51202/>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BARBOSA, A. F. (org.). **TIC Saúde 2013: Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**. 2. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015.
- BARBOSA, S. P.; COELHO, K. A.; CARVALHO, L. M. de; SARRIA, B.; SANTOS, R.C. dos; CAVALCANTE, R. B. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Rev. bras. educ. med**, 2019, 43 (supl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WVHymdJJBDzmFSm4f7pGLtS/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Almedina, 2011, p. 229.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-412, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BODSTEIN, R; ENGSTROM, E.; CARDOSO, G.; TEIXEIRA, M.; LACERDA, A.; BELMONTE, P. **Produzindo saúde nas ruas: O trabalho das equipes de Consultório na Rua**. Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua na Cidade do Rio de Janeiro. Rede de Pesquisa em Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão em Saúde/Fiocruz. Dez/2017. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26704/2/Cartilha_modificada_5a_versao%20%281%29.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.
- BRANCO, M.A.F. **Informação em Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. 20ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado. **Relatório final**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Artigo 196.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei no 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 set. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2390 de 11 de dezembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 dez 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/PRT2390_11_12_1996.html. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. **Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006**. Brasília, DF. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Brasília: 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 8 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 122 de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. 28 abr 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria no 1412 de 10 de julho de 2013. **Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro**, Brasília, 10 jul. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 set. 2017. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2979 de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.193, de 27 de novembro de 2020. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 nov 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-27-de-novembro-de-2020-290879748>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.254 de 3 de setembro de 2021. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 set. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.769 de 30 de julho de 2021. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jul 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.768-de-30-de-julho-de-2021-335472332>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRITO, C; SILVA, LN; XAVIER, CCL. Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020; 74 (Supl 1): 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nyF3MTWgx8cjdFP7GJDYFXz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CAETANO, R; SILVA, A.B; GUEDES, A.C.C.M. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

CARVALHO, A.L.B. de. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n.3, p. 16-30, jul/set 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/analuisapinho/Downloads/719-Texto%20do%20Artigo-4750-1-10-20160504.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

CAVALCANTE, R.B; PINHEIRO, M.M.K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: Avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v.1, n.2, p.91-104, jul/dez.2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/10487>. Acesso em: 25 set. 2020.

CAVALCANTE, R.B; PINHEIRO, M.M.K. GUIMARÃES, E.A.A.; MIRANDA, R.M. Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(5):960-970, mai, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P3hvjy9qxJ9H7QshNxjxdB/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2020.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2022.

COELHO NETO, G.C. **Integração entre Sistemas de Informação em Saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo. 122fls. 2019. Disponível em: <https://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/50934>. Acesso em: 25 set. 2020.

COELI, C. M.; CAMARGO JR., K. R. de; SANCHES, K. R. B; CASCÃO, A.M. **Sistemas de Informação em Saúde**. in Medronho, RA. In: Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 525-534 (Capítulo 29).

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. Publicado em 06/03/2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup. 1, p.7-27, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2020.

CUNHA, F.J.A.P. **A Gestão da Informação nos Hospitais: Importância do Prontuário Eletrônico na Integração dos Sistemas de Informação em Saúde**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Informação. Bahia. 226fls. 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8174>. Acesso em: 15 mai. 2021.

ENGSTROM, E.M; LACERDA, A.; BELMONTE, P.; TEIXEIRA, M.B. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 50-61, dez.2019. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019001200050&lang=pt. Acesso em: 25 set. 2020.

ENGSTROM, E.M. Atenção Primária à Saúde e Registro Eletrônico: Paradoxos e desafios para inovações no Sistema Único de Saúde. In: CUNHA, F.J.A.P; BARROS, S. S; PEREIRA, de, H. B. (org). **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde: governança e tecnologias**. Salvador: EDUFBA, 2020, p. 123-142.

FELINTO, G.M. **O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 177fls. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24056>. Acesso em: 16 set. 2020.

FESAÚDE. **Diagnóstico Situacional da Rede de Atenção Básica/PMF e de Atenção Psicossocial de Niterói**. Produto 04/2020. Niterói/RJ. No prelo

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório **Covid-19: após 6 meses de pandemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

IBGE Cidades – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2021.

KAMI, M.T.M. **Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua: Subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico**. 2015. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

LEANDRO, B.B.S. **Histórico das informações e registros em saúde**. In Leandro, B.B.S.; Rezende, F.A.V.S.; PINTO, J. M. C. Informações e registros em saúde e seus usos no SUS. 23ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. p. 13-40 (Capítulo 1).

LONDERO, M.F.P; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, abr-jun, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6kDZxKfC6mFnPTbSYxZGbVx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

LOUZADA, L. O. **Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais**. 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

MACHADO, M.P.M.; RABELLO, E.T. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis**, volume 28, número 04, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hDcrqcvZWMJvhZ58QsQtbVf/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2022.

MARQUI, A.B.T. de; JANH, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N. de; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm.**, 2010, 44 (4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/pHqBHKf7rKPzgzgtrqcD9tt/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2022.

