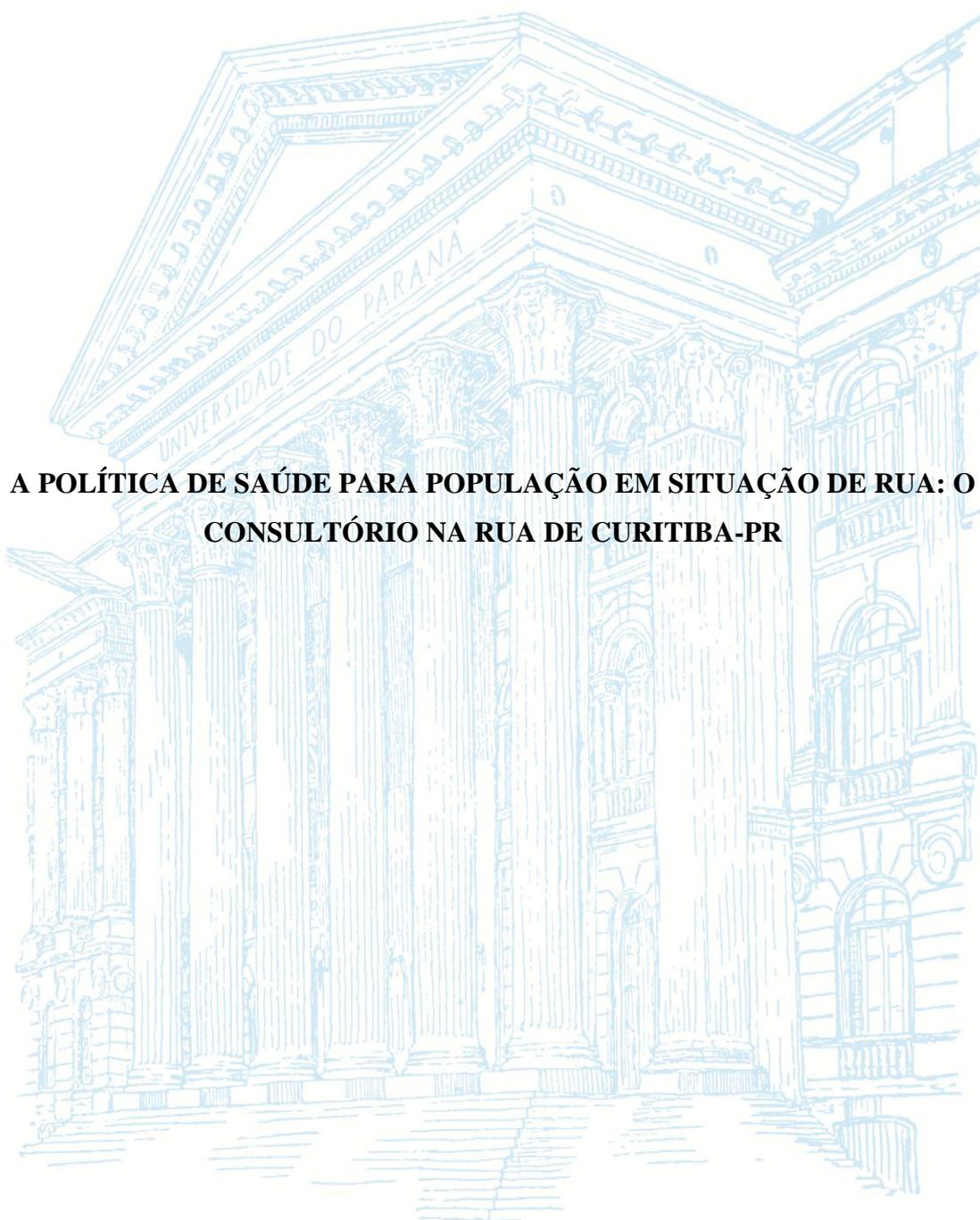


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSANE SOUZA FREITAS



**A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O  
CONSULTÓRIO NA RUA DE CURITIBA-PR**

CURITIBA

2017

ROSANE SOUZA FREITAS

**A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O  
CONSULTÓRIO NA RUA DE CURITIBA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

CURITIBA

2017



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
Programa de Pós Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS  
Código CAPES: 40001016076P0

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ROSANE SOUZA FREITAS**, intitulada: "**A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O CONSULTÓRIO NA RUA DE CURITIBA/PR**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 22 de Fevereiro de 2017.

RAFAEL GOMES DITTERICH  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

ROSILÉA CLARA WERNER  
Avaliador Externo (UEPG)

MARCIA HELENA BALDANI PINTO  
Avaliador Externo (UEPG)

## AGRADECIMENTOS

Um ciclo de dois anos se encerra, e nele inúmeros aprendizados que levarei para a vida. Só me resta reconhecer e agradecer a todos que contribuíram de alguma forma.

À Deus, pelo seu amor infinito. Pela proteção constante, por me guiar nas escolhas e ser meu amparo em todos os momentos.

À minha família e amigos, em especial minha mãe e irmã, por serem minha base, meu afago, meu colo protetor, ainda que quilômetros nos separem. Obrigada pelo suporte e pela torcida de sempre.

À meu orientador, professor Rafael Ditterich, por me acolher e permitir que esse sonho se concretizasse. Obrigada pela condução no decorrer do mestrado, pelos ensinamentos, pelo incentivo, pelo apoio.

Ao 4P, professores, colegas do mestrado e doutorado, pelo conhecimento compartilhado. Em especial, agradeço a Thábata Zermiani, por ser minha parceira em todo esse percurso, obrigada pelo estímulo, pelas dicas, pela amizade construída, por ter tornado essa jornada mais leve e prazerosa.

Aos profissionais do Consultório na Rua e gestores, na pessoa da Adriane Wollmann, meu agradecimento e minha admiração. Obrigada por me acolherem e permitirem que eu adentrasse a rotina de trabalho de vocês, vivenciando experiências inesquecíveis para minha vida pessoal, profissional e de pesquisadora.

Aos representantes do MNPR, agradeço pela disponibilidade em fornecerem informações tão valiosas.

Aos professores que se disponibilizaram a participar das bancas de qualificação e defesa, obrigada pelos ensinamentos transmitidos.

Às amigas de república, em especial Gabriela Rodriguez e Gisele Marchetti, obrigada por serem minha família curitibana.

Quantos desafios e quantas superações. A saudade do aconchego de casa, que seria um mero detalhe, se transformou tantas vezes no obstáculo mais difícil a ser superado. Mas, resisti e concretizo mais uma etapa da minha vida, "[...]e pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto". Obrigada a todos vocês que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado, desses encontros levarei um tanto de carinho e um tanto de aprendizado.

*Ninguém sabe tudo. Ninguém ignora tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.*

*Paulo Freire*

## RESUMO

A população em situação de rua (PSR) está inserida em uma conjuntura de vulnerabilidade social, e apresenta questões culturais, sociais, econômicas, psicológicas que são peculiares do contexto da rua, exigindo assim um olhar diferenciado da sociedade em geral, sem preconceitos e sem estigmas. É fundamental a construção e efetivação de políticas públicas que respeitem as características do viver na rua e promovam a autonomia dos usuários, dando visibilidade a cidadãos que muitas vezes são considerados invisíveis. O Consultório na Rua (CR) é um programa no âmbito da saúde, instituído desde 2011, que é caracterizado pelo atendimento específico a PSR, sendo considerado um serviço transversal, que produz cuidado tanto de saúde mental como da atenção primária, prioritariamente. Tem o intuito de facilitar o acesso da PSR aos diversos serviços de saúde, proporcionando assistência e proteção da qualidade de vida. No município de Curitiba-PR, o CR foi implementado em meados do ano 2013 e possui equipes multiprofissionais integrando o serviço, sendo considerado uma referência nacional como política de saúde para PSR. Portanto, o objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a formulação, implementação e efeitos do Programa Consultório na Rua no contexto da construção da política local para pessoas em situação de rua na cidade de Curitiba-PR. O estudo está inserido no método qualitativo, e teve como técnicas de coleta de dados a pesquisa documental, a observação participante e a entrevista semiestruturada. Os sujeitos entrevistados pertenceram a três grupos envolvidos diretamente com o CR, sendo eles: gestão (1 entrevistado), profissionais do CR (22 entrevistados) e representantes de usuários que compõem o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (4 entrevistados). Para apreciação das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo descrita por Bardin (1977). Dentre os resultados e a discussão, é possível destacar os aspectos a seguir: a) para que o trabalho com a PSR promova o acesso à saúde desses sujeitos, os profissionais precisam estar sensibilizados e motivados a oferecer um cuidado diferenciado e humanizado; b) as demandas apresentadas pela PSR ultrapassam as questões de saúde e estão além das resoluções uniprofissionais, logo, é essencial que haja a articulação intra e intersetorial no trabalho do CR; c) o apoio ofertado pela gestão para o andamento do CR é um aspecto de suma importância, uma vez que o serviço não avança se não possuir recursos humanos e materiais disponíveis, bem como gestores engajados na minimização ou solução dos desafios que são apresentados no cotidiano do serviço; d) o acolhimento, o vínculo, o diálogo, a escuta qualificada, são ferramentas indissociáveis do trabalho diário das equipes de CR. Para além deste estudo realizado em Curitiba-PR, é fundamental que novos debates e pesquisas sejam suscitadas em todo território nacional, possibilitando a reflexão dos entraves bem como dos meios que possam facilitar a implementação e desenvolvimento de diversos CR, incorporando no SUS uma prática de cuidado que seja mais universal, equânime e integral. Esse tipo de estudo norteia as mudanças e melhorias das políticas públicas atuais, principalmente no que tange a defesa de direitos da PSR.

**Palavras-chave:** Consultório na Rua. Política de saúde. População em situação de rua.

## ABSTRACT

Homeless population (PSR) is inserted in a social vulnerability context and presents cultural, social, economic and psychological issues that are peculiar to the street context, thus requiring a differentiated view of society in general, without prejudices. Stigmas. That is fundamental to build and implement public policies that respect the characteristics of living on the street and promote the autonomy of users, giving visibility to citizens who are often considered invisible. The Office in the Street (CR) is a health program, instituted since 2011, which is characterized by the specific care of PSR, being considered a transversal service, which produces care for both mental health and primary care, as a priority. Its purpose is to facilitate PSR's access to the various health services, providing assistance and protection of the quality of life. In the city of Curitiba-PR, the CR was implemented in mid-2013 and has multiprofessional teams integrating the service, being considered a national reference as a health policy for PSR. Therefore, the overall objective of this research was to evaluate the formulation, implementation and effects of the Street Doctor Program in the context of the construction of the local policy for street people in the city of Curitiba-PR. The study is inserted in the qualitative method, and has as data collection techniques documentary research, participant observation and semi-structured interview. The subjects interviewed belonged to three groups directly involved with the CR: management (1 interviewed), CR professionals (22 interviewed) and representatives of users that make up the National Movement of Homeless population (4 interviewees). To analyze the interviews, the content analysis described by Bardin (1977) was used. Among the results and the discussion, it is possible to highlight the following aspects: a) for the work with PSR to promote access to health of these subjects, professionals need to be sensitized and motivated to offer a differentiated and humanized care; B) the demands presented by the PSR go beyond health issues and are beyond one-off resolutions; therefore, it is essential that there is intra- and intersectoral articulation in the work of the CR; C) the support offered by management for the CR is a very important aspect as the service does not advance if it wasn't human and material resources available, as managers engaged in minimizing or solving the challenges that are presented in daily life Of the service; D) welcoming, bonding, dialogue and qualified listening are inseparable tools of the daily work of CR teams. In addition to this study carried out in Curitiba-PR, it is fundamental that new debates and research be raised throughout the national territory, allowing the reflection about obstacles and the means that can facilitate the implementation and development of several CRs, incorporating in the SUS a practice of Care that is more universal, equitable and integral. This kind of study guides the changes and improvements of the current public policies, mainly regarding the defense of rights of the PSR.

**Keywords:** Office in the Street. Health policy. Homeless population.

## LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária a Saúde
CAPSad	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	-	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
Centro Pop	-	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CETAD	-	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CF	-	Constituição Federal
CR	-	Consultório na Rua
DS	-	Distrito Sanitário
eCR	-	Equipe de Consultório na Rua
ESF Pop Rua	-	Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua
ESF sem Domicílio	-	Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio
FAZ	-	Fundação de Ação Social
FIOCRUZ	-	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	-	Homem que faz sexo com homem
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	-	Infecção Sexualmente Transmissível
MDS	-	Mistério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNCR	-	Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis
MNPR	-	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
PEAD	-	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PET	-	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAB	-	Política Nacional da Atenção Básica
PR	-	Paraná
PSF Sem Domicílio	-	Programa Saúde da Família sem Domicílio
PSR	-	População em Situação de Rua
RAS	-	Rede de Atenção a Saúde
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
RJ	-	Rio de Janeiro

SENAD	-	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TB	-	Tuberculose
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	-	Tratamento diretamente observado
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UMS	-	Unidade Municipal de Saúde
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: quem é? Como vive? Qual o seu lugar na sociedade de direitos? .....</b>	<b>14</b>
2.1 Direitos humanos e políticas públicas: a visibilidade para uma população invisível.....	18
2.2 Política Nacional para População em Situação de Rua: como surgiu? .....	24
2.3 Direito a saúde e as especificidades da população em situação de rua .....	27
2.4 O Consultório na Rua na atenção à saúde da população em situação de rua .....	29
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
3.1 Técnicas de coleta de dados: observação participante, pesquisa documental e entrevista.....	38
3.2 A análise de conteúdo sob a perspectiva da pesquisa qualitativa.....	40
3.3 Percurso metodológico .....	42
<b>4 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CURITIBA-PR: estratégias de atendimento e a implementação do Consultório na Rua .....</b>	<b>46</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
5.1 Motivo do interesse em trabalhar com PSR .....	57
5.2 Facilidades na fase inicial do CR de Curitiba-PR .....	64
5.3 Dificuldades na fase inicial do CR de Curitiba-PR .....	69
5.4 Avanços no CR de Curitiba-PR.....	80
5.5 O que precisa avançar no CR de Curitiba-PR .....	96
5.6 Efeitos do CR de Curitiba-PR .....	105
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO 1 – TCLE USUÁRIO .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO 2 – TCLE PROFISSIONAL.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO 3 – TCLE GESTOR.....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na conjuntura histórica, o fenômeno das pessoas em situação de rua vem se tornando cada vez mais aparente, diante à sociedade e às esferas governamentais. Esta população está inserida em um contexto de vulnerabilidade social, apresentando características singulares provenientes de um ambiente urbano que é complexo, e que exige um olhar diferenciado perante os sujeitos, sem preconceitos e estigmas. Existem questões culturais, sociais, econômicas, psicológicas que são peculiares da população em situação de rua (PSR). Assim, fica cada vez mais explícita a necessidade da construção, articulação e efetivação de políticas públicas que respeitem as características do viver na rua, promovam e estimulem a autonomia dos usuários, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos, dando visibilidade a cidadãos que muitas vezes são considerados invisíveis.

