

ARTIGO ORIGINAL

Prática de equipes de consultórios na rua e registro das ações no e-SUS Atenção Primária

Practice of street clinic teams and recording of actions in the e-SUS Primary Care

Raquel Rosa Mendonça do Vale¹ , Johnatan Martins Sousa² , Eurides Santos Pinho² ,
Marciana Gonçalves Farinha³ , Nathália dos Santos Silva² , Camila Cardoso Caixeta² , Elizabeth Esperidião² 

RESUMO

Objetivo: Descrever as percepções das equipes de Consultório na Rua sobre sua prática e a utilização da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde para registro do seu atendimento. **Método:** Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Participaram 20 profissionais de três Consultórios na Rua do Estado de Goiás, Brasil. Foram utilizados questionários autoaplicáveis de perfil profissiográfico e grupos focais, cujos dados emergentes foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias de análise: “Aspectos que influenciam o processo de trabalho das equipes dos Consultórios na Rua” e “Registros na estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde pelo Consultório na Rua”. **Considerações finais:** Evidenciou-se a necessidade de investir para superar os desafios para o cuidado qualificado à população em situação de rua, para a efetividade dos registros considerando suas especificidades e necessidades.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade; Sistemas de Informação; Atenção à Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the perceptions of Street Clinic teams about their practice and the use of the e-SUS Primary Health Care strategy to record their care. **Method:** Descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Twenty professionals from three Street Clinics from the state of Goiás, Brazil. Self-administered questionnaires with a professional profile and focus groups were used, whose data were submitted to content analysis. **Results:** Two categories of analysis were identified: “Aspects that influence the work process of the Street Clinic teams” and “Records in the e-SUS Primary Health Care strategy by the Street Clinic”. **Final considerations:** The need for investment to overcome the challenges of qualified care for the homeless population was evidenced, for the effectiveness of records, considering their specificities and needs.

Descriptors: Homeless Persons; Vulnerability; Information Systems; Delivery of Health Care; Health Services.

¹Centro Universitário de Mineiros (Unifimes) – Trindade (GO), Brasil. E-mail: raquel.rosa@unifimes.edu.br

²Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil. E-mails: johnatanfen.ufg@gmail.com, euridesenf@gmail.com, nathaliassilva@ufg.br, camilaccaixeta@ufg.br, betesper@ufg.br

³Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia (MG), Brasil. E-mail: marciana@ufu.br

Como citar este artigo: Vale RRM, Sousa JM, Pinho ES, Farinha MG, Silva NS, Caixeta CC, et al. Prática de equipes de consultórios na rua e registro das ações no e-SUS Atenção Primária. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [acesso em: _____];24:70301. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.70301>.

Recebido em: 20/09/2021. Aprovado em: 27/05/2022. Publicado em: 22/09/2022.

INTRODUÇÃO

O número de pessoas que vive em situação de rua tem aumentado, sobretudo nos grandes centros urbanos do Brasil e do mundo. Essa realidade social é impactada pelas dinâmicas de funcionamento do espaço urbano gerando conflitos, condições precárias de vida⁽¹⁾ e um cenário de invisibilidade e desigualdade social⁽²⁻³⁾.

De acordo com o Ministério da Cidadania⁽⁴⁾, do total de pessoas atendidas nos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros Pop), em 2018, 49% eram usuárias de drogas, 29% eram migrantes e 6% tinham algum sofrimento psíquico diagnosticado.

A População em Situação de Rua (PSR) tem diversos modos de vida e de relações com e na rua; essa pluralidade impõe desafios para garantir a cidadania e condições dignas de sobrevivência⁽⁵⁾ para esse contingente. Dentre os principais problemas da PSR, destacam-se as barreiras de acesso ao trabalho, aos serviços da rede de saúde e de educação, além da exposição constante à violência que exige ações inter e transdisciplinares focadas no grupo considerando as especificidades da diversidade dessas pessoas.

Os diferentes territórios apresentam características sociais, econômicas, políticas e culturais particulares, que precisam ser consideradas em suas singularidades para o desenvolvimento de atividades mais resolutivas⁽⁶⁾. Esse contexto impacta na vida e saúde da PSR e torna desafiadora a prática de cuidados, considerando a necessidade de refletir a questão social que explicita as desigualdades e as particularidades assistenciais voltadas para esse público⁽²⁻³⁾.