MEDEIROS, J. B.; HOLMES, E.S.; ALBUQUERQUE, S.G.E.; SANTOS, S.R. dos. O E-SUS atenção básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Revista de APS: Juiz de Fora*, v.20, p. 145-49, jan/marc 2017.

Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15784>. Acesso em: 9 abr. 2022.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M de; OLIVEIRA, J.R.de; ANDRADE, G.C. L. de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v.42, n. especial, p. 38-51, set2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042018000500038&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mai. 2021.

MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 9-29 (Capítulo 1).

MIRANDA, FA. Direito à saúde para a população em situação de rua de Salvador: Cartão SUS e Pop Rua. Salvador: 2017. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/38615/Fabiana_Almeida_Miranda.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

MORGAN, D.L. **Focus Groups**. Annu. Rev. Sociol. 1996.22:129-152. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/305389505>. Acesso em: 28 out. 2021.

MORAES, I. H. S. de. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC,1994.

MORENO, A.B; COELI, C.M.; MUNK, S. Informação em Saúde. **Dicionário de Verbetes da Escola Politécnica Joaquim Venâncio – FIOCRUZ - 2009**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infSau.html>. Acesso em: 17 ago. 2020.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

NETO, O.C. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 51-66 (Capítulo 3).

NITERÓI. Decreto Nº 13.323/2019 de 27 de agosto de 2019. **Estatuto da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FESAÚDE**. Niterói, 27 ago. 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2019/1332/13323/decreto-n-13323-2019>. Acesso em: 31 jan. 2022.

NITERÓI. População em Situação de Rua. **Análise do perfil socioeconômico da população em situação de rua de Niterói, em 2021, a partir da base de dados do Cadastro Único Nacional (CadÚnico)**. Sala de Situação em Saúde, dezembro de 2021. No prelo.

NOVOA, C.; NETTO, A.V. **Fundamentos em gestão e informática em saúde**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, M.P.R. de; MENEZES, I.H.C.F.; SOUSA, L.M. de; PEIXOTO, M.R.G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Rev. bras. educ. med.**, 2016, 40 (4). Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/9xmh853N9RkL7F8x97XFxxh/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PANITZ, L.M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informação da atenção à saúde no SUS**. 2014. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

PINTO, J.M.C.; MUNK, S. **A gestão de documentos nos serviços de saúde**. In Leandro, B.B.S; Rezende, F.A.V.S; PINTO, J. M. C. Informações e registros em saúde e seus usos no SUS. 23ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. p. 89-143 (Capítulo 4).

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade. **Números do Censo da População em Situação de Rua**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.data.rio/datasets/072556c5be3344e1aaf973354b93d566>. Acesso em: 28 out. 2022.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A Construção de um novo Modelo de Assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-1034, nov-dez2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016. Acesso em: 24 set. 2022.

ROSA, A. S. da.; SANTANA, C. L. A. de. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Internet, 2018; 71(sup11):501-2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DVHCqDsj8PhCnYK76kXnGSt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

SHARAPIN, M.P; LEANDRO, B.B.S. **Informações e registros em saúde: conceito e usos**. In Leandro, B.B.S; Rezende, F.A.V.S; PINTO, J. M. C. Informações e registros em saúde e seus usos no SUS. 23ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. p. 41-51 (Capítulo 2).

SILVA, C. C. da. **População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua na Cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz. Rio de Janeiro. 132fls. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24517>. Acesso em: 16 set. 2020.

SOUZA, E. M. de. Raça, Etnia, Condições de Trabalho e Saúde. **Centro de Estudos das Relações de trabalho e desigualdades**, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/texto_raca_etnia.pdf. Acesso em: 24 mar. 2022.

SPEDO, S.M; TANAKA, O.Y; PINTO, N.R.S.da. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1781-1790, ago2009. Disponível

em:https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000800014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2021.

TEIXEIRA, M.B; BELMONTE, P.; ENGSTROM, E.M.; LACERDA, A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 92-101, dez.2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019001200092&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2020. Acesso em: 25 set. 2020.

TOMASI, E. FACCHINI, L.A.; PICCINI, L.X.; THUMÉ, R.; SILVEIRA, D.S. da.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V.V.; TEIXEIRA, V.A. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2008. 24 (suppl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6sXhM37ZHbrmqvtBNxYfhxj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20, (suppl 2), 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/>. Acesso em: 24 mar. 2022.

VALE, R.R.M.do. **Estratégia e-SUS Atenção Básica: Uso pelas equipes de Consultório na Rua**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 132fls. 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7253>. Acesso em: 9 abr. 2022.

VIANA, A.L.A; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.225-264, 2005. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2099.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; TAVARES, M.F.L.; OLIVEIRA, E.S.de; MOYSES, N.M.N. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 2010, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

WERNECK, GL. CARVALHO, MS. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36 (5): 1-4. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Relação das Informações e Registros em Saúde com o trabalho das Equipes de Consultório na Rua”**, desenvolvida por **Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira**, discente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^ª Dr^ª Angélica Baptista Silva. O objetivo central do estudo é desenvolver um instrumento de coleta de dados com funcionalidades de registro em saúde voltadas ao trabalho das equipes de Consultório na Rua do Município de Niterói, RJ.