Apesar das limitações e dificuldades que ainda são apresentadas cotidianamente, a PSR já teve conquistas no cenário político, no que tange ao acesso aos direitos sociais, ainda que o contexto em que viva desfavoreça a efetivação dos mesmos. A Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída em 2009, surge a partir de mobilizações da sociedade e com o intuito de resgatar e efetivar a cidadania desses usuários, englobando políticas intersetoriais para a concretização do acesso a bens e serviços sociais, como por exemplo: políticas de saúde, assistência social, educação, moradia, segurança, cultura, entre outras (BRASIL, 2009). Esta política foi um avanço, visto que gerou maior sensibilidade para os segmentos públicos sobre a proteção que deve ser prestada à PSR.

No âmbito específico da saúde, foco deste trabalho, desde a Constituição Federal de 1988, ela passa a ser um direito de todos, sendo oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma política que visa o acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, lutando na defesa intransigente da vida de todo sujeito. Baseia-se nos princípios da universalidade do atendimento, integralidade da assistência, equidade no cuidado, tendo sua organização fundamentada na descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, além da ênfase na participação popular (BRASIL, 1988; TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Logo, a PSR tem seu direito à saúde instituído e preconizado nas leis supracitadas. O Consultório na Rua (CR) é um programa na esfera da saúde, criado desde 2011, o qual é caracterizado pelo atendimento específico às pessoas em situação de rua, sendo considerado um serviço transversal, que produz atenção tanto nos aspectos que englobam a saúde mental

como as práticas da atenção primária, prioritariamente. Tem o intuito de facilitar o acesso dos sujeitos aos diversos serviços de saúde, além de proporcionar assistência e proteção da qualidade de vida (BRASIL, 2012a).

No município de Curitiba-PR, o CR foi implementado em meados do ano 2013 e possui uma equipe multiprofissional integrando o serviço, sendo considerado uma referência nacional como política de saúde para PSR (KAMI, 2015; WOLLMANN et al., 2016). O CR é um dispositivo de suma importância na luta pela efetivação de um SUS mais equânime e universal. Porém, por ser uma estratégia recente, existe pouca produção acadêmica sobre o tema, seja na esfera nacional ou retratando experiências locais. Além disso, a Política Nacional para a População em Situação de Rua menciona, dentre seus objetivos no Art. 7º, sobre a necessidade de “[...] VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a PSR, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento” (BRASIL, 2009). Por isso a importância do desenvolvimento de pesquisas que envolvam distintos aspectos da PSR, podendo contribuir para a criação e fortalecimento de políticas públicas cada vez mais eficazes.

Para a condução desta pesquisa, as questões norteadoras abaixo foram emergentes:

- Quais os fatores e atores que influenciaram o processo de formulação e implementação do Consultório na Rua no município de Curitiba-PR?
- Que aspectos foram dificultadores ou facilitadores na fase inicial de implementação do Consultório na Rua em Curitiba?
- Quais os avanços e efeitos que essa política de saúde produz junto à população em situação de rua e à Rede de Atenção à Saúde?

Portanto, a partir das questões mencionadas, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a formulação, implementação e efeitos do Programa Consultório na Rua no contexto da construção da política local para pessoas em situação de rua na cidade de Curitiba-PR. Dentre os objetivos específicos, estão:

- Examinar o processo de formulação e implementação da política de saúde voltada especificamente a população em situação de rua no município de Curitiba-PR;
- Descrever os desafios e os facilitadores da implementação do Consultório na Rua de Curitiba-PR, na perspectiva dos representantes de usuários, profissionais e gestor.
- Analisar os avanços e efeitos do Programa Consultório na Rua de Curitiba-PR para a população em situação de rua e para a Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva dos representantes de usuários, profissionais e gestor.

Para contemplar os objetivos e possibilitar respostas às indagações, o estudo está inserida no método qualitativo, tendo como técnicas de coleta de dados a pesquisa documental, a observação participante e a entrevista semiestruturada, as quais serão abordadas posteriormente. No que tange à organização, serão apresentados ao todo quatro capítulos. O primeiro tópico refere-se à introdução do trabalho. No capítulo 1 foi realizada uma contextualização do fenômeno das pessoas em situação de rua, seguida de uma explanação sobre os direitos sociais e as políticas públicas direcionadas a toda população, incluindo especificamente a política para PSR; após, foi mencionado sobre o direito à saúde, foco deste estudo; por conseguinte foi feita uma apresentação do panorama da saúde no Brasil, seguido de uma apresentação sobre o surgimento do CR em âmbito nacional, bem como as normativas que conduzem as suas equipes e respectivas atividades.

O capítulo 2 compreende o percurso metodológico da pesquisa. No capítulo 3 foi feita uma contextualização intersetorial das políticas direcionadas à PSR no município de Curitiba-PR, com foco na implementação do CR. O capítulo 4 deste trabalho é composto pelos resultados oriundos da pesquisa de campo com o CR de Curitiba-PR, bem como a discussão dos mesmos. No último tópico foram feitas as considerações finais.

Vale ressaltar que a presente pesquisa está ligada a um projeto mais amplo intitulado “Organização e práticas em saúde mental na rede de atenção psicossocial do município de Curitiba”, sendo que o mesmo pertence a uma das ações previstas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde) Redes de Atenção, vinculado à Universidade Federal do Paraná (UFPR). O interesse da pesquisadora pela temática advém de uma pesquisa realizada com PSR no município de Aracaju-SE, como fruto do trabalho de conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, realizada no mesmo município. Como também, desde o período da graduação em Serviço Social, realizou estudos com grupos vulneráveis, identificando desde então a afinidade com esse universo de pesquisa.

## 2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: quem é? Como vive? Qual o seu lugar na sociedade de direitos?

[...] Não somos lixo. Não somos lixo e nem bicho. Somos humanos. Se na rua estamos é porque nos desencontramos. [...] Não somos mortos, estamos vivos. Andamos em labirintos. Depende de nossos instintos. Somos humanos nas ruas, não somos lixo. (BRASIL, 2012a, p. 8)

Uma espécie de “lixo” na cidade, ou simplesmente estão invisíveis diante da sociedade e de toda a agitação urbana diária. Sem que haja generalização, mas é nessa ótica de preconceito e indiferença que a PSR é vista e analisada por uma camada populacional que não utiliza as vias públicas como forma de moradia, de refúgio, de prover seu sustento.

A existência de pessoas em situação de rua é um dos fatores que evidencia a desigualdade social. À época da Revolução Industrial na Europa, existiram trabalhadores que deixaram suas terras e não foram absorvidos pela indústria nascente, tornando-se moradores de rua (SILVA, 2006; SILVA, 2009). Sobre a falta de emprego, que permanece atual, ressalta-se o entendimento de Bauman, segundo o qual, “[...] racionalizar significa cortar e não criar empregos, e o progresso tecnológico e administrativo é avaliado pelo ‘emagrecimento’ da força de trabalho, fechamento de divisões e redução de funcionários” (1998, p.50). É este contexto determinante de pobreza e conseqüente degradação humana, revelando o paradoxo entre oferta e procura de força de trabalho, que propiciou a expansão da PSR, ou dos “mendigos”, ou dos “vagabundos” (SILVA, 2006; SILVA, 2009). Corroborando tais aspectos, é válido mencionar um trecho descrito na Carta de Brasília Aberta ao Presidente da República Federativa, elaborada no II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua<sup>1</sup>, que aborda:

[...] o fenômeno população em situação de rua é antigo. Sua história remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa, no processo de criação das condições necessárias à produção capitalista. No contexto da chamada acumulação primitiva, os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras e nem todos foram absorvidos pela indústria nascente. Isso fez com que a maioria desses camponeses vivenciasse a amarga experiência de perambular pelas ruas exposta à violência da sociedade opressora, que acabara de nascer. Assim surgiu o pauperismo que se generalizou pela Europa Ocidental, ao final do século XVIII e forjou o fenômeno população em situação de rua (2009).

---

<sup>1</sup> O II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua foi realizado em Brasília, no ano 2009, e contou com a participação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e representantes da sociedade civil, sendo que estes foram responsáveis pela elaboração da carta do encontro. Esse documento está disponível em: [http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Carta\\_Aberta\\_aoPresidente\\_da\\_Republica\\_Federativa\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Carta_Aberta_aoPresidente_da_Republica_Federativa_do_Brasil.pdf). Acesso em 30 de jun. de 2016.

Segundo Mendes (2007), parcela dos estudiosos do fenômeno da PSR centraliza o entendimento do surgimento da mesma nas análises sociais e econômicas, atribuindo tal condição ao desemprego, aos colapsos e mudanças na economia, à crise social proveniente do crime organizado, à ideologia neoliberal, entre outros aspectos que resultam em pessoas que não se inserem no mercado de trabalho formal, e acabam utilizando o espaço urbano como moradia. Porém, segundo Silva (2006; 2009), tal fato está vinculado não somente ao processo de acumulação de capital. De forma geral, podem ser abordados três determinantes: os estruturais, vinculados à moradia, à renda e a questões econômicas; os biográficos, relacionados às histórias de vida dos sujeitos; e os da natureza, como terremotos, inundações e outros desastres naturais (SILVA 2006; SILVA 2009). Sendo assim, existe um amplo conjunto de motivos e situações que permeiam o sujeito na sua ida para as ruas, na mesma proporção que há uma heterogeneidade de concepções quanto à definição de PSR, visto que este é um fenômeno com múltiplas determinações.

São diversas as denominações utilizadas pela sociedade para fazer referência às pessoas em situação de rua, sendo a maioria delas marcadas por valores discriminatórios e pejorativos, como por exemplo: “mendigos”, “maloqueiros”, “desocupados”, “vadios”, “loucos”, “pedintes”, “maltrapilhos”, “carentes”, dentre outras nomenclaturas (SILVA, 2009). Alguns países que compõem a União Européia, bem como os Estados Unidos e a Austrália, tendem a vincular a classificação de morador de rua, também chamado de *homeless*, a ausência ou precariedade de casa regular. Já no Brasil, a designação que é comumente utilizada na atualidade é “população em situação de rua” ou “pessoa em situação de rua”, por compreender uma série de possíveis inserções no contexto da rua, podendo ser transitória ou não. Segundo estudo realizado por Mattos e Ferreira (2004), toda a representação construída socialmente sobre a PSR repercute significativamente na identidade da mesma e na forma como a sociedade enxerga essa população. Assim, o termo “população em situação de rua” permite a percepção de histórias singulares para sujeitos que estão inseridos em uma diversidade social (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Dentre uma série de tipificações que acometem as pessoas em situação de rua, Mattos e Ferreira (2004) enfocam as seguintes: pessoa em situação de rua como vagabunda, associada à ideia de que o sujeito que não possui um emprego formal às vezes é culpabilizado por tal circunstância, sendo então considerado como improdutivo e inútil nas relações de exploração e dominação do capitalismo; pessoa em situação de rua como louca, atribuindo a condição de mendicância a algum distúrbio mental, alguma “anormalidade”; pessoa em situação de rua como suja, associada a condições precárias de higiene, usando o senso comum

para sustentar a ideia de que quem está na rua é mal vestido, mal cheiroso, mal cuidado; pessoa em situação de rua como perigosa, relacionando a pobreza com a violência e a criminalidade; pessoa em situação de rua como “coitadinha”, que prega um discurso de piedade e de ações de caridade perante essa população (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Vale ressaltar que no transcorrer deste estudo os termos “população em situação de rua” e “pessoa em situação de rua” serão comumente utilizados para referir-se ao alvo da pesquisa, bem como as expressões usuário ou sujeito. No contexto do estudo, o termo usuário busca remeter àqueles que usufruem de algo coletivo, seja ele um serviço público ou privado, compreendendo que a saúde, por exemplo, é um direito social, que efetiva a cidadania (SAITO et al., 2013). Já a expressão sujeito, no viés da epistemologia psicanalítica, possibilita o entendimento que a subjetividade deve andar articulada aos fatores sociais, culturais e biológicos, não havendo priorização de um sobre o outro; assim, o sujeito é visto na sua amplitude (BRANT, 2001). Por isso a escolha pela utilização destes termos no decorrer do trabalho.

Retomando a reflexão sobre os vários termos que fazem alusão à PSR, é irrefutável que inúmeros estigmas estão enraizados. Conforme menciona a estudiosa Goffman (2004), “[...] o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro” (p. 117). Deste modo, percebe-se que há um ideário social acerca de como uma pessoa deve ser, deve estar vestida, deve se comportar, onde deve morar, sendo que fugir de tal “normalidade” conduz a sociedade em geral a ter preconceitos e estigmatizar os sujeitos.

Ora, se morar em uma residência fixa, trabalhar formalmente e constituir família são padrões sociais que caracterizam os indivíduos normais, logo, sem residência fixa, sem família e trabalho formal, as pessoas em situação de rua são alvos de investidas ideológicas que acentuam suas anormalidades (MATTOS; FERREIRA, 2004, p. 50).

Portanto, o preconceito direcionado às pessoas em situação de rua indica a condição de dignidade e o valor moral diante a sociedade (SILVA, 2009). A vida e as relações construídas na rua são muitas vezes percebidas como desestruturadas, na concepção de um cidadão domiciliado, contudo, do ponto de vista daqueles que a vivem, existe uma ordem e um ritmo na vida de rua, “[...] seu caráter distinto reside num conjunto padronizado de comportamentos, rotinas e orientações que são respostas adaptativas à própria situação de rua” (SNOW; ANDERSON, 1998, p. 130).

Agregado a tais aspectos, o contexto de sociedade capitalista em que estamos inseridos contribui para o processo de exclusão social da PSR, que remete à falta de equidade na sociedade, e à privação de um desenvolvimento humano condizente com as necessidades. É válido mencionar que “[...] o termo exclusão surge associado a expressões como banimento, reclusão e expulsão, com foco nos efeitos segregadores de práticas que constroem diferenças estigmatizantes exercidas de forma regular, como parte da vida cotidiana” (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014, p. 76). Logo, a exclusão possui várias vertentes, seja na esfera dos direitos, na da dignidade humana ou na da cidadania. A postura de indiferença, somada à crença de que são sujeitos que estão à margem da sociedade, reflete e reforça a condição de invisibilidade dos mesmos (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

A vulnerabilidade em que a PSR se encontra está relacionada com a falta de condições dignas de sobrevivência, sendo tal fato marcado principalmente pela deficiência na inclusão de programas governamentais, e no acesso aos serviços públicos (ABREU, 2014). A percepção de vulnerabilidade utilizada para compreender os sujeitos, segundo Ayres (2009), adota três dimensões analíticas, sendo elas: dimensão individual, por meio de aspectos biológicos, comportamentais e afetivos; dimensão social, por meio das relações e contextos sociais que a pessoa está inserida; dimensão programática, por meio dos fatores políticos, serviços, programas e ações, que influenciam esses contextos (AYRES, 2009). Pensando especificamente na saúde, de acordo com estudo que Ayres et al. desenvolveu sobre a infecção HIV/Aids, os fatores individuais e coletivos ocasionam maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento, e maior ou menor disponibilidade de recursos para que se possa prevenir/proteger de doenças, refletindo assim na vulnerabilidade dos sujeitos (AYRES et al., 2003). Ainda que em geral a pobreza seja avaliada como um forte determinante de vulnerabilidade, há fatores internos como, por exemplo, escolarização, religião e origem étnica, que também devem ser considerados (AYRES, 2002).

Portanto, a PSR está submersa em um contexto de vulnerabilidade e conseqüente exclusão social. Ponderando que há uma série de bens fundamentais que pertencem à sociedade como um todo, é então imprescindível discutir sobre os direitos, bem como sobre a importância do desenvolvimento de políticas públicas direcionadas as pessoas em situação de rua, na tentativa de que haja o estímulo a efetivação da cidadania, ainda que vários fatores interfiram na negação dos seus direitos.

## 2.1 Direitos humanos e políticas públicas: a visibilidade para uma população invisível

Inicialmente, é válido refletir a conceituação das teorias críticas sobre os direitos humanos. Segundo Morais (2010):

[...] os direitos humanos, como conjunto de valores históricos básicos e fundamentais, que dizem respeito à vida digna jurídico-político-psíquico-físico-econômica e afetiva dos seres humanos e de seu habitat, tanto daqueles do presente quanto daqueles do porvir, surgem sempre como condição fundante da vida, impondo aos agentes político-jurídico-econômico-sociais a tarefa de agirem no sentido de permitir e viabilizar que a todos seja consignada a possibilidade de usufruí-los em benefício próprio e comum ao mesmo tempo. Assim, como os direitos humanos dirigem-se a todos, o compromisso com sua concretização caracteriza tarefa de todos, em um comprometimento comum com a dignidade comum (MORAIS, 2010, p. 131).

Os valores que compõem a esfera de direitos humanos são bens substanciais para a vida em sociedade e para a defesa da dignidade humana, sendo para todos e compromisso de todos, indistintamente. Corroborando tal perspectiva, os direitos humanos universais têm “[...] uma ideia unificadora, algo que torna cada um de nós importante (pouco importa onde vivamos e a que país pertencamos), algo que podemos todos partilhar (apesar da diversidade dos sistemas jurídicos dos nossos respectivos países)” (SEN, 2001, p. 1). Entretanto, o jusfilósofo Flores destaca que, apesar das normas estabelecidas trazerem a tona que “temos” os direitos, não necessariamente a sociedade tem acesso a tais bens, sendo os resultados compatíveis com as realidades vividas por cada sujeito, visto que “[...] tudo dependerá da situação que cada um ocupe nos processos que facilitam ou dificultam o acesso aos bens materiais e imateriais exigíveis em cada contexto cultural para se alcançar a dignidade” (FLORES, 2009, p. 38). Assim, o cenário em que vive o sujeito é muitas vezes condicionante para a efetivação dos seus direitos.

Complementando tais aspectos, os direitos humanos são considerados processos de conquista das lutas que os sujeitos enfrentam para ter acesso aos bens necessários para a vida (FLORES, 2009). Devido à complexidade enfrentada pelos direitos humanos, é fundamental que haja o fortalecimento e o empoderamento das pessoas para a luta e apropriação dos seus direitos para além dos textos jurídicos. O acesso ao direito à saúde, foco do desenvolvimento desta pesquisa, é considerado um bem indispensável, visto que reflete diretamente na sobrevivência do ser humano, bem como na qualidade e dignidade de vida. Sobre a dignidade humana, Sarlet (2001, p. 60) afirma ser esta uma “[...] qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da

comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais [...]”. A dignidade é então analisada como princípio fundamental e inerente a toda e qualquer pessoa, independente de sua origem, cor, raça, idade, sexo, crenças, entre outros aspectos.

É importante refletir quão heterogênea é a sociedade, composta por distintos grupos, entre eles o segmento da PSR, que apresenta suas várias peculiaridades, e estão em constante exposição a situações de risco. O uso de substâncias psicoativas, a violência, a falta de segurança, a alimentação inadequada ou ausência da mesma, a fragilização de vínculos, são alguns dos inúmeros aspectos que tornam PSR vulnerável, e a dificuldade do acesso aos serviços e equipamentos sociais agrava tal panorama (BRASIL, 2012a). Assim, como efetivar os direitos humanos inerentes a essa população? Será que as pessoas em situação de rua estão tendo sua dignidade concretizada?

Diante o contexto e as indagações supracitadas, as políticas públicas surgem como estratégias governamentais oriundas de demandas emergentes na sociedade, para a efetivação dos direitos sociais e, conseqüentemente, da dignidade humana. Segundo Souza (2006), “[...] a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p. 26). Assim, a formulação de políticas reflete quais são as prioridades do governo em determinado momento, seja na saúde, assistência, segurança, educação, lazer, entre outros setores. Analisar uma política pública traz à tona a reflexão sobre o que os governos fazem, para quem fazem, e que diferença/efeito/resultado isso traz para a população. Vale enfatizar que as políticas são formuladas em um contexto de pluralidade social, em que cada grupo apresenta suas peculiaridades e problemas específicos a serem resolvidos (DYE, 2013).

O processo político é então complexo e envolve inúmeros atores sociais. Para Knoepfel et al.. (2007), o termo “ator” pode ser abordado para designar uma ou várias pessoas, uma entidade jurídica ou grupos sociais. Qualquer um desses sujeitos que se sensibilize/mobilize pelo problema coletivo abordado pela política em questão é um ator, ainda que em determinadas circunstâncias seja incapaz de desenvolver ações concretas. Assim, a política é idealizada e gerida por atores públicos e privados, que, embora pertençam a diferentes organizações e representam interesses que às vezes são opostos, juntos constituem uma rede de interações. É importante frisar que nenhum campo social ou político está perfeitamente estruturado, controlado ou regulado, logo, os sujeitos e atores coletivos a fim de promover os seus próprios valores, ideias e interesses, deparam-se com áreas de incerteza (KNOEPFEL et al., 2007). Corroborando tais aspectos, Hill (2005) exemplifica alguns atores

sociais que fazem parte desse processo multifacetado: políticos, funcionários públicos, profissionais empregados publicamente, grupos de pressão, sujeitos considerados recipientes passivos da política, entre outros.

Vale considerar que os processos políticos raramente apresentam início e fim bem definidos. Isto porque as políticas são constantemente revistas, modificadas, e às vezes até mesmo canceladas, ou seja, são adaptadas ao contexto e às necessidades sociais (JANN; WEGRICH, 2007). Segundo Kingdon (1995), a agenda governamental está intrinsecamente vinculada às diversas problemáticas apresentadas pela sociedade, e, de acordo com o cenário político, essas demandas ganham maior ou menor atenção do governo. Portanto, diversos elementos contribuem para determinados assuntos ganharem visibilidade na esfera política.

Para pensarmos nas políticas direcionadas especificamente à PSR, na tentativa de fortalecer e efetivar o acesso aos seus direitos, é interessante inicialmente considerar o contexto brasileiro como um todo, desde os aspectos históricos e o cenário político, uma vez que, conforme já mencionado, tal conjuntura reflete no processo de formulação e implementação de políticas públicas. No que tange às políticas sociais no Brasil, encontram-se três momentos distintos: o primeiro corresponde à “era Vargas”, o segundo à ditadura militar, e o terceiro ao período pós-constituinte. Os dois momentos iniciais assumiram caráter controlador das políticas sociais, tornando-as emergenciais, compensatórias, sem assumi-las como direito social.

Por volta dos anos 1980, em um momento de opressão política, houve a união de classes sociais na tentativa de contrapor toda a força estatal. Com o fim do regime militar, o país sofreu um processo de democratização estimulado pelos inúmeros movimentos emergentes na sociedade, sendo então promulgada, em 1988, a Constituição Federal (CF), também chamada de “Cidadã”. Nessa ocasião destacou-se a necessidade de formulação de políticas que passassem a ser vistas como direito social (PIANA, 2009).

A CF do Brasil, vigente até os dias atuais, é então considerada um marco das lutas pelos direitos fundamentais. É caracterizada essencialmente pela ideia de democracia, liberdade, cidadania, dignidade da pessoa humana e justiça social. Sobre o princípio da igualdade, apresenta que “[...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” - Art. 5º (BRASIL, 1988). Corroborando tais aspectos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, anterior à CF, adotada desde 1948, também institui, no seu Artigo XXV, que: “[...] Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem

estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis[...]" (ONU, 1948).

Em um cenário de defesa da cidadania e da igualdade dos direitos sociais, a temática direcionada as pessoas em situação de rua vem ganhando visibilidade no panorama nacional, visto que as demandas particulares apresentadas por esta população estão cada vez mais emergentes. A ampliação de políticas sociais que englobam grupos vulneráveis passou a ser enfatizada. Sobre elas, Fleury e Ouverney (2012) reforça que são definidas como aquelas desenvolvidas com a finalidade de propiciar bem-estar, igualdade e proteção social, e que abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, além de outros campos. No atual contexto brasileiro, o que se identifica “[...] no plano político é a generalização do discurso que remete o tempo todo à necessidade de resolver os problemas da pobreza e outras questões sociais, juntamente com a implementação de políticas focais” (ADORNO, 2011, p. 551).

Vale ressaltar que um desafio para a formulação de políticas públicas, para um grupo vulnerável como a PSR, é a escassez de informações sobre o mesmo, visto que ele não é inserido nos censos demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para conceber soluções e alternativas para as pessoas em situação de rua, pertinentes com a realidade, torna-se imprescindível a apropriação do seu perfil. Assim, algumas pesquisas foram realizadas - e são aludidas até hoje - para fazer referência às características dessa população, apesar de já serem consideradas defasadas, no sentido temporal.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), anteriormente chamada de Secretaria Nacional Antidrogas, realizou em 2003 o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas capitais brasileiras, sendo este estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID/UNIFESP). Em anos anteriores (1987, 1989, 1993, 1997), o CEBRID havia realizado pesquisa similar, porém apenas em algumas capitais do país. Em 2003 foi a primeira vez que o setor desenvolveu o levantamento em âmbito nacional, sendo entrevistadas 2.807 crianças e adolescentes, entre 10 e 18 anos de idade, em que 75,5% era do sexo masculino e 24,5% do sexo feminino. Dentre os diversos resultados, é válido mencionar os seguintes: 68,8% dos entrevistados moravam com as respectivas famílias, porém passavam parte do dia nas ruas, e os demais ficavam na rua sem referência familiar; entre aqueles que não moravam com a família, em 45% dos casos a justificativa se dava por questões de conflitos e agressões intra-familiares, enquanto que aqueles que moravam com a família atribuíam a ida para as ruas em parte por diversão, busca da liberdade, seguidos de uma porcentagem considerável

que utilizava as ruas para o sustento de si ou da família; cerca de 75% das crianças e adolescentes que relataram não morar com a família faziam uso de alguma substância psicoativa, bem como 36,7% mencionaram praticar furto e roubo (CEBRID, 2003; NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Posterior a este levantamento, em 2007/2008 foi realizada uma Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em parceria da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 71 municípios brasileiros com população absoluta superior a 300.000 habitantes, sendo foco da coleta de dados as pessoas com idade acima de 18 anos. A pesquisa registrou mais de 30.000 pessoas nessa condição, mas vale ponderar que este quantitativo seria consideravelmente maior caso todos os municípios do país fossem incluídos. De forma geral, entre os principais dados encontrados é relevante citar: predominância de homens em situação de rua, entre 25 e 44 anos, que não concluíram o primeiro grau, havendo maior índice de pessoas pretas, e a maioria delas exerciam algum tipo de atividade remunerada informal; no que tange ao motivo de estarem na rua, as respostas variaram, sendo por uso de álcool e/ou outras drogas, desemprego ou questões familiares; em relação aos benefícios governamentais, a maior parcela dos entrevistados não tinha acesso a nenhum (BRASIL, 2008a; NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Diante os estudos realizados, a PSR foi ficando cada vez mais evidente, deixando nítida a emergência e a necessidade das intervenções estatais na concretização dos seus direitos fundamentais, e minimização dos riscos originados pelo próprio cenário urbano. A situação de rua tornou-se um foco de discussão nos diversos meios, e sobre isso Costa (2007) reforça que:

Até então inumerável, invisível e inominável, nos últimos trinta anos a experiência de rua ganha número, visibilidade e nome próprio – população de rua – e assim entra na cena do espaço público paulistano e também de outras cidades do Brasil. Particularmente no centro de São Paulo a população de rua parece que está em todo lugar. É alvo de discursos e olhares, regimes enunciativos e de visibilidade. São implantados insistentes dispositivos para se ouvir, ver, registrar e falar da população de rua. Discursividades múltiplas são incitadas: declarações públicas, artigos de jornais, periódicos científicos, monografias, pesquisas estatísticas, livros-depoimentos. Visibilidades também são suscitadas: câmeras, filmes, fotos, sistemas de informação, mapeamentos estatísticos, cartazes, manifestações no espaço público (COSTA, 2007, p. 19).

Toda essa visibilidade para aqueles humanos até então “invisíveis” culminaram no reconhecimento da sociedade e do Estado para as necessidades da PSR, ainda que de forma

pontual, ainda que com uma série de estigmas e preconceitos. Vale destacar que a pesquisa nacional mais recente sobre PSR foi divulgada no ano 2016 e realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. O estudo apresenta uma estimativa de pessoas em situação em todo o Brasil, considerando dados fornecidos por 1.924 municípios por meio do Censo do Sistema Único de Assistência Social (2013-2015). Segundo o modelo teórico adotado, considera-se que em 2015 o número de PSR no país era de 101.854 pessoas. Deste total, calcula-se que em média 40,1% dos sujeitos habitem em municípios com mais de 900 mil habitantes, e 77,02% vivem em municípios com mais de 100 mil habitantes, havendo assim uma maior concentração dessa população em municípios considerados de grande porte. O estudo também apontou que na região sul do país concentra-se 15,73% do total de PSR, ficando em terceiro lugar no ranking das regiões brasileiras. O relatório apresenta, entre suas conclusões, a importância da realização de pesquisas mais aprofundadas, em municípios que possuam mais de 100 mil habitantes, que revelem o perfil da PSR, possibilitando assim o planejamento e gestão de políticas públicas mais eficazes (IPEA, 2016).

Aqui vale também mencionar algumas das conclusões do Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua<sup>2</sup>, realizado em 2005:

No Brasil, a atenção do poder público para com esse segmento populacional é recente, o que reflete a contradição com que a sociedade e a opinião pública tratam o tema, ora com compaixão, preocupação e até assistencialismo, ora com repressão, preconceito e indiferença. [...] Esse sentimento contraditório do senso comum, tem propiciado historicamente que no Brasil, e em outros países também, a maior parte das políticas oriundas do poder público, voltadas para a população em situação de rua, seja de repressão, higienização e segregação social. Inclusive, algumas vezes novas iniciativas são anunciadas, aparentemente com novo conteúdo, no entanto, acabam revelando que o real objetivo que as orienta não é novo, só mostram nova forma de apresentação. Portanto, romper com essa tradição significa considerar a cultura hegemônica na sociedade de preconceito, desvalia, intolerância e assistencialismo, e, ainda assim, implementar políticas que estejam pautadas pelos conceitos de garantia de direitos humanos, de inclusão social e de auxílio na construção de projetos de vida (BRASIL, 2006a, p. 88-89).

Nessa perspectiva de garantia de direitos, contrapondo-se aos aspectos de repressão e segregação social mencionados no trecho acima, um marco para a PSR, foi a promulgação, em 2009, da Política Nacional para População em Situação de Rua. A partir dela várias estratégias foram articuladas e o fenômeno da situação de rua passou a ser visto de forma

---

<sup>2</sup> O I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua foi realizado em Brasília, no ano 2005, com o apoio da Secretaria Nacional de Assistência Social, e contou com a participação de diversos representantes do governo, da sociedade civil e da PSR. Foi produzido um relatório com aspectos discutidos neste encontro.

interministerial, com o envolvimento de diversos setores e atores sociais na defesa da vida desses sujeitos.

## **2.2 Política Nacional para População em Situação de Rua: como surgiu?**

A partir da contextualização anterior, serão descritos aqui alguns acontecimentos históricos, bem como normativas jurídicas que culminaram na mobilização para a formulação e publicação de uma política direcionada especificamente para PSR.

No ano 1993 foi promulgada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a qual regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, reconhecendo a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, sendo uma política da seguridade social, não contributiva, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas de toda população (BRASIL, 1993). Em 1995 ocorreu um evento em mais de 170 cidades de todo o país, e foi denominado “Grito dos excluídos”, tendo como lema “a vida em primeiro lugar”; o intuito foi chamar a atenção da sociedade para a valorização de todos os sujeitos, indistintamente, denunciando assim as exclusões sociais<sup>3</sup> (MELO, 2011).

Em 2001, aconteceu a 1ª Marcha Nacional da População de Rua, em Brasília, juntamente com o 1º Congresso Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis; na “carta de Brasília”<sup>4</sup>, produto desses eventos, foi reivindicado, dentre outros itens, o “reconhecimento, por parte dos governos, em todos os níveis e instâncias, da existência da População de Rua, incluindo-a no Censo do IBGE, e garantindo em lei a criação de políticas específicas de atendimento às pessoas que vivem e trabalham nas ruas, rompendo com todos os tipos de discriminação”. Neste mesmo documento foi explicitado sobre a garantia do atendimento no Sistema Único de Saúde aos moradores de rua.

No ano de 2004, ocorreu o caso que ficou conhecido como “Massacre da Praça da Sé”, na cidade de São Paulo, no qual houve o assassinato de sete pessoas em situação de rua. Este fato foi impactante para a afirmação da necessidade da mobilização social em prol da defesa dos direitos dessa população (MELO, 2011).

---

<sup>3</sup> Informações sobre todos os “Gritos do excluídos”, desde 1995 até os dias atuais, podem ser encontradas no website do evento. Disponível em: <http://www.gritodosexcluidos.org/historia/>. Acesso em 18 de jul. de 2016.

<sup>4</sup> A “carta de Brasília” pode ser encontrada no website do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR). Disponível em: <http://www.mncr.org.br/sobre-o-mncr/principios-e-objetivos/carta-de-brasilia>. Acesso em 18 de jul. de 2016.

Em consonância com a LOAS, em 2004 foi criada a Política Nacional de Assistência Social, e esta passou a assegurar a cobertura da PSR (BRASIL, 2004), estabelecendo uma nova perspectiva de análise ao tornar visíveis aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas. Diante disso, em 2005 a LOAS incluiu a obrigatoriedade da prestação de serviços para essa população, por meio de programas específicos (ABREU, 2014).

No mesmo ano ocorreu em Belo Horizonte-MG o 4º Festival Lixo e Cidadania. Compareceram ao evento representantes da PSR de diversas cidades, e na ocasião aconteceu um encontro para lançar publicamente o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) (MELO, 2011). Também em 2005, ocorreu o I Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua, organizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) juntamente com a Secretaria Nacional de Assistência Social. Esse evento representou o primeiro passo para a construção da política nacional com foco nessa população, e reuniu diversos atores que estavam envolvidos em ações para a mesma. O encontro possibilitou o debate sobre as principais demandas e a atuação das entidades, bem como a discussão de estratégias para o estímulo da participação popular. Dentre os principais desafios expostos, estavam a articulação intersetorial, a superação do preconceito, a produção de dados referentes a essa população, entre outros (DANTAS, 2007). Após a realização deste encontro, foi possível detectar quão problemática eram as demandas apresentadas em relação à população de rua. Logo, para que houvesse a exposição de soluções adequadas, era imprescindível uma análise mais eficaz do problema.

Assim, em 2006 foi instituído o Decreto de 25 de outubro de 2006, e, conforme descrito no mesmo, “Fica criado o Grupo de Trabalho Interministerial GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua [...]” - Art. 1º (BRASIL, 2006b). Deste modo, a partir da problemática identificada no que tange a vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, houve toda uma mobilização social em defesa da ampliação do acesso dessa população às políticas sociais, e assim, com as forças políticas organizadas e o contexto político favorável ao amparo dos direitos dessas pessoas, a alternativa proposta foi a criação de uma política específica para esse grupo.

Em maio de 2009, foi realizado o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, e, conforme já descrito, o mesmo teve como um dos frutos uma carta direcionada ao presidente da república, em que reforçava e incentivava a aprovação da Política Nacional para

a População em Situação de Rua. A referida carta mencionava que a implementação da política:

[...] possibilitará o alargamento da cidadania, o fortalecimento e a concretização dos direitos humanos, a redução da pobreza e das desigualdades sociais, com respeito à diversidade humana no Brasil. A nossa aposta é que as políticas que congregam o documento, Política Nacional para a População em Situação de Rua, se forem implementadas consoante aos princípios e diretrizes que lhe dão sustentação, com certeza abrirão uma travessia fecunda na direção da felicidade de milhares de brasileiros e da concretização do Brasil como um País de Todos!<sup>5</sup>

Portanto, todos os atores envolvidos no encontro mencionado defenderam de forma veemente a importância e necessidade de formulação desta política. Considerando todos os aspectos supracitados, pode-se ponderar que houve uma arena política adequada. Isto porque, além da CF, que destaca a defesa da vida e da dignidade de todo cidadão, uma gama de normativas trouxeram à tona a PSR como um grupo vulnerável, com direito a atendimentos e serviços específicos, somadas também à realização de encontros e debates. Todos esses fatores convergiram nas propostas que foram apresentadas nessa política. Diante tal contexto, em 23 de dezembro de 2009 foi promulgada a Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do Decreto nº 7.053. Para efeitos desta lei:

[...] considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Dentre os princípios que regem tal política, estão:

[...] I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - direito à convivência familiar e comunitária; III - valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; e V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (Art. 5º).

Assim, para que haja a concretude da “[...]I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais” (Art. 6º), é indiscutível a necessidade da

---

<sup>5</sup>Documento está disponível em:

[http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Carta\\_Aberta\\_aoPresidente\\_da\\_Republica\\_Federativa\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Carta_Aberta_aoPresidente_da_Republica_Federativa_do_Brasil.pdf). Acesso em 30 de jun. de 2016.

realização de ações conjuntas e articuladas de diversos atores como o Estado, a família e a sociedade civil. A mencionada política também reforça, em seus objetivos, o intuito de “[...]I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda” (Art 7º) (BRASIL, 2009).

Na perspectiva de defesa de direitos sociais, será feito um recorte específico para o direito à saúde da PSR. É importante considerar que a sociedade, ao apresentar maneiras distintas de viver, conseqüentemente dissemina formas de adoecer e problemas específicos em cada grupo. Portanto, é irrefutável que as pessoas em situação de rua carecem de um atendimento no âmbito da saúde que respeite suas peculiaridades e as formas de sobrevivência na rua. A seguir serão explanados alguns aspectos relevantes do direito à saúde em âmbito nacional.

### **2.3 Direito à saúde e as especificidades da população em situação de rua**

Em se tratando da saúde, é válido retomar o processo histórico que culminou com a legitimação da sua atual composição no Brasil. Em meados dos anos 1970, o sistema burocrático brasileiro iniciou uma fase de reestruturação, em que os movimentos emergentes na sociedade reivindicavam por uma maior inclusão, justiça, proteção social e efetivação da cidadania. A efervescência da luta pela democratização integrou diversos setores, incluindo a saúde. Nesse contexto se instaurou o movimento da Reforma Sanitária. Segundo Teixeira, o mesmo “[...] fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (2009, p. 474). Portanto, houve prioritariamente a defesa da saúde como um bem público e um direito de todos os sujeitos. Como também, ampliou-se a sua concepção para além do conceito saúde-doença, passando a considerar que todos os determinantes sociais, como educação, habitação, ambiente, dentre outros, interferem diretamente nesse processo (TEIXEIRA, 2009).

Um marco do referido período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, por ser o momento em que houve a sistematização das propostas do movimento sanitário, sendo as mesmas incorporadas posteriormente à Constituição Federal de 1988 por meio do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2006). O Art. 194 inclui a saúde como parte da seguridade social. O Art. 196 institui que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Conforme preconizado na lei nº 8.080 de 1990, o acesso à saúde deve se dar de forma integral, entendido “[...] como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos [...]” (Art. 7º) (BRASIL, 1990). Sendo assim, o enfoque da saúde transcende a cura de determinada doença, mas engloba requisitos de prevenção e de promoção.

No Decreto nº 7.508 de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS e que regulamenta a lei nº 8.080, defende-se a “equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde”. No que tange a este princípio, vale citar que “[...] refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas” (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003, p. 59). Segundo esta concepção, as políticas que visam à equidade em saúde, apresentam como eixo principal a minimização ou eliminação das disparidades provenientes de fatores entendidos como passíveis de impedimento e injustos, propiciando a igualdade de acesso à saúde. Vale ressaltar que a compreensão que se tem acerca de política equânime depende de a quem é direcionada a mesma, e o contexto em que se insere. Logo, todos os determinantes que interferem no processo saúde-doença, bem como as razões e dimensões expressas na situação, devem ser avaliados nos distintos cenários, na tentativa de proporcionar uma saúde mais equânime.

Cabe reforçar que as políticas estabelecidas devem abranger mais que a assistência à saúde, devem propiciar qualidade de vida. Diante de tanta diversidade, é de suma importância que os serviços de saúde atendam as diferenciações sociais, visto que “[...] o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais, que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde” (SILVA; FILHO, 2009, p. 5220). Isso porque as desigualdades relacionadas à PSR, especificamente, ora são geradoras de problemas de saúde, ora são consequências destes.

Segundo o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua”, publicado em 2012, as doenças frequentes nesse grupo variam desde as mais simples até as mais complexas. Por andarem muitas vezes descalços, existe a tendência de terem doenças nos pés como micoses e calosidades; a higiene pessoal inadequada pode gerar infestação de piolhos; há incidência de contaminação por tuberculose (TB), devido ao abandono de tratamento; a alimentação imprópria, a exposição às variações climáticas e o uso do tabaco são alguns fatores que contribuem para o aparecimento de doenças pulmonares, hipertensão, diabetes; devido à falta de proteção, infecções sexualmente transmissíveis (IST), como sífilis e herpes, são recorrentes (BRASIL, 2012a). Além disso, as condições de vida e saúde da PSR

são geradoras de preconceitos, conforme já relatado. Sobre isso, “[...] É comum para a equipe de saúde, ao abordar alguém à noite numa calçada de qualquer grande cidade, ser a primeira pessoa com quem ela conversará naquele dia” (BRASIL, 2012a, p. 52).

A discriminação é agravada quando a pessoa em situação de rua apresenta doenças transmissíveis/contagiosas, como doenças de pele, que são nitidamente visíveis, ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), dentre outras. Portanto, a concepção de equidade na construção de políticas de saúde é imprescindível na tentativa de minimização de tais fatores, proporcionando um acesso mais justo à saúde. Segundo definição da World Health Organization (1998), as políticas de saúde são frequentemente estabelecidas por meio de leis ou outras normas que regulamentam a provisão dos serviços e dos programas de saúde, bem como o acesso a esses. Elas surgem a partir da construção do suporte às ações de saúde, sustentadas pelas evidências disponíveis, articuladas com as preferências da comunidade, às realidades políticas e aos recursos disponíveis. Ao estabelecer estratégias de saúde destinadas à população de rua, é importante considerar as especificidades apresentadas no viver na rua. Assim: “[...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...] O SUS deve tratar desigualmente os desiguais” (ALMEIDA et al., 2001, p. 35).

Entende-se que o SUS deve proporcionar atendimento a todos os usuários, destarte, o desenvolvimento de políticas específicas para a PSR propicia a efetivação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade vigentes nas leis de defesa da saúde. Tais aspectos repercutem em uma consolidação da dignidade e cidadania desta população, proporcionando, portanto, um acesso aos direitos sociais de forma mais justa e equânime.

#### **2.4 O Consultório na Rua na atenção à saúde da população em situação de rua**

O Sistema Único de Saúde surge para garantir o acesso e a atenção à saúde em todo o território nacional, enfatizando os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1990). Para situar a política de saúde direcionada para às pessoas em situação de rua, é relevante inicialmente abordar alguns conceitos sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela é organizada de forma regionalizada e hierarquizada, em que há a divisão por níveis de complexidade, a partir da densidade tecnológica no que tange ao atendimento prestado à população. Com isso, a Portaria nº 4.279 institui que:

[...] o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou atenção básica (sinônimos pelo próprio Ministério da Saúde) ordena a RAS; ela representa o elo central e interliga os demais pontos da rede, tendo o intuito de promover a integração dos mesmos, e com isso prestar uma atenção integral aos usuários. A APS constitui o contato inicial da comunidade com sistema de atenção à saúde, devendo prestar uma atenção continuada e resolutiva. Existem três funções básicas que devem nortear o funcionamento da atenção primária, que são elas: resolver a maioria dos problemas de saúde; organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários ao percorrer a RAS; responsabilizar-se pelos usuários em qualquer ponto da RAS (BRASIL, 2010). Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2012c):

[...] A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012c, p. 21).

Assim, a APS enquanto uma das portas de entrada da RAS deve prestar atenção a todos os usuários, sem distinção. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) compõe também um ponto RAS. Segundo a portaria nº 3.088, no seu Art. 1, esta rede abrange a:

[...] criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011, p. 2).

A RAPS é constituída por vários componentes, e dentre eles está atenção básica. Ou seja, os pontos que fazem parte da RAS se entrelaçam a todo o momento, por isso a necessidade de haver uma interação e articulação consistentes dessas redes. Esse breve panorama foi explicitado para localizar na RAS o serviço direcionado especificamente para a PSR, que é o CR. O mesmo atua enquanto programa estratégico da atenção básica, mas pertence não somente a APS, é também um componente da RAPS.