No Brasil, cabe à Atenção Primária à Saúde (APS) o desafio de promover a efetivação de direitos e assistência à saúde em um processo de construção e efetivação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para ampliação do cuidado no território. Nesse contexto, ações para a PSR são assumidas pelas equipes de Consultório na rua (CnaR), as quais buscam oferecer assistência integral, por meio do acolhimento e da escuta, em uma assistência humanizada e qualificada em saúde para aumentar a autonomia do usuário^(1,7).

As ações desenvolvidas pelas equipes de CnaR junto a PSR são registradas por meio da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), a qual tem a finalidade de reorganizar sistemas de informação em saúde para viabilizar melhorias na qualidade do atendimento ao indivíduo, família e comunidade. Esta estratégia busca implantar sistemas de *software* para a captação dos dados de saúde dos cidadãos, sendo eles: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)⁽⁸⁾. A modalidade PEC demanda recursos materiais como conexão à internet e número de computadores suficientes para as equipes de saúde e a segunda no formato de CDS é recomendada para serviços que são desprovidos de conexão com a internet ou ainda que tenham um quantitativo reduzido de computadores para os profissionais⁽⁸⁾.

A estratégia e-SUS APS representa possibilidades de avanços com o uso da informação e está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. Entretanto, existem desafios a serem suplantados, como: a falta de reconhecimento de que os dados registrados no e-SUS instrumentalizam o planejamento local e gestão do cuidado, precariedade na informatização das unidades de saúde, resistência ao uso da tecnologia e deficiência de habilidades tecnológicas entre os profissionais de saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A estratégia e-SUS APS é um mecanismo essencial nos processos de trabalho dos profissionais de saúde no âmbito assistencial e gerencial dos serviços. Entretanto, para que a sua operacionalização seja satisfatória é necessário que as equipes multiprofissionais conheçam as suas funcionalidades para um efetivo registro dos dados de saúde⁽¹¹⁾. Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever as percepções das equipes de CnaR sobre sua prática e a utilização da estratégia e-SUS APS para registro do atendimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa⁽¹²⁾ em que participaram 20 profissionais que atuavam nas equipes de Consultórios na Rua do Estado de Goiás habilitados pelo Ministério da Saúde (MS), totalizando três serviços. Foram incluídos todos os que estavam atuando nas equipes dos CnaR por um período mínimo de três meses, e excluídos aqueles que estivessem em afastamento oficial do serviço na ocasião da coleta de dados.

Dos profissionais, 6 eram do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com faixa etária entre 25 e 68 anos. Em relação à escolaridade, 70% afirmaram ter cursado nível superior e dois profissionais concluíram curso de especialização *latu sensu* na área de Atenção Primária à Saúde. Entre as categorias profissionais, participaram psicólogo, enfermeiro, médico, assistente social, auxiliar administrativo, motorista e educador social. A maior representatividade foi dos educadores sociais.

A coleta dos dados ocorreu no ano de 2016 e, para tanto, foi utilizado um questionário autoaplicável de perfil profissiográfico e foram realizados grupos focais com cada equipe de CnaR. Uma enfermeira especialista em coordenação de grupos conduziu os grupos focais tendo as seguintes questões norteadoras sobre as percepções das equipes de CnaR relativas à prática com a estratégia e-SUS APS: Qual o sentido da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde na sua prática no CnaR? e Quais ações de cuidado são registradas no e-SUS Atenção Primária à Saúde?

Os grupos focais aconteceram em sete encontros nas sedes de trabalho das equipes, com duração de duas horas cada, e

foram registrados por gravação de áudio, fotos e anotações em diário de campo. Ao final de cada grupo, os dados coletados foram transcritos e pré-analisados para serem validados nos encontros subsequentes pelos profissionais e equipe de pesquisadores. Todos os encontros de coleta de dados foram precedidos de reuniões de planejamento e discussão do conteúdo obtido no processo de obtenção de dados.