O convite à sua participação se deve ao fato de você atuar em uma das equipes de Consultório na Rua do Município. Sua participação é voluntária, portanto, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como se desvincular da pesquisa a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em fazer parte de uma roda de conversa presencial ou como denominamos na linguagem de pesquisa, um grupo focal presencial. O local e horário de realização do grupo focal serão pactuados com a devida antecedência, com tempo de duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, não excedendo a isto. Pedirei que você apresente sua opinião e experiência sobre o seu processo de trabalho no Consultório na Rua.

Sua permissão implicará em aceitar a gravação de suas falas e imagem. Você pode se negar a responder alguma questão ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social, a qualquer tempo, e pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento. As falas dos participantes serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais de acesso somente pelo pesquisador e pela sua equipe. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: versão ____; ____ de ____ de 2021.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Não há benefícios individuais por sua participação na pesquisa, e sim coletivos, à medida que contribui para a construção de um conjunto de dados que irão subsidiar o trabalho de coleta e monitoramento das informações das equipes de Consultório na Rua. Os possíveis riscos de sua participação podem ser de identificação pessoal, algum constrangimento nas abordagens e o tempo gasto durante o grupo focal. Para diminuir os possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações por você prestadas, os pesquisadores se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade e não farão uso das suas informações para outras finalidades, acrescentando que as análises serão agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome ou equipe de saúde. Contudo, ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes e divulgação agregada das informações, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir o sigilo dos demais participantes.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através do seguinte meio de contato: analisappinto@gmail.com.

Será garantido o ressarcimento de possíveis despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito a buscar indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão disponibilizados a todos os participantes por meio de apresentação e envio da versão final do relatório de pesquisa.

Observações Finais:

Este Termo é redigido em duas vias sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: versão ____; ____ de _____ de 2021.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863 / E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o (a) pesquisador(a) responsável – Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira (Mestranda em Atenção Primária à Saúde ENSP/Fiocruz): Tel. (21) 98300-1516/ e-mail: anahuisappinto@gmail.com

Ana Luísa Pinho Pinto Ferreira

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Relação das Informações e Registros em Saúde com o trabalho das Equipes de Consultório na Rua”** e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:


E-mail - _____
Telefone - () _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: versão ____; ____ de ____ de 2021.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

ANEXO A – FICHA CDS DE CADASTRO INDIVIDUAL

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS OU CPF DO CIDADÃO CNS: _____ CPF: _____	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR CNS: _____ CPF: _____	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* _____			
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO:*/ /	SEXO:*(<input type="radio"/> F) (<input type="radio"/> M)
RAÇA/COR:*(<input type="radio"/> Branca) (<input type="radio"/> Preta) (<input type="radio"/> Parda) (<input type="radio"/> Amarela) (<input type="radio"/> Indígena)		Etnia:**	Nº NIS (PIS/PASEP) _____
NOME COMPLETO DA MÃE:*(<input type="checkbox"/> Desconhecido)			
NOME COMPLETO DO PAI:*(<input type="checkbox"/> Desconhecido)			
NACIONALIDADE:*(<input type="radio"/> Brasileira) (<input type="radio"/> Naturalizado) (<input type="radio"/> Estrangeiro)		PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () _____	E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO _____
FREQÜENTA ESCOLA OU CRECHE?*(<input type="radio"/> Sim) (<input type="radio"/> Não)	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1º a 4º séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5º a 8º séries <input type="radio"/> Superior; Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro	
FREQÜENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO	SE ÓBITO, INDIQUE:
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	Data do óbito:** / / Número da DO: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.
Assinatura _____

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

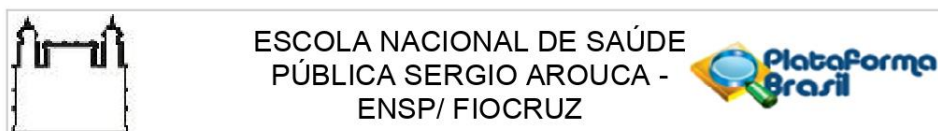
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação das Informações e Registros em Saúde com o trabalho das Equipes de Consultório na Rua

Pesquisador: ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48196221.3.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

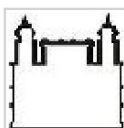
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.912.219

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado de número 4.833.575, em 07 de Julho de 2021.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.912.219

Ausência	TCLE_modificado_versao_final.pdf	02/08/2021 12:02:58	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_marcacoes.pdf	02/08/2021 12:02:44	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_modificado.pdf	02/08/2021 12:02:10	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_modificado.pdf	26/07/2021 11:00:05	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_FINALIZADO.pdf	18/06/2021 12:23:36	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/06/2021 12:07:44	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	Roteiro_Grupo_Focal.pdf	18/06/2021 11:52:42	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	TAI.pdf	18/06/2021 11:35:27	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	21/05/2021 18:38:16	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	form_encaminhamento_CEP_assinado.pdf	21/05/2021 18:36:39	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/05/2021 18:34:23	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/05/2021 18:33:12	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	21/05/2021 17:56:11	ANA LUISA PINHO PINTO FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Agosto de 2021

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br