Considerando as peculiaridades apresentadas pela PSR, as estratégias do SUS estão cada vez mais voltadas para a produção de políticas de “inclusão”, focando em grupos

sociopopulacionais e suas “vulnerabilidades” (ADORNO, 2011). Portanto, o conceito ampliado de saúde, numa perspectiva que engloba aspectos de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, choca-se diretamente com as condições vivenciadas por pessoas em situação de rua (AGUIAR; IRIART, 2012). Com o intuito de reduzir os riscos e aumentar o acesso à saúde da PSR, o CR é criado como um componente da RAS; após a exposição geral da saúde dessa população, o processo de implementação desse programa será abordado.

Além de estarem em situação vulnerável, há outros condicionantes que dificultam o acesso das pessoas em situação de rua aos bens e serviços, como por exemplo: moradores de rua não são considerados como pertencentes aos territórios adscritos de grande parte das Equipes de Saúde da Família (componentes da APS), já que por haver uma mobilidade constante na rua eles não possuem endereços fixos, dificultando o cuidado continuado; os horários de funcionamento de alguns serviços são incompatíveis com o cotidiano da rua; há insuficiência de vagas em urgências e hospitais; há escassez de oferta de serviços para cuidado e prevenção contra álcool e outras drogas; há falta de “habilidade” dos profissionais para trabalharem com a PSR (BRASIL, 2012a). Esses e outros fatores dificultam a vinculação dos profissionais da saúde em geral com os usuários, bem como fragilizam a rede de cuidado que deve ser ofertada.

Inúmeras outras situações de risco tendem a ocorrer com a PSR, dentre as quais se podem mencionar: o uso de substâncias psicoativas; a insegurança nos cenários urbanos; a violência; as condições precárias de higiene pessoal e alimentação; entre outros. Esses condicionantes podem acarretar consequências para essa população, como por exemplo, a gravidez indesejada, mortes prematuras, adoecimentos de ordem psicológica e emocional, a proliferação de infecções sexualmente transmissíveis, má nutrição ou desnutrição, etc. Logo, o cenário da PSR apresenta várias nuances, com suas especificidades e complexidades (LIMA, 2013).

A heterogeneidade de situações que acometem as pessoas na rua, excluindo-as de uma estrutura convencional da sociedade, rebate diretamente no comprometimento da sua saúde, e conseqüentemente da sua sobrevivência, representando assim um desafio para a efetivação do SUS (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Nesse contexto, a atenção à saúde da PSR tornou-se uma demanda cada vez mais visível na sociedade. Atualmente o Programa CR é consagrado como uma das principais estratégias do SUS para facilitar a efetivação do acesso dessa população à saúde. Portanto, é importante descrever alguns fatos históricos e legais que findaram na implementação do CR.

Em Salvador, Bahia, no final dos anos 1990, ocorreu a primeira experiência brasileira de atendimento na saúde para as pessoas em situação de rua, sendo denominada “Banco de rua”. O Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) foi o realizador deste projeto, em parceria com a prefeitura da capital. O mesmo foi idealizado pelo psiquiatra Antônio Nery Filho, a partir da sua vivência na França no início dos anos 90 com uma Organização Não-governamental que disponibilizava atendimento para populações vulneráveis, sendo elas em situação de rua ou profissionais do sexo. Como em Salvador era emergente a demanda de crianças nessa conjuntura, somada ao uso de substâncias psicoativas, observou-se a necessidade de implantação de um dispositivo que atendesse e fornecesse subsídios e amparo à saúde. Em maio de 2004, um Consultório de Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPSad) de Salvador, estruturando o modelo assistencial desta unidade (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; LIMA 2013).

Outras experiências brasileiras similares e com base no Consultório de Rua foram: a Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio (ESF Sem Domicílio, em Porto Alegre, no ano 2004), ou Programa de Saúde da Família Especial (PSF Especial, em São Paulo, iniciado em 2004), sendo posteriormente denominada Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua – ESF Pop Rua (Rio de Janeiro) (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Nesse processo de reconhecimento social da PSR, vale mencionar dois fatos: o primeiro, em que no ano 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a Moção nº 101, em apoio à inclusão da PSR no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008b); o segundo, após a implementação da Política Nacional para População em Situação de Rua, foi instituído, também em 2009, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, por meio da Portaria nº 3.305/GM/MS, que tem entre suas competências propor, elaborar, acompanhar e avaliar ações relacionadas ao acesso à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009b). Verifica-se, portanto, que foi um período de efervescência no que tange as discussões sobre o acesso a saúde da PSR.

Em 2009, o Projeto Consultório de Rua foi legitimado pelo Ministério da Saúde, sendo indicado como uma das estratégias para o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Em 2010, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que enfatizava o cuidado aos usuários de crack e outras drogas, a prevenção do uso, bem como a atuação das autoridades no enfrentamento ao tráfico de drogas. Portanto, o Consultório de Rua foi uma das estratégias

para assistência aos usuários de drogas, bem como seus familiares. Portanto, era um dispositivo da saúde que estava intimamente vinculado à atenção psicossocial (JUNGES, 2014). Em outubro de 2011, conforme a Portaria nº 2.488, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), uma nova roupagem foi incorporada à atenção primária, introduzindo novos elementos nas práticas de saúde da família, com foco essencialmente nas ações intersetoriais e no cuidado integral dos usuários (BRASIL, 2012c). Assim, alteraram-se a concepção e a nomenclatura do “Consultório de Rua”, focado somente na saúde mental, para “Consultório na Rua”, incorporando as novas diretrizes estratégicas da PNAB. As equipes que já eram credenciadas como “de rua” se adequaram para a nova vertente ou pararam de receber financiamento federal (JUNGES, 2014). Os CR:

[...] desenvolvem ações integrais de saúde *in locu*, visando a serem resolutivos perante as necessidades de saúde da população em situação de rua (PSR), realizando uma abordagem ampliada, que possibilite a essa população o acesso ao cuidado da sua saúde como um direito, e não mais como uma “caridade” ofertada. O direito à atenção integral à saúde, estendido a todo e qualquer brasileiro, é um princípio preconizado pelo SUS, advindo do sentido de democracia a ser incorporado pela sociedade e garantido pelo Estado (BRASIL, 2012a, p. 32).

As práticas de saúde do CR visam incluir de forma ativa seus usuários na rede de cuidado, com o intuito de produzir “[...] respostas ampliadas à diversidade de problemas de saúde ocorrentes junto a esta população” (SANTOS, 2013, p. 6). Segundo a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR), ficam instituídas três modalidades de equipes. Porém, a Portaria nº 1.029, de maio de 2014, muda alguns aspectos da redação da portaria anterior, passando a incluir novas categorias profissionais. Assim, as modalidades de eCR podem ser as seguintes:

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (BRASIL, 2014a).

De maneira simplificada, os profissionais sugeridos para compor as eCR podem ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012d); além do cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física, e profissional com formação em arte e educação (incluídos na Portaria nº 1.029). Vale considerar que os municípios têm liberdade para definir aqueles profissionais que consideram possíveis e necessários para atuarem, de acordo com a realidade e as demandas de cada localidade. A normativa também menciona que não deve haver mais de dois profissionais de cada categoria em uma mesma equipe, bem como os Agentes Comunitários de Saúde podem ser agregados em todas as modalidades de eCR. O parâmetro adotado na portaria é uma eCR para atender entre oitenta e mil pessoas em situação de rua, sendo que tal estatística deve ser comprovada por meio dos censos populacionais realizados por órgãos oficiais; assim, para que quaisquer municípios solicitem o credenciamento do CR e sejam considerados elegíveis, é necessário que cumpram a exigência da quantidade mínima de PSR no território (BRASIL, 2012d).

É fundamental ponderar que o trabalho desenvolvido pelas eCR não deve acontecer de forma isolada, uma vez que, segundo Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, que define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS:

[...] O processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS será operacionalizado mediante articulação intra e intersetorial e transversalidade no desenvolvimento de políticas e ações prioritárias que garantam o acesso dessa população às ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013a).

Deve haver uma mobilização conjunta, por meio da parceria intra e intersetorial com as eCR, para a efetivação do direito e acesso a saúde das pessoas em situação de rua. A configuração de equipes multiprofissionais dos CR, que ficam nômades no cenário urbano e que se deparam com distintos territórios geográficos, culturais, profissionais, disciplinares, acaba por exigir modos flexíveis de produzir saúde, visto o inusitado conjunto de necessidades apresentados pela PSR (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). As eCR:

[...] norteiam suas ações o respeito ao *modus vivendi* da população assistida, os princípios da promoção de direitos humanos, inclusão e reinserção social, enfrentamento do preconceito, combate ao estigma e resgate da cidadania, integrados com as políticas da área da saúde pública [...] (LIMA, 2013, p. 20).

Estudos desenvolvidos com CR de distintas localidades brasileiras abordam sobre o processo de trabalho das equipes bem como as dificuldades enfrentadas. A seguir serão descritos os aspectos mais relevantes encontrados em algumas pesquisas. No que tange à atuação das eCR, é mencionado em alguns estudos a importância de haver o mapeamento dos territórios, facilitando assim o conhecimento das demandas mais emergentes, bem como do perfil da população. Reuniões que antecedem e procedem as visitas e intervenções no campo acontecem com o intuito de planejar as atividades bem como avaliá-las, possibilitando assim a criação de estratégias que qualifiquem a atuação (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

As eCR, por exemplo, devem realizar diagnósticos para instrumentalizar o planejamento e as ações que serão desenvolvidas pelas mesmas. Portanto, “[...] o diagnóstico deve possibilitar à equipe um olhar focado em um tripé: território, grupo social e singularidade do sujeito” (BRASIL, 2012a, p. 34). Sobre o território, é necessário que haja uma visão para além do aspecto geográfico, englobando características culturais, sociais, políticas, econômicas, sanitárias, dentre outras, favorecendo assim uma visão ampla do contexto na rua. Sobre o fator grupo social, apesar de a exclusão caracterizar a situação dessa população, as pessoas na rua procuram formas de resignificar suas relações sociais por meio da aproximação com outras na mesma condição, formando assim grupos. A identificação desses é então fundamental para saber quais as relações estabelecidas entre as pessoas, os hábitos, as condições de risco, dentre outros fatores que favoreçam uma posterior intervenção mais propositiva dos profissionais. Em relação à singularidade do sujeito, é de suma importância que os profissionais conheçam suas histórias de vida, contribuindo assim para a construção da sua identidade (BRASIL, 2012a). Todos esses aspectos são necessários para diagnosticar o perfil da PSR de determinada localidade, permitindo assim a criação de estratégias mais adequadas e justas.

Outro fator relevante é a flexibilidade de horário presente na maioria das eCR, visto que devido à dinâmica nas ruas, realizar abordagens durante o dia e durante a noite torna-se importante para contemplar o maior número de usuários com os mais distintos perfis (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Congruente a tal aspecto, atuação em locais perigosos também pertence ao cotidiano dessas equipes, porém, a segurança dos profissionais está intimamente relacionada ao reconhecimento da comunidade pelo trabalho desenvolvido (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014)

Compostos por profissionais de distintas categorias, o trabalho em equipe é algo intrínseco aos CR. Vale reforçar que estes dispositivos não trabalham isoladamente, e as

intervenções extrapolam o próprio serviço, havendo a necessidade de contar com uma RAS articulada, além de políticas intersetoriais, englobando assim a perspectiva de atendimento integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS (LONDERO; CECCIM; BELIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Porém, a integração é considerada uma dificuldade, visto que inúmeras vezes a rede está fragilizada e insensível diante das demandas apresentadas pela PSR. A burocracia também representa um empecilho para esse grupo, uma vez que a falta de documentos de identificação, bem como comprovante de residência, acaba dificultando o atendimento nos diversos serviços ofertados pela saúde (SANTOS, 2013; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Nas abordagens realizadas pelas eCR preza-se pela construção de vínculo com os usuários, em que o diálogo, a escuta, o respeito às diversidades e as escolhas de cada um, o não julgamento e a não imposição de um determinado cuidado, além da sensibilidade de acolhimento, devem estar presentes na atuação dos profissionais com essa população (LONDERO; CECCIM; BELIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Percebe-se, assim, a “[...] incorporação de um novo paradigma, que envolve o morador de rua ocupando um novo lugar de destaque como sujeito de si e de suas escolhas” (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014, p. 812).

Apesar da atual política de saúde para a PSR estar centrada na implementação de CR por todo o território nacional, o atendimento resolutivo, humanizado e propositivo está para além desse serviço de saúde, e deve compor toda a rede de atendimentos às inúmeras circunstâncias advindas dos usuários. Logo, a sensibilidade dos profissionais que compõem a rede de saúde é de suma importância para proporcionar uma assistência nos liames dos princípios do SUS. A seguir será apresentado o percurso metodológico deste estudo.

### 3 METODOLOGIA

Ao desenvolver um estudo de quaisquer temáticas, os pesquisadores se deparam com um enorme arsenal e opções de métodos, técnicas e instrumentos. Alguns autores defendem que a escolha feita pelo pesquisador relaciona-se diretamente com sua ideologia e direcionamento teórico (FERNANDES; MOREIRA, 2013). Há um debate acirrado sobre a pesquisa quantitativa e qualitativa, no que tange principalmente a confiabilidade da primeira em relação à segunda. Entretanto, estudiosos defendem que apesar das diferenças entre os métodos, eles são complementares na compreensão da realidade social (MINAYO; SANCHES, 1993). Para o desenvolvimento desta pesquisa optou-se pelo uso do método qualitativo, visto que o entendimento das potencialidades e dificuldades na fase inicial de um serviço pode ocorrer principalmente por meio da visão e opinião dos envolvidos no decorrer do processo. Desta forma, a seguir será feita uma explanação do método.

Sobre a abordagem qualitativa, é válido mencionar que seu surgimento está vinculado ao desenvolvimento de pesquisas na Antropologia, a partir da etnografia, que consiste na prática do pesquisador aproximar-se da realidade observada e assim descrevê-la e interpretá-la. A primeira experiência se deu com Malinowski, que trouxe cientificidade ao método qualitativo. De forma crescente, a pesquisa qualitativa tem sido referência para inúmeros estudos, inclusive na área da saúde, visto que possibilita uma maior compreensão da vida dos sujeitos, seus costumes, ideologias e significações (TURATO, 2005).

A abordagem qualitativa possui uma conexão direta com a subjetividade. Caracteriza pesquisas que mensuram respostas que não são traduzidas em números, mas que visam o entendimento da linguagem em suas várias formas de expressão (BOSI, 2012). Dessa forma, não se busca quantificar nem entender os fenômenos, fatos, ideias, sentimentos, assuntos em si, mas sim apreender os significados que as pessoas dão aos mesmos a partir das suas vivências e experiências. Assim, o foco da pesquisa qualitativa é a compreensão da dinâmica do sujeito, e, nesse aspecto “[...] estamos considerando como sujeito de estudo: pessoas, com características próprias, pertencentes a determinado grupo/classe social com suas crenças, valores e significados” (MINAYO, 2004, p. 332).