O processo analítico seguiu as três etapas da análise de conteúdo, proposta por Bardin⁽¹³⁾:

1. pré-análise, em que se realiza a leitura fluente;
2. exploração do material, em que são realizadas operações de codificação e categorização das informações; e, por último,
3. a interpretação e apresentação dos resultados. Como ferramenta auxiliar na análise de dados, foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos ATLAS.ti versão 6.2.

Este estudo seguiu os princípios ético-legais de pesquisas realizadas com seres humanos, como destacado pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás CAAE 51841815.8.0000.5083, com parecer favorável (protocolo nº 1.437.925) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A análise dos resultados evidenciou duas categorias sobre as percepções das equipes de CnaR sobre sua prática e a estratégia e-SUS APS: “Aspectos que influenciam o processo de trabalho das equipes dos Consultórios na Rua” e “Registros na estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde pelo Consultório na Rua”.

Aspectos que influenciam o processo de trabalho das equipes dos Consultórios na Rua

Em relação às práticas assistenciais, os profissionais expressaram a condição de estabelecimento de vínculo com os usuários e as atividades que são realizadas por eles no dia a dia do CnaR:

As ações de cuidado, vamos lá. Curativo, injeção, medicação oral que a gente faz muito na rua, devido ao alcoolismo, aferição de pressão arterial, atendimento médico. O médico faz o atendimento e encaminha. (P3).

Outro relato reforça:

Diretamente, o tipo de demanda que a gente tem dificulta dar assistência e criar aquele vínculo. (P10).

As equipes de CnaR enfatizaram a dificuldade de integração com os demais serviços que constituem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ressaltam a dificuldade da comunicação entre os serviços de saúde, limitações influenciadas pela ausência de investimentos em tecnologias da informação, que direta ou indiretamente inviabiliza a acessibilidade e a integralidade da assistência à saúde voltada para a PSR como relatam:

Nós não temos entrada na saúde. Até na UPA aqui a gente tem que ficar sentado das 5 às 8h da noite esperando o atendimento. (P4).

Outro participante descreve:

Tem um caso clássico do quanto é difícil a comunicação dos serviços. A gente vê que o paciente que é acolhido pelo CAPS AD [Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas] em dois, três dias porque ‘ele não deixou a gente dormir, vai vendo...’. Aí vão e fazem uma pressão, o médico dá alta para esse paciente sem encaminhamento, [...] ele com neuropatia grave e mal conseguia andar, no início de abstinência, quatro dias de abstinência queriam devolver. Queriam que a equipe do consultório fosse para levar ele para casa de um parente. (P18).

As equipes de CnaR relataram a invisibilidade e falta de reconhecimento do trabalho realizado, com evidências ao desconhecimento dos registros de ações realizadas pelas equipes de CnaR em relação à RAS e a própria APS. As equipes de CnaR não se sentem equipes da APS, mesmo quando localizadas em uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS).

O CnaR é um trabalho anônimo, quase invisível. (P15).

Outro participante destaca o compromisso e a importância da participação da gestão, quando relata:

O fato de a gestão não ter ido lá assistir [Seminário], isso foi um susto pra mim, eu esperava que eles tivessem interesse, até porque tinha pessoas de outros locais, até uma questão de aparência: não, nós estamos juntos. A gente é tão sem importância que não precisa nem ninguém ir lá pra fazer de conta, a gente está solto, é um filho adotivo não querido. (P7).

Registros na estratégia e-SUS Atenção

Primária à Saúde pelo Consultório na Rua

Os profissionais apontaram a importância de uma ficha de CDS da estratégia e-SUS APS específica para a PSR, pois acreditam que a ficha que é padronizada para todos os serviços de APS e não contempla as especificidades deste público, o que pode ser ilustrado pelas falas:

Nessa ficha tem um campo direcionado para a população em situação de rua, a gente não sabe se preenche por inteiro ou se pula algumas situações e vai direto pra esse segmento. (P11).

Outro participante considera:

Então pelo fato do CnaR fazer parte da Atenção Básica teria que pensar numa ficha diferente pelo tipo de atendimento, pela demanda que o CnaR tem. (P13).