No desenvolvimento de pesquisas qualitativas é considerada a representatividade da fala do sujeito. Ou seja, dispensa-se elevado número de pessoas para que determinados fenômenos sejam entendidos e interpretados. Isto acontece, porque é um tipo de pesquisa em que “cada agente, ainda que não saiba ou não queira, é produtor e reproduzidor do sentido objetivo, porque suas ações são o produto de um modo de agir do qual ele não é o produtor

imediatamente, nem tem o domínio completo” (BOURDIEU, 1972 apud MINAYO; SANCHES, 1993, p. 246). Portanto, é por meio da palavra que a abordagem qualitativa produz a significação dos objetos. Então, vale considerar que:

[...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, SANCHES, 1993, p. 245).

Deste modo, os sujeitos representam determinados contextos e são considerados objetos de estudo por possibilitarem aos pesquisadores, por meio da fala, o entendimento e a interpretação dos fenômenos que estudam. O método qualitativo é considerado *ênico*, ou seja, não tem como foco a confirmação de teorias já existentes, mas sim trazer à tona a originalidade do conhecimento adquirido. Desta forma, a interpretação dos fatos não deve acontecer a partir da perspectiva dos pesquisadores e do arcabouço teórico sobre a temática, mas sim a partir do próprio entrevistado (MORSE; FIELD, 1995 apud TURATO, 2005).

Segundo Minayo (2012), os termos estruturantes que compõem a pesquisa qualitativa são: experiência (compreensão da pessoa sobre si mesmo e o seu significado no contexto da vida); vivência (produto do entendimento pessoal, a partir da experiência); senso comum (originado das experiências e vivências, reflete nas opiniões, sentimentos, atitudes do sujeito); e ação (a partir da realidade os sujeitos agem na construção das suas vidas). Assim, é fundamental que haja a compreensão desses elementos, levando em conta as singularidades do sujeito e o contexto em que ele se insere, para que seja possível apreender a realidade pesquisada.

### **3.1 Técnicas de coleta de dados: observação participante, pesquisa documental e entrevista**

A pesquisa qualitativa, com suas características multimetodológicas, possui um número de técnicas e instrumentos de coleta de dados. Entre os mais aplicados, estão a entrevista, individual e grupal, a análise de documentos e a observação, participante ou não. Na pesquisa em foco, a observação participante, a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada foram escolhidas como meio de extrair o maior número de informações e aspectos referentes ao tema.

As técnicas de pesquisa começaram a se desenvolver a partir do final do século XIX quando alguns antropólogos realizaram diversos estudos sobre as sociedades tradicionais (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011). Inicialmente, com o objetivo de compreender o funcionamento e a estruturação de sociedades, para a ratificação científica da dominação europeia no mundo, sistematiza-se a observação participante (FERNANDES; MOREIRA; 2013).

A observação é um dos momentos iniciais da pesquisa, que objetiva o alcance de maiores informações sobre os fatos ou fenômenos. A observação sob o foco intelectual concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados. (QUEIROZ et al., 2007). A técnica consiste na promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem (FERNANDES; MOREIRA, 2013). Pode-se ainda abranger o conceito para a inserção do pesquisador, de forma sistemática e com base em princípios teórico-filosóficos, no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ et al., 2007). Vale ressaltar que, na observação participante em saúde, pesquisador e sujeitos da pesquisa, e mesmo o problema da investigação, estão em contínua e mútua transformação, o que limita o método.

No que tange à pesquisa documental, ela possibilita o entendimento de determinadas situações e contextos históricos, econômicos e sociais a partir de registros já existentes. Os documentos constituem uma fonte não-reativa, uma vez que, mesmo após longo período de tempo, os dados e informações neles contidos permanecem iguais (GODOY, 1995). Daí a importância de recorrer aos documentos, inclusive aqueles de domínio público, para o aprofundamento de determinados assuntos.

Outra técnica de coleta de dados que merece destaque neste trabalho é a entrevista, uma das mais utilizadas em pesquisas científicas. A entrevista na pesquisa qualitativa, ao focar na fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana por meio das opiniões, crenças, valores e significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante (FRASER; GONDIM, 2004). A subjetividade impregnada nas falas dos entrevistados torna essa técnica perigosa e densa, e o papel do entrevistador é crucial em todo o processo de análise e avaliação (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011). Daí a importância na clareza das questões.

Nesse instrumento amplia-se o papel do entrevistado, evitando restringir-se às perguntas pré-definidas, de forma que a palavra do entrevistado possa encontrar brechas para sua expressão. Nas entrevistas semiestruturadas há uma elaboração de um roteiro apresentado

sob a forma de tópicos (tópico-guia), que orienta a condução da entrevista, mas que não deve impedir o aprofundamento de aspectos que possam ser relevantes (FRASER; GONDIM; 2004).

Durante a análise das informações colhidas nos métodos e instrumentos de coleta de dados selecionados, o material deve ser comparado concomitantemente com a literatura científica de referência, para que o tema seja articulado às produções científicas. Entretanto, a fala do entrevistado também é considerada como fonte de conhecimento, e como tal, deve-se dar a sua devida importância (DUARTE, 2004).

Diante do exposto, percebe-se que a abordagem qualitativa é de suma importância no desenvolvimento de pesquisas que buscam, para além da quantificação, o entendimento e interpretação de fenômenos a partir dos significados que os próprios sujeitos atribuem a esses. A sociedade, composta por pessoas que estão inseridas em distintos contextos, com diferentes ideologias, valores, sentimentos, crenças, pode representar um rico universo de pesquisa, podendo transformar suas experiências, vivências e linguagens em conhecimento. É válido ressaltar que a pesquisa qualitativa requer sensibilidade dos pesquisadores, visto que esses irão adentrar uma realidade à qual às vezes não pertencem, e por meio do olhar, das atitudes, das palavras poderão relacionar materiais empíricos com fontes teóricas, transformando-os em conhecimento.

### **3.2 A análise de conteúdo sob a perspectiva da pesquisa qualitativa**

A Análise de Conteúdo surgiu no início do século XX com o objetivo de analisar o material jornalístico, e passou a ser conhecida posteriormente como “a semântica estatística do discurso político” (CAREGNATO, MUTTI, 2006). Bardin (1977) define a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos e técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O trabalho da análise de conteúdo se define por regras lógicas de organização, categorização e tratamento de dados quantitativos ou qualitativos.

O principal enfoque nesse método é produzir inferências sobre o texto. A informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor, mas as comparações entre elas conferem ao método relevância teórica. Assim, produzir inferência, em análise de conteúdo, significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas embasá-las com pressupostos teóricos e situações concretas que considere o contexto social e histórico (CAMPOS, 2004).

Na abordagem quantitativa utiliza-se enumeração por frequência, onde conta-se as características repetidas no conteúdo do texto. Na qualitativa, considera-se a presença/ausência de alguma característica de conteúdo, ou conjunto, durante a mensagem. Assim, categorizam-se as unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, atribuindo uma expressão que represente a categoria (CAREGNATO, MUTTI, 2006). O autor ainda comenta que esta é uma técnica que trabalha com a palavra, realizando de forma prática e objetiva inferências em um contexto social.

Bardin (1977) afirma que a análise de conteúdo é composta de três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase é referente à organização, onde são geradas as hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Nessa fase, a leitura de todo material é imprescindível, para apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise, como a compreensão do contexto e as impressões e orientações que surgem a partir dele (BARDIN, 1977).

A segunda etapa seria a codificação dos dados por meio da seleção de unidades de análises, que incluem palavras, frases, parágrafo, entre outros elementos. Nas pesquisas qualitativas, o investigador é orientado pelas questões de pesquisa a serem respondidas e que em muitos casos, elegem a análise temática. A escolha dos fragmentos deve estar norteada pelos objetivos do trabalho, bem como deve considerar a interdependência entre o pesquisador e o material pesquisado (BARDIN, 1977).

A terceira fase é a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças, e reagrupamento posterior baseando-se nas características comuns. Conjuntamente na formação das categorias e subcategorias, é importante que seja feito uma codificação das unidades de análise para que essas permaneçam organizadas e sistematicamente transformadas em categorias que permitam posteriormente a discussão precisa das características relevantes do conteúdo (BARDIN, 1977).

Por fim, é realizada uma comparação entre as informações obtidas pela população pesquisada e os estudos sobre a temática presentes na literatura e em outros meios de publicação (MINAYO, 2004). Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um importante método na condução da interpretação de dados qualitativos, sendo eles da área da saúde ou não.

### 3.3 Percurso metodológico

É válido destacar inicialmente que o conhecimento das significações dos fenômenos no âmbito da saúde possibilita:

[...] melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005, p. 510).

Portanto, com o intuito de apreender questões relacionadas à política de saúde para PSR de Curitiba-PR, optou-se neste estudo pelo desenvolvimento do método qualitativo, por meio de dados primários e secundários. A revisão de literatura esteve presente no transcorrer de toda a pesquisa. Conforme mencionado anteriormente, as técnicas para coleta de dados utilizadas foram a pesquisa documental, a observação participante e a entrevista semiestrutura. A pesquisa documental foi realizada a partir de arquivos públicos com o intuito de identificar o processo de implementação do CR de Curitiba-PR. Os documentos foram obtidos mediante pesquisa na internet, ou a partir de documentos internos, que foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A observação participante compôs a fase inicial da pesquisa de campo. A pesquisadora acompanhou as atividades do CR durante meados do mês de março até abril de 2016. Além da aprovação dos Comitês de Ética da UFPR e da Prefeitura de Curitiba-PR, essa inserção da pesquisadora nas eCR foi facilitada devido a parceria que a universidade já desenvolvia com o CR. No período da observação participante, a pesquisadora passou por todas as equipes e participou de reuniões, atendimentos, abordagens, registros, dentre outros momentos referentes ao processo de trabalho das eCR. Vale destacar que esse momento foi de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa, visto que possibilitou a vivência na rotina do serviço, bem como a criação de vínculo e confiança com os profissionais, facilitando assim a fase posterior da coleta de dados. O acolhimento, a disponibilidade e atenção prestada pelos profissionais a pesquisadora favoreceu o devido entendimento sobre o CR de Curitiba-PR para a construção deste trabalho.

No que tange às entrevistas semiestruturadas, os sujeitos entrevistados pertenciam a três grupos, sendo eles: gestão (1 entrevistado), profissionais (22 entrevistados) e representantes de usuários que compõem o Movimento Nacional da População em Situação

de Rua (MNPR - 4 entrevistados) (Figura 1). Foram considerados como critérios de inclusão para a amostra da pesquisa: em relação ao gestor, que tivesse participado do processo de implementação do CR e da atual gestão do programa; no que tange aos profissionais de saúde, que compoñham a equipe do CR desde o início da sua implementação, englobando os de nível médio e superior, e que no momento da pesquisa não estivessem de férias, licença, ou exercendo alguma função fora do CR, ainda que pertinente ao serviço; e os integrantes do MNPR, que tivessem participado da implementação do CR, sendo estes identificados como informantes-chave. Vale destacar que foram priorizados na pesquisa os representantes do MNPR pois os mesmos participaram mais ativamente do processo de luta e construção do CR, podendo assim descrever com mais precisão sobre o serviço. Vale também frisar que os profissionais de saúde das eCR pertencem ao rol de servidores públicos do município. De forma geral, foram inseridos todos aqueles que estavam no perfil delimitado e que consentiram em participar livre e voluntariamente da pesquisa. Assim, a amostragem foi intencional, visto que se buscaram propositalmente aqueles sujeitos com características pertinentes ao estudo (TURATO, 2005).

FIGURA 1 – SUJEITOS ENTREVISTADOS



FONTE: A autora (2017).

Para construção dos roteiros de entrevistas foram adotados os seguintes princípios, em relação às questões: que constituíssem parte do delineamento do objeto e contribuíssem para dar forma e conteúdo ao mesmo; que facilitassem a ampliação e o aprofundamento da comunicação; que evidenciassem a perspectiva dos interlocutores em relação à sua visão, juízos e as relevâncias dos fatos que compõe o objeto de pesquisa (MINAYO, 2004). Dessa forma, foram elaborados dois roteiros de entrevista (apêndice 1), sendo eles: um direcionado

aos profissionais e gestão do CR, com perguntas que explanavam sobre as facilidades e as dificuldades encontradas na fase inicial de implementação do CR de Curitiba-PR, bem como sobre os avanços do mesmo e os efeitos que tem provocado entre as pessoas em situação de rua e na RAS, dentre outras questões; aqui vale ressaltar que, na conversa com o representante da gestão, emergiram questões para além do roteiro proposto, visto que estas tinham o intuito de sanar dúvidas referentes tanto ao funcionamento do CR, como seus aspectos históricos; e o segundo roteiro de entrevista direcionado aos representantes dos usuários, com questões sobre o envolvimento destes com o CR, sobre os aspectos bons e ruins que o CR trouxe para a PSR, bem como sobre o que ainda precisa melhorar no serviço.

As entrevistas com os três grupos foram realizadas entre junho e agosto de 2016, em dia e horário de melhor conveniência para os participantes da pesquisa, e foram gravadas em aparelho de áudio, exceto uma entrevista que foi escrita, conforme escolha do entrevistado. As entrevistas com os profissionais e a gestão do CR foram desenvolvidas em horário de trabalho, nos respectivos espaços de atuação; com os representantes do MNPR as entrevistas foram agendadas em uma praça central da cidade, onde o fluxo de pessoas em situação de rua é intenso. Sobre intercorrências na realização das entrevistas, apesar de serem realizadas individualmente, com a tentativa de haver a menor interferência possível de agentes externos, as entrevistas foram desenvolvidas na dinâmica dos serviços de saúde, bem como em local onde os entrevistados do MNPR conheciam pessoas da redondeza; isso ocasionou em pequenas interrupções no decorrer das entrevistas, contudo não afetou a assimilação das informações pertinentes ao estudo. A duração das entrevistas variou entre 13 e 55 minutos.

Vale enfatizar que foi disponibilizado para assinatura de todos os entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - anexos 1 a 3). Em geral, no transcorrer desse trabalho de campo, buscou-se atitudes de abertura, de flexibilidade, de observação e de interação do pesquisador com os atores envolvidos (MINAYO, 2004). As entrevistas foram transcritas para a construção dos resultados deste estudo. Houve a análise de conteúdo dos dados produzidos a partir das etapas já mencionadas em tópico anterior: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

O estudo atendeu aos fundamentos e princípios éticos e científicos pertinentes, garantindo assim o respeito aos participantes da pesquisa, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer CEP/SD-PB nº 969209. Preservar-se-á a integridade e privacidade dos dados envolvidos na pesquisa, sendo os mesmos utilizados apenas para estudos e publicações que envolvam os interesses da área. Enfatiza-se que os aspectos éticos

foram fundamentados na Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre normas regulamentadoras de estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

A partir do seguinte tópico, o enfoque será dado ao município de Curitiba-PR.

#### **4 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CURITIBA-PR: estratégias de atendimento e a implementação do Consultório na Rua**

Para situarmos o perfil da PSR do município de Curitiba-PR, serão abordados alguns dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2007/2008, conforme já mencionado. Segundo relatório emitido pelo Ministério Público do Paraná sobre esta pesquisa foram identificadas 2.776 pessoas em situação de rua no referido município. Reforçando os dados nacionais, houve prevalência de pessoas do sexo masculino (81,2%), com idade entre 25 e 44 anos (55,2%). Dentre os entrevistados, 38% vieram de outros municípios do Paraná, e 16,5% de outros estados; os demais pertenciam à própria cidade. No que tange ao período de situação de rua, 28,7% das pessoas estava há mais de cinco anos dormindo na rua ou em albergue<sup>6</sup>. Em 2013, foi realizada uma entrevista com um membro do MNPR e divulgada em veículo midiático online; segundo a mesma o quantitativo da PSR tinha aumentado, e a estimativa daquele período era que Curitiba-PR contava com pelo menos 4.000 pessoas<sup>7</sup>.

Em junho de 2016, o mesmo website divulgou matéria referente a essa população. Segundo a mesma, entre 30 de março e 20 de abril de 2016, foi realizada uma pesquisa pela Fundação de Ação Social (FAS), em que foram entrevistadas 1.715 pessoas em situação de rua. Dentre elas, 1.133 se encontravam nas ruas, em espaços públicos e em centros de atendimento a essa população, todos no município de Curitiba-PR; outras 582 pessoas estavam nas Unidades de Acolhimento Institucional da capital. Por serem dados recentes, ainda não houve publicação oficial dos mesmos pela Prefeitura. Porém, informações relevantes foram abordadas na matéria, como por exemplo: parte da população está concentrada no centro da cidade, sendo a maioria homens (89%) que tem entre 25 e 59 anos de idade (85,2%), informações que corroboram com o perfil apresentado na pesquisa nacional; existe uma diversidade na composição racial, mesclada por 49% de brancos, 48,5% negros e pardos e 1,74% indígena; dentre os entrevistados, 48,2% são naturais de Curitiba-PR e Região Metropolitana, e a maioria destes tem parentes morando na capital e em cidades do entorno, e 53,5% possuem algum contato com a família; no quesito econômico, 93,4% das pessoas ganham até um salário; sobre a ida para as ruas, o álcool e drogas aparecem como

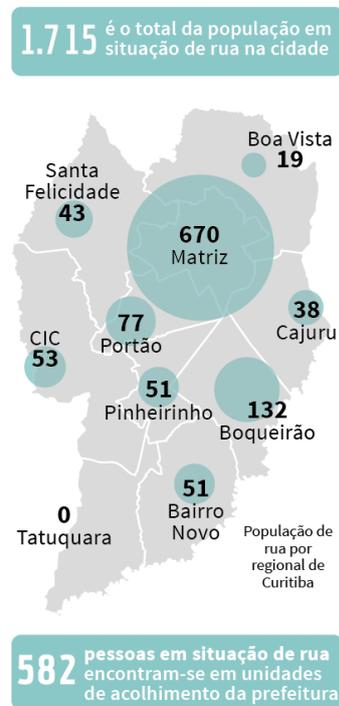
---

<sup>6</sup> Esse documento encontra-se no site do Ministério Público do Paraná, disponível em: [http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Curitiba\\_pesquisa\\_sobre\\_moradores\\_em\\_situacao\\_de\\_rua.pdf](http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Curitiba_pesquisa_sobre_moradores_em_situacao_de_rua.pdf), Acesso em: 4 de jul. de 2016.

<sup>7</sup> Entrevista feita com Frank Silva, concedida a Raphael Marchiori, divulgada no site Gazeta do Povo, intitulada: Cresce violência contra morador de rua. Curitiba. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/cresce-violencia-contra-morador-de-rua-e5qro562ok0a8ga95blldjuv7>. Acesso em: 18 de jul. de 2016.

principais motivos; 60,5% dessa população possui ensino fundamental incompleto<sup>8</sup>. Para exemplificar a questão da localização espacial dessa população no município, segue mapa disponibilizado no website (Figura 2):

FIGURA 2 – LOCALIZAÇÃO DA PSR EM CURITIBA-PR.



FONTE: Gazeta do Povo (2016).

Sobre isso, é válido destacar que, no contexto da rua, a fixação das pessoas prioritariamente em regiões centrais acontece, porque nessas áreas há mais facilidade de obtenção de recursos financeiros, além de alimentos, isto devido ao maior fluxo de pessoas e à maior concentração de serviços em geral. Além disso, os centros das cidades costumam ficar quase despovoados à noite, o que possibilita serem utilizados como abrigos (LIMA, 2013).

Diante dos dados mencionados, percebe-se que o fenômeno da situação de rua no município de Curitiba-PR está presente de forma acentuada, o que remete à necessidade do envolvimento constante das instâncias governamentais nas várias expressões de riscos e vulnerabilidade dessa população. Considerando a importância das ações e a articulação dos distintos setores para um atendimento mais efetivo às pessoas em situação de rua, será

<sup>8</sup> Matéria divulgada no site Gazeta do Povo, elaborada por Naiady Piva, intitulada: Curitiba tem 1,7 mil moradores de rua; maioria tem família na região. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/futuro-das-cidades/curitiba-tem-17-mil-moradores-de-rua-maioria-tem-familia-na-regiao-cg6hv3l51sk3l3gov4bd8dneil>. Acesso em: 18 de jul. de 2016.

abordado também o panorama da política da assistência social em Curitiba-PR para esse grupo, paralelo às estratégias do município no que tange ao acesso à saúde desses sujeitos

A normativa mais recente publicada pela FAS, que dispõe sobre a criação de suas unidades, é o Decreto nº 919/2014. Nele consta a implementação de alguns serviços, entre eles: os Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), que têm o intuito de promover “[...] serviços que compreendam atendimentos, atividades e encaminhamentos para pessoas que utilizem as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência” (Art. 5º); as Unidades de Acolhimento Institucional, para fornecer atendimento integral para as pessoas em desabrigo, ou que utilizem as ruas para morar ou sobreviver (Art. 6º); e as Repúblicas para População em Situação de Rua, também chamadas de “Condomínio Social”, e que tem o objetivo de proteger, apoiar e oferecer moradia para aquelas “[...] pessoas que utilizem as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, ou em desabrigo em fase de reinserção social, que estejam em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e construção de autonomia” (Art. 7º) (CURITIBA, 2014).

Conforme website oficial da prefeitura, a FAS em 2014 ampliou seu atendimento para PSR<sup>9</sup>. Disponibiliza entre os seus serviços a Casa da Acolhida e do Regresso, que serve de apoio emergencial ao migrante e/ou itinerante que esteja em condição de vulnerabilidade (CURITIBA, 2016). No ano 2015 foram inauguradas, no município, mais duas unidades de atendimento à PSR, sendo elas: a Casa de Passagem Feminina e LBT (para lésbicas, bissexuais, travestis, transsexuais e transgêneros que se identificam com o gênero feminino)<sup>10</sup>; e a Casa de Passagem Indígena<sup>11</sup>.

Segundo notícias divulgadas também em meio virtual, além das unidades de atendimento, a FAS em 2016 divulgou duas novas estratégias direcionadas à PSR, com o intuito de minimizar possíveis mazelas vivenciadas no cotidiano das ruas: um projeto piloto que distribuiu cartão para fornecer acesso gratuito a banheiros da cidade, localizados dentro

---

<sup>9</sup> Notícia divulgada na página oficial da FAS, intitulada: Curitiba amplia o atendimento à população em situação de rua. Disponível em: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/noticia.aspx?idf=1582>. Acesso em 10 de jan. de 2017.

<sup>10</sup> Matéria divulgada pelo website Banda B, intitulada: Curitiba inaugura unidade de atendimento para mulheres e LBTs em situação de rua. Disponível em: <http://www.bandab.com.br/jornalismo/curitiba-inaugura-unidade-de-atendimento-para-mulheres-e-lbts-em-situacao-de-rua/>. Acesso em 18 de jul. de 2016.

<sup>11</sup> Matéria divulgada no site do Ministério Público do Paraná, intitulada: Inaugurada casa de passagem para indígenas em Curitiba. Disponível em: <http://www.mppr.mp.br/modules/noticias/article.php?storyid=5083>. Acesso em 18 de jul. de 2016.

de terminais de ônibus<sup>12</sup>; inauguração de dois guarda-volumes no município, possibilitando que as pessoas em situação de rua tenham um lugar seguro para guardar seus pertences<sup>13</sup>.

Todos os mecanismos acima referidos são de suma importância na efetivação dos direitos inerentes às pessoas em situação de rua, influenciando também nas questões de saúde, visto que, conforme já elucidado, o entendimento de saúde deve ser amplo e deve envolver todos os seus determinantes. Por isso, ter um local confortável para dormir pode influenciar na saúde, ter um local para efetuar a higiene adequada pode influenciar na saúde, ter um local para se sentir amparado e devidamente orientado pode influenciar na saúde. Assim, existe a “[...] necessidade de integração intersetorial entre as Políticas de Saúde e as demais políticas públicas, visando a melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua” (BRASIL, 2012a). Corroborando tal aspecto, vale também mencionar um dos objetivos (Art. 7º) da Política Nacional para a População em Situação de Rua: “[...] X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços” (BRASIL, 2009a).

Focando especificamente na política de saúde para as pessoas em situação de rua, serão abordados alguns aspectos que findaram na implementação do CR de Curitiba-PR. Segundo o projeto, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde para iniciar o trâmite de solicitação de aprovação do programa, o referido município em dezembro de 2009 concorreu ao edital lançado pelo Ministério da Saúde para a instituição de Consultórios de Rua no país, conforme estava proposto no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, já mencionado anteriormente. Sobre isso, um estudo realizado em Curitiba-PR relata que: “[...] Dos trinta e dois projetos inscritos, foram selecionados 14, entre os quais o do município de Curitiba. Na origem, o Consultório de Rua funcionava uma vez na semana no período noturno, em uma praça da área central de Curitiba e tinha uma equipe fixa” (WOLLMANN et al., 2016, p. 40). Portanto, em junho de 2010 o município iniciou as atividades inerentes ao Consultório de Rua, com foco nas pessoas em situação de rua que faziam uso de substâncias psicoativas, ofertando cuidado básico em saúde,

---

<sup>12</sup> Matéria divulgada pelo G1 PR, intitulada: Moradores de rua de Curitiba poderão usar banheiros públicos de graça. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2016/03/moradores-de-rua-de-curitiba-poderao-usar-banheiros-publicos-de-graca.html>. Acesso em 18 de jul. de 2016.

<sup>13</sup> Matéria divulgada pelo G1 PR, intitulada: Moradores de rua de Curitiba ganham segundo guarda-volumes, no Centro. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2016/06/moradores-de-rua-de-curitiba-ganham-segundo-guarda-volumes-no-centro.html>. Acesso em 18 de jul. de 2016; Notícia disponível também no website da FAS, intitulada: Prefeitura abre guarda-pertences para população em situação de rua. Disponível em: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/noticia.aspx?id=1764>. Acesso em 10 de jan. de 2017.

prioritariamente com a prática da redução de danos. Contava inicialmente com uma equipe composta por 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 redutor de danos, sendo posteriormente ampliada<sup>14</sup>.

Neste mesmo período, o município também já contava com uma Unidade Básica de Saúde direcionada especificamente para PSR dentro das dependências do Resgate Social da Fundação de Ação Social, denominada UMS FAS-SOS. Era um espaço que fornecia tanto atendimento em saúde como um trabalho de assistência social 24 horas (albergagem). Segundo relato do entrevistado representante da gestão, a mencionada UMS possuía condições sanitárias precárias, e em alguns casos os usuários associavam o cuidado oferecido com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), visto que procuravam o atendimento de forma pontual, quando apresentavam algum sintoma agudo. É válido também destacar que em abril de 2010 aconteceu em Curitiba-PR o Fórum da População em Situação de rua, com a participação desse segmento populacional e também da sociedade civil (MELO, 2011). Na ocasião foi construída uma carta que foi encaminhada para diversos setores públicos, e na mesma havia algumas manifestações de indignação específicas sobre a saúde, sendo elas:

[...] A morosidade no atendimento médico, sendo esta justificada pelos servidores como decorrente da falta de profissionais; [...] A junção imprópria de pessoas com problemas diversos de saúde mental aos demais; O tratamento inadequado e insuficiente de saúde mental e uso abusivo de substâncias psicoativas; [...] (MELO, 2011, p. 135).

É notável que as questões direcionadas a saúde já estavam sendo debatidas pela PSR, especialmente por meio da articulação do MNPR. O movimento passou a ter mais visibilidade e engajamento em Curitiba-PR, a partir de 2010, por meio principalmente da parceria do Ministério Público do Paraná. Em novembro de 2010 foi realizado no município o Encontro sobre Saúde da População em Situação de Rua – Saúde Mental, e o direito e acesso à saúde desses sujeitos sendo cada vez mais enfatizado (MELO, 2011), por isso, acredita-se que essa mobilização popular contribuiu para a preocupação do município na oferta de um serviço de saúde mais inclusivo e resolutivo para esses sujeitos.

Após a instituição da Portaria nº 122 (BRASIL, 2012d), já mencionada anteriormente, o projeto de implantação do CR de Curitiba foi encaminhado, apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, na reunião ordinária do dia 20 de fevereiro de 2013, tendo como registro a ata de nº 279. Neste projeto, constava uma estimativa de 4.000 pessoas em situação de rua no município, correspondendo então a 4 eCR. Dentre estas equipes, 3 eCR

---

<sup>14</sup> Informações disponíveis no Projeto de Implantação do Consultório na Rua de Curitiba (documento interno disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde), ou capturadas por meio de entrevista com a atual gestão do CR.

pertenciam a modalidade III, e 1 a modalidade II, de acordo com a portaria ministerial. No projeto, as Unidades Municipais de Saúde descritas como referências das eCR eram: UMS FAS-SOS, UMS Ouvidor Pardinho, UMS Vila Guaira, UMS Eucaliptos<sup>15</sup>.

Seguindo os devidos trâmites, após a aprovação no Conselho de Saúde, o projeto foi encaminhado para a Comissão Intergetores Bipartite do Paraná, e, por meio da Deliberação nº 86, de 16/05/2013, foi aprovada a implantação das 4 eCR em Curitiba-PR. Por meio da Portaria nº 1.299, de 28 de junho de 2013 (BRASIL, 2013b), o município foi credenciado pelo Ministério da Saúde para receber os incentivos referentes às equipes. Assim:

[...] Desde agosto de 2013 a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba possui quatro equipes multidisciplinares de saúde, formadas por médico, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, dentistas e auxiliares de saúde bucal que, diariamente e de forma itinerante, percorrem ruas, praças e pontos estratégicos da cidade (WOLLMANN et al., 2016, p. 41).