Nós estamos perdidos, porque nossa realidade é outra e eles fizeram, assim no meu entendimento, o e-SUS é voltado para unidade fixa ou no caso, o PSF teria um tempo de acompanhar a pessoa em um lugar fixo. (P4).

A condição das PSR parece ficar invisível, inclusive, nas fichas de registro de ações, que não contemplam os processos de trabalho da equipe de CnaR:

A ficha está mais voltada para a Atenção Básica, o que foi pensado de início, o padrão. Então pra realidade das pessoas em situação de rua fica complicado. (P2).

Porque você pega que o e-SUS é planejado e se você for pensar entre o consultório na rua e as equipes padrão da Atenção Básica a gente é pontinho. (P10).

As equipes de CnaR também enfatizaram limitações de recursos materiais em relação a outros serviços de saúde, o que dificulta a realização dos registros no próprio campo de trabalho através de computadores portáteis com otimização efetiva do tempo na alimentação do sistema:

[...] A gente escuta que não existe nem a possibilidade de uma troca de equipamento por uma situação melhor, aí você cai por terra de pensar mais alto. Eu já escutei isso de outros consultórios de levarem tablet pra rua e alimentarem o sistema lá e depois eles lançam online e as coisas vão pro sistema. (P6).

DISCUSSÃO

A relação de confiança e o vínculo são estratégias fundamentais para o processo de trabalho das equipes de CnaR, em que a construção da ambiência é realizada a partir da temporalidade da rua e da PSR e pela identificação e respeito da singularidade do sujeito⁽¹⁵⁾. Um estudo realizado na região central do Brasil, revelou que o diálogo entre os profissionais e as PSR é uma tecnologia de cuidado relacional importante e que facilita o acolhimento, a aproximação e a desmistificação de preconceitos e estereótipos⁽¹⁶⁾.

No processo de acolhimento a PSR, Duarte⁽¹⁵⁾ relata sobre a “persistência acolhedora” em que o profissional de saúde insiste na construção dessa vinculação mesmo que por várias vezes não seja bem-sucedida, visto que os usuários se sentem desconfiados na maior parte do tempo e podem estar sob efeito de drogas psicoativas, sendo necessário que o profissional esteja atento e sensível a essas peculiaridades.

Diversas estratégias podem ser utilizadas para construir vínculos com a PSR como oficinas de música, pinturas, desenhos, capoeira, instrumentos de percussão, entre outros⁽¹⁰⁾. As equipes de CnaR relatam, entretanto, que esta vinculação é difícil pela estreita relação com a invisibilidade social da PSR⁽⁵⁻⁶⁾.

As práticas assistenciais relatadas pelas equipes de CnaR neste trabalho dialogam com as de outros contextos^(6,17), como aferição de sinais vitais, terapia medicamentosa, tratamento de feridas por curativos, consultas de pré-natal, assistência a doenças infecciosas, direcionamento para outras especialidades do cuidado, entre outras atividades. As ações de cuidado praticadas pelo CnaR permeiam desde questões clínicas até de entrega de mantimentos⁽¹⁷⁾.

Os cuidados ofertados pelas equipes de CnaR podem abarcar outras atividades como ações de imunização, assistência à mulher por meio do exame de papanicolau e testes para identificação de gravidez, rastreamento e diagnóstico de doenças infecciosas (tuberculose, hepatites, HIV e sífilis), além de educação em saúde e construção de projeto terapêutico singular⁽¹⁸⁾.

O cenário de entraves no processo assistencial à PSR não é um fato isolado. Em diversas regiões do território brasileiro existe resistência para a valorização da PSR como um grupo passível de direitos, revelando a necessidade de quebrar paradigmas visando promover progressos e extinguir retrocessos junto à PSR⁽⁵⁾.

Dados da pesquisa nacional sobre essa população revelam que as fragilidades da rede de atendimento à PSR, tais como a quantidade muito pequena de unidades de saúde específicas, dificuldade para realizar articulações com os demais serviços, limitações de estrutura física e de recursos materiais dessas instituições se configuram como importantes obstáculos para o atendimento⁽¹⁵⁾. Nessa perspectiva, considerando a precariedade dos serviços, segundo a percepção das PSR, a concretização dos processos de encaminhamento é vista como importante para solucionar as suas necessidades em saúde⁽¹⁶⁾.

Os depoimentos das equipes evidenciam que a PSR sofre com estigmatização e exclusão até no interior das instituições de saúde que prestam os cuidados a esse público somente ao CnaR, o que demonstra uma precarização da RAS que gera prejuízos para a prestação de um cuidado integral. Ressalta-se que a efetiva articulação com os demais serviços de saúde para um trabalho em rede se caracteriza como o principal obstáculo enfrentado pelo CnaR, pois a PSR necessita de

cuidados que ultrapassam o caráter biológico. Além disso, para que o trabalho intersetorial se estabeleça satisfatoriamente, é importante que se conheça os espaços que compõem o território para que os trabalhadores que atuam no CnaR terão maior possibilidades de atender as demandas da PSR^(5-6,19).

As consequências dessa fragilidade da RAS refletem no cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais a PSR e dificulta que suas necessidades de saúde sejam atendidas, demandando capacitação para uma abordagem mais humana e compreensiva^(17,20). Quando essa interlocução entre os diversos serviços que constituem a RAS acontece, há maior fluidez e resolutividade do trabalho. Estratégias como visita às outras instituições que prestam cuidados à PSR têm se mostrado uma ferramenta potente de integração entre os profissionais, o que permite conhecer as ações que estão sendo realizadas e compartilhamento de fatores restritivos e impulsores para a assistência deste grupo⁽¹⁸⁾.

O preconceito social sofrido pela PSR é um dos fatores que gera a invisibilidade desse grupo na sociedade, fato que pode se estender as equipes de saúde que prestam cuidados a ela, o que faz com que os profissionais de saúde muitas vezes prestem assistência enrijecida e dificulta a acessibilidade dessas pessoas no sistema de saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde devem acolher esses indivíduos para atenuar essa situação^(10,15).

Apesar do trabalho desenvolvido no CnaR não ser apreciado e reconhecido externamente pela sociedade como relatado nesta pesquisa, a literatura revela que os profissionais que trabalham diretamente com a PSR possuem uma gratificação pessoal que é alicerçada pela sua prática cotidiana que reconhece e respeita a subjetividade das pessoas assistidas⁽¹⁰⁾.

Esse processo de exclusão sofrido pelo CnaR inclusive dos serviços de APS como as UBS também reflete na adesão da PSR ao serviço de saúde, o que traz prejuízos inclusive na gestão dos processos de trabalho⁽⁶⁾. Porém, o posicionamento e o autorreconhecimento das equipes de CnaR como serviços de APS é um fator imprescindível para a assistência plena que contemple todas as necessidades da PSR⁽¹⁸⁾.

As equipes de CnaR pesquisadas apresentam dificuldades em ofertar cuidados a PSR em locais que não seja a rua, inclusive na UBS de referência. Uma das equipes tem uma sede somente administrativa na UBS e as demais com sede própria, mas também com caráter administrativo. De forma que, nenhuma das equipes ocupam um espaço físico para realização de cuidados à PSR.

O Ministério da Saúde⁽²¹⁾, recomenda que o CnaR possua sede nas UBS além do dispositivo móvel para atuação nas ruas, para atividades em parceria com os demais serviços de saúde que compõem a RAS. Espera-se que o CnaR ofereça assistência integral à PSR, ainda que sejam classificados como serviços ligados a APS, devem interagir com demais dispositivos de saúde pertencentes à RAPS.

Pesquisa realizada em todo o território brasileiro, identificou que apenas 6% dos serviços de saúde têm integração entre as equipes de saúde e de tecnologia da informação, dificultando a elaboração de um sistema que atenda as especificidades do Comitê Gestor da Internet no Brasil⁽²²⁾, para o aperfeiçoamento da estratégia e-SUS APS de acordo com a realidade de cada perfil populacional⁽⁹⁾.