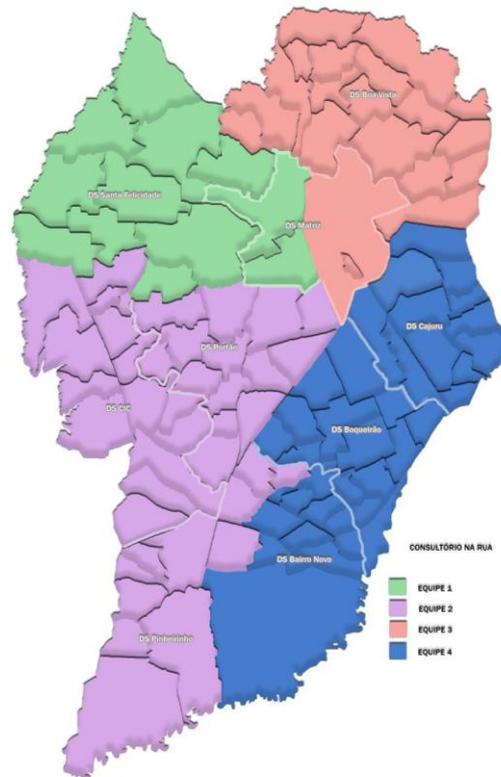
Por conseguinte, foi divulgada a Portaria nº 2.517, de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014b), alterando as modalidades de eCR. Assim, o município de Curitiba-PR passou a contar com 3 eCR na modalidade II e 1 eCR na modalidade III. Vale enfatizar que em 2013, após quase um ano de existência do CR, a UMS FAS-SOS foi extinta, conforme relato em entrevista com a gestão municipal do CR.

Atualmente, o município está dividido em 10 Distritos Sanitários (DS), sendo eles: Boa Vista, Bairro Novo, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade e Tatuquara. Dentre os profissionais que compõem as eCR, estão: 3 assistentes sociais, 2 cirurgiões-dentista, 3 enfermeiros, 2 médicos, , 4 psicólogos, 10 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 3 auxiliares de saúde bucal; totalizando 27 profissionais, além da gestão do CR. As 4 eCR se subdividem entre os 10 DS do município da seguinte forma (Figura 3):

---

<sup>15</sup> Informações disponíveis no Projeto de Implantação do Consultório na Rua de Curitiba. Documento interno disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

FIGURA 3 – DIVISÃO DAS 4 ECR EM CURITIBA-PR.



FONTE: IPPUC e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2015).

O CR de Curitiba conta com dois veículos para o desenvolvimento das atividades do programa, devidamente identificados (Figura 4). O CR é também contemplado com um trailer, que possui três ambientes, sendo eles: sala de consulta, sala de testagem e ambiente para aconselhamento (Figura 5). O mesmo foi disponibilizado por meio de parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para o desenvolvimento de um programa denominado “Quero Fazer Mais”, também conhecido como “A hora é agora”, tendo início em Curitiba-PR no ano 2015; prevê-se que este programa “[...]promova a detecção precoce do HIV por meio da expansão do recrutamento eficaz de HSH, oferecendo testagem do HIV sem discriminação e de fácil acesso, em horários e locais alternativos, e assegurando a vinculação com o serviço de saúde” (BRASIL, 2015, p. 15). A sigla HSH refere-se a homem que faz sexo com homem; na proposta, o público HSH de rua é também foco de intervenção, o que inclui o CR como serviço estratégico deste programa (BRASIL, 2015).

FIGURA 4 – VEÍCULOS DO CR DE CURITIBA-PR.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2016).

FIGURA 5 – TRAILER DO CR DE CURITIBA-PR.



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2016).

Dentre os recursos materiais, o CR conta também com diversos insumos para a execução do trabalho, como por exemplo: preservativos masculinos e femininos, gel para lubrificação íntima, panfletos sobre o CR, além de materiais inerentes aos procedimentos técnicos, como curativos. No que tange as ações cotidianas das eCR, elas mesclam entre abordagens nas ruas, plantões noturnos, plantões em UMS específicas de referência da eCR, atendimentos no trailer em dias fixos em praças da cidade, além de reuniões, planejamento, dentre outras atividades<sup>16</sup>. É importante frisar que o estabelecimento de algumas atividades regulares, por meio de local, dia e hora, possibilita a criação de uma referência territorial, facilitando assim o acesso dos usuários e o reconhecimento do programa (PACHECO, 2013).

Em pesquisa recente realizada com as eCR de Curitiba-PR, foram descritos alguns aspectos da rotina do trabalho desenvolvido. Sobre tal estudo, serão mencionados a seguir alguns resultados relevantes. No que tange aos usuários do serviço, foi evidenciado pelos profissionais que uma parcela considerável dos mesmos fazem uso abusivo de álcool e outras

<sup>16</sup> Informações verificadas pela pesquisadora no período da observação participante.

drogas, sendo então uma demanda recorrente no que tange a orientações e encaminhamentos; como também, o uso de substâncias psicoativas acontece, entre outros motivos, para mascarar questões crônicas de saúde. Em relação especificamente às mulheres em situação de rua, um dos motivos que estimula a procura pelas eCR é a gravidez, uma vez que é realizada uma intensa sensibilização sobre a importância do cuidado em saúde nesse período, bem como quanto ao futuro da criança. De maneira geral, foi possível identificar no estudo realizado que em determinadas situações a PSR procura os serviços de saúde em casos de urgência, principalmente de dor física. Sobre a adesão dos usuários a tratamentos, como de TB e AIDS/HIV, por exemplo, essa é uma dificuldade enfrentada pelas equipes (KAMI, 2015; KAMI et al., 2016b).

Em relação ao processo de trabalho diário, foram mencionados na pesquisa alguns aspectos que as eCR consideram de suma importância. Dentre estes, a instersetorialidade foi destacada como fator que facilita o desenvolvimento das atividades do CR. Como também, o trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional foi elucidado como forte potencial para assistir o usuário na complexidade de suas demandas. Apesar de esses elementos serem fundamentais, foi explicitado que dificuldades como a fragmentação da rede e a integração das distintas categorias profissionais em alguns momentos permeiam o trabalho das eCR (KAMI, 2015; KAMI et al., 2016b).

Outro elemento citado no estudo foi a realização constante de reuniões e planejamento para avaliação do trabalho, discussão sobre as demandas e o apoio logístico para o devido desenvolvimento das ações do CR. O vínculo foi aludido como elemento fundamental entre os profissionais e os usuários para um cuidado efetivo em saúde. Porém, nesse aspecto, foi ressaltado que ainda há profissionais da RAS que possuem certa resistência e preconceito no atendimento à PSR, o que deve ser superado (KAMI, 2015; KAMI et al., 2016b).

No que tange à comprovação de endereço para o atendimento nos serviços de saúde bem como possuir documento de identificação, essas são questões que ainda há certa obstinação em alguns serviços (KAMI, 2015). Porém, sobre isso, é válido mencionar a Instrução Normativa nº 2/2014, republicada em 10 de março de 2016, que “dispõe sobre o cadastramento dos usuários do SUS Curitiba no sistema informatizado e prontuário eletrônico”. Dentre seus itens, o número 4 explicita que:

Os moradores de rua poderão efetuar cadastro DEFINITIVO em uma unidade de atenção primária de sua escolha. Para isso não será necessária a comprovação do endereço. Se não possuir nenhum documento com foto disponível abre-se um registro com o nome informado como nome social e cadastra-se com o endereço

informado pelo morador, independentemente da área de abrangência (CURITIBA, 2016).

Assim, apesar da normativa estar em vigor, ainda existe uma barreira organizacional em alguns serviços de saúde, o que acaba por dificultar o acesso à saúde das pessoas em situação de rua. Contudo, ainda assim, os representantes do MNPR expressaram, no estudo realizado, o quão satisfeitos estão com as ações desenvolvidas pelo CR do município, uma vez que, além de proporcionarem atendimento, seja médico, odontológico, um curativo, um acolhimento, dentre outros, realizam encaminhamentos e orientações diversas, facilitando assim a inserção da população em toda à RAS de Curitiba-PR<sup>17</sup> (KAMI, 2015).

Segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde sobre as produções do CR, destacam-se que, desde 2013, com a implementação do serviço, cerca de 2,9 mil pessoas em situação de vulnerabilidade social foram atendidas, e mais de 50 mil procedimentos e encaminhamentos conduzidos; em média as 4 eCR realizam mensalmente 6.000 procedimentos. Sobre as testagens, a partir da parceria com a Fiocruz, foram realizados ao todo 3.595 testes rápidos para a PSR. Dentre estes, 1.046 testes foram de HIV, 1.033 testes para hepatite C, 502 testes de hepatite B, e 1.014 testes rápidos para sífilis. Conforme conduta do programa, os casos reagentes foram encaminhados aos serviços de referência para tratamento.

Diante o panorama atual do CR de Curitiba-PR, bem como os aspectos históricos que contribuíram para o mesmo, no capítulo a seguir serão apresentados os resultados e a discussão dos dados obtidos nas falas dos profissionais, da gestão e dos representantes de usuários.

---

<sup>17</sup> Estes aspectos foram ratificados pela pesquisadora no período da observação participante.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme já descrito no capítulo 2 deste trabalho, os resultados serão apresentados de acordo com a metodologia proposta por Bardin (1977), em que, por meio de uma apreciação das falas dos entrevistados, emergiram unidades de análise e estas foram categorizadas e subdivididas de acordo com os aspectos pontuados nas entrevistas realizadas. As percepções dos profissionais das eCR, gestor e dos representantes de usuários (MNPR) serão apontadas conjuntamente, a partir da segunda unidade de análise. A discussão será feita paralelamente aos resultados. Para uma melhor visualização dos aspectos que serão abordados no capítulo, foi elaborada uma síntese no quadro 1 a partir dos dados encontrados na pesquisa. Cumprindo as exigências do TCLE, o anonimato dos participantes entrevistados será preservado, sendo assim, os profissionais e gestão do CR serão identificados com a abreviação E1 a E23, e os representantes de usuários com E24 a E27; com exceção da primeira unidade de análise em que os discursos não serão identificados por se tratar de aspectos gerais da vida profissional, para que não haja um atrelamento destas respostas as percepções apresentadas posteriormente sobre o CR de Curitiba-PR.

QUADRO 1 – UNIDADES E CATEGORIAS DE ANÁLISE DO CONTEÚDO.

<b>UNIDADES DE ANÁLISE</b>	<b>CATEGORIAS DE ANÁLISE</b>
Motivo do interesse em trabalhar com PSR	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Experiências anteriores / formação profissional e afinidade</li> <li>-Nova experiência profissional</li> <li>-Melhorias nas condições de trabalho</li> </ul>
Facilidades na fase inicial do CR de Curitiba-PR	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoio da gestão</li> <li>-Equipe interessada e sensibilizada com o novo programa</li> </ul>
Dificuldades na fase inicial do CR de Curitiba-PR	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de conhecimento sobre o trabalho do CR</li> <li>-Trabalho em equipe</li> <li>-Trabalho intra e intersetorial</li> <li>-Falta de transporte</li> </ul>

Avanços no CR de Curitiba-PR	-Vínculo com os usuários -Parcerias e trabalho em equipe -Estrutura do CR - Detecção e tratamento de doenças
O que precisa avançar no CR de Curitiba-PR	-Maior sensibilização da rede intra e intersetorial -Ampliação de recursos humanos -Uniformidade no registro das eCR
Efeitos do CR de Curitiba-PR	-Efeitos do CR para a saúde da população em situação de rua -Efeitos do CR para a RAS

FONTE: A autora (2017).

### 5.1 Motivo do interesse em trabalhar com PSR

Estudos têm evidenciado que desde a antiguidade existe uma preocupação sobre os motivos que induzem as ações e decisões das pessoas no ambiente de trabalho (VIEIRA, 2002 apud BATISTA et al., 2005). Desta forma, é importante o conhecimento dos fatores que impulsionam as distintas posturas no âmbito profissional, uma vez que estes podem influenciar aspectos como a motivação e o bom desempenho (BATISTA et al., 2005). Daí a significância de entender o surgimento do interesse dos servidores de saúde entrevistados em trabalhar com a PSR. Sobre esse quesito, três categorias foram elencadas, sendo elas: experiências anteriores/formação profissional e afinidade; nova experiência profissional; melhorias nas condições de trabalho. Aqui vale destacar que houve a publicação de um edital de processo seletivo interno da Secretaria de Saúde de Curitiba-PR para a formação das eCR.

Em diversos discursos foi identificado que os servidores da saúde já possuíam algum tipo de afinidade com o perfil da PSR, seja ela afinidade pessoal ou profissional. Vários entrevistados também mencionaram que tinham experiência prática na área de saúde mental, anterior ao CR, o que estimulou o interesse em trabalhar com a PSR. A seguir estão alguns trechos que corroboram com tais afirmações:

*[...] Bom, quando eu soube da solicitação, que veio né via prefeitura pra gente, pra convocar, eu li o plano de trabalho e já me identifiquei, porque eu trabalhei 12 anos com psiquiatria,*

*em hospital psiquiátrico... então uma população principalmente saúde mental, uma população que realmente precisa de um olhar diferenciado... sempre gostei de trabalhar com esse tipo de gente [...] e daí aquela história... ah o pessoal da rua é um pessoal sujo, é um pessoal carente, é uma pessoal que pouco a gente dar atenção pra eles né... [...] Então eu me identifiquei já no primeiro momento que eu gostaria muito de trabalhar com esse tipo de gente.[...]*

*[...] Eu já to envolvido com a parte de saúde mental, não especificamente o Consultório na Rua, desde quando entrei na prefeitura [...] Eu já tinha um perfil né, eu já gostava do atendimento... porque geralmente essa população é uma população que as unidades, os profissionais geralmente eles não gostam muito... eles tem mais dificuldade de articulação, de trabalhar com essa população...então... e eu já tinha esse perfil, a facilidade que eu tinha... então desde que eu entrei na prefeitura eu sempre participei da parte de saúde mental [...] participava das reuniões de grupo, algumas visitas domiciliares... isso quando eu trabalhava na unidade de saúde [...] e aí quando abriu o processo pra CR eu me inscrevi logo em seguida, porque era o que eu queria fazer... [...]*

*[...] Bom, meu interesse pelo Consultório na Rua, com o trabalho com os moradores de rua começou bem antes do Consultório na Rua existir... nós tínhamos um grupo de saúde mental [...] que nós tratávamos de todos os problemas gerais...[...] e dentre esses problemas aí o que mais incomodava os profissionais era o uso abusivo do crack, e nós víamos esse uso abusivo do crack principalmente com os moradores de rua... então nós estávamos pensando em desenvolver um grupo de trabalho [...] mas o grupo não foi pra frente por falta de tempo mesmo [...] com a implementação do Consultório na Rua eu me inscrevi já de início e fui contemplado.[...]*

*[...] Eu sempre trabalhei com saúde mental, minha experiência todinha é psiquiatria e saúde mental... [...] Já tinha um perfil... [...] já tinha experiência... daí vim, e amo, e gosto, e pronto.*

Fica nítido que vivências anteriores na atenção em saúde mental, independente em quais serviços, foram válidas