Apesar do CnaR estar vinculado à APS, a complexidade da PSR ultrapassa o modelo assistencial vigente prestado pelas equipes de ESF. Uma revisão de escopo que objetivou mapear na literatura científica nacional as produções relacionadas à atuação dos profissionais do CnaR no âmbito da APS no Brasil, revelou que há a necessidade da realização de mais estudos para elucidar a prática das equipes que prestam assistência à PSR⁽²³⁾.

Muitas ações assistenciais são realizadas na rua, que é o espaço de cuidado, a fim de não perder a oportunidade de prestá-lo. Entretanto, a falta de condições tecnológicas e de sistematização dos processos de trabalho faz com que muitas ações fiquem subnotificadas, mesmo que os profissionais reconheçam a relevância de registrar os atendimentos em prontuários e na estratégia e-SUS APS, não os fazem de forma rotineira.

Há situações em que a equipe de CnaR realiza o cadastro do usuário de forma preliminar na abordagem inicial e, com o estabelecimento do vínculo, mais informações são geradas e o registro completado, permitindo subsidiar o planejamento da equipe⁽¹⁸⁾. As equipes reconhecem que os atendimentos realizados pelo CnaR devem ser registrados tanto no prontuário quanto na estratégia e-SUS APS, porém admitem que os mesmos não são realizados cotidianamente de maneira sistematizada. A operacionalização de registros eletrônicos é importante porque materializa a complexidade do cuidado implementado e pode influenciar na forma de acompanhar a situação de saúde do indivíduo, família e comunidade⁽²⁴⁾. Os registros eletrônicos são importantes porque facilitam o acesso a informações sobre a assistência prestada, além de dar visibilidade às ações do CnaR e subsidiar o gerenciamento da assistência voltada para a PSR⁽²⁵⁾.

Para atingir as potencialidades da estratégia e-SUS APS no contexto da PSR é necessário superar a ideia de que há limitações quanto à adequação da ficha de Coleta de Dados Simplificada, e passar a compreender que o objetivo do sistema de informação vigente é alcançar o Prontuário Eletrônico do Cidadão em que será possível atender as particularidades do cuidado à PSR.

Quando se concretiza o registro das práticas profissionais no CnaR, o processo de avaliação das atividades exercidas se torna mais consistente e assertivo, o que viabiliza o planejamento de ações futuras, ou a necessidade de transformações nas práticas até então realizadas para efetivar o cuidado mais resolutivo à PSR^(5,20).

Um outro fator restritivo a efetivação dos registros no próprio campo de trabalho está na limitação de recursos materiais como computadores portáteis que poderia otimizar a alimentação do sistema com informações dos usuários e atendimentos. A limitação de investimentos nas equipes de CnaR vai ao encontro do relato dos profissionais quanto a invisibilidade e falta de reconhecimento do trabalho realizado em relação à RAS e a própria APS.

Lima e Seidl⁽¹⁶⁾ também apontam que a escassez de recursos materiais, tais como a falta de elementos básicos, incluindo uniforme para os trabalhadores e *kits* de redução de danos, prejudica a assistência prestada pelas equipes de CnaR. Outra dificuldade foi sinalizada em uma investigação realizada em um CnaR da região sul do Brasil, o qual revelou que as más condições dos computadores disponíveis no serviço de saúde e a falta de aparelhos portáteis são barreiras para a efetivação dos registros⁽⁵⁾, que converge com os achados do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais dificuldades percebidas pelos profissionais do CnaR foram falta de estabelecimento do vínculo com os usuários, dificuldade de comunicação da equipe com os demais serviços que compõem a RAS, a invisibilidade das equipes e falta de reconhecimento do trabalho realizado. Consideram importante a participação da gestão no apoio às ações do trabalho e capacitação das equipes.

A desarticulação da RAS perpassa pela estigmatização e exclusão da PSR, precarização da rede, com consequentes prejuízos ao cuidado holístico.

Quanto à estratégia e-SUS APS, a percepção é de que os dados coletados pelas fichas não contemplam a realidade das equipes do CnaR, e, adicionalmente a falta de recursos materiais inviabilizam que os registros sejam realizados durante o atendimento.

Apesar dessas dificuldades, ressalta-se que a estratégia e-SUS APS configura uma ferramenta importante para qualificar o cuidado, descortinar suas demandas e especificidades, avaliar as estratégias adotadas e realizar planejamentos mais assertivos no cuidado oferecido às pessoas em situação de rua, com potencial para subsidiar a gestão do cuidado e dos processos de trabalho das equipes de CnaR.

Muito há que se investir para superar os desafios enfrentados na prática das equipes de CnaR e para alcançar a efetividade dos registros, de modo a dar voz e visibilidade às equipes de CnaR e à população em situação de vulnerabilidade, e caminhar rumo ao cuidado qualificado à PSR.

O estudo não está livre de limitações e, como cada território de atuação é singular e as características das equipes são diversas, considera-se limitação do estudo a impossibilidade de generalização dos resultados. Para que aspectos relacionados aos processos de trabalho com a estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde sejam melhor explorados, é necessário o desenvolvimento de estudos em outros contextos.

REFERÊNCIAS

1. Rosa AS, Santana CLA. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 02 mar. 2022];71(supl.1):501-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>.
2. Sousa AP, Macedo JP. População em situação de rua: Expressão (im)pertinente da “questão social”. *Psic Teor e Pesq* [Internet]. 2019 [acesso em: 02 mar. 2022];35(e35510):01-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35510>.
3. Mendes KT, Ronzani TM, Paiva FS. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. *Psicol Soc* [Internet]. 2019 [acesso em: 02 mar. 2022];31(esp):e169056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>.
4. Ministério da Cidadania (BR). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Monitoramento. População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam? [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Cidadania; 2019 [acesso em: 02 mar. 2022]. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_rua.pdf.
5. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [acesso em: 02 mar. 2022];50(3):442-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>.
6. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em: 02 mar. 2022];32(8): e00070515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>.
7. Curvo DR, Matos ACV, Sousa WL, Paz ACA. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2018 [acesso em: 02 mar. 2022];10(25):58-82. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0003-2380-4581>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Primária: em busca de um SUS eletrônico [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em: 02 mar. 2022]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>.
9. Oliveira AEC, Lima IMB, Nascimento JA, Coelho HFC, Santos SR. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em: 02 mar. 2022];40(109):212-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610917>.

10. Silva TIM, Cavalcante RB, Santos RC, Gontijo TL, Guimarães EAA, Oliveira VC. Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 02 mar. 2022];71(6):3121-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>.
11. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, Gaete RAC, Perez G, Fabriz LA, et al. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em: 02 mar. 2022];37(6):e00219520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00219520>.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Augusto Pinheiro e Luís A. Reto, tradução. Lisboa: Edições 70; 2018. p. 181.
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em: 02 mar. 2022]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
15. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos Contextos* (Porto Alegre) [Internet]. 2019 [acesso em: 02 mar. 2022];18(2):e34306. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>.
16. Lima HS, Seidl EMF. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicol Estud* [Internet]. 2015 [acesso em: 02 mar. 2022];20(1):57-69. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.24697>.
17. Timóteo AVG, Silva JVS, Gomes LKG, Alves ASS, Barbosa VMS, Brandão TM. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió-AL. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [acesso em: 02 mar. 2022];11(1):126-30. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2757>.
18. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em: 02 mar. 2022];21(6):1839-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>.
19. Silva N, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra ALQ. Desafios na operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicol Estud* [Internet]. 2020 [acesso em: 02 mar. 2022];25(esp.):e49996. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>.
20. Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em: 02 mar. 2022];18:e1150. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.33141>.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 02 mar. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
22. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto B. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação – Cetic.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2015 [Internet]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2016 [acesso em: 02 mar. 2022]. Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_saude_2015_livro_eletronico.pdf.
23. Alves NR, Fernandes SET, Alves ASS, Tigre HWA, Santos CEB, Lima JLR, et al. Atuação dos profissionais do consultório na rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Brasil: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [acesso em: 02 mar. 2022];10(4):e59410414470. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14470>.
24. Costa C, Linch GFC. A implementação dos registros eletrônicos relacionados ao processo de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Fun Care Online* [Internet]. 2020 [acesso em: 02 mar. 2022];12:12-9. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6648>.
25. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em: 02 mar. 2022];21(3):891-902. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.01062015>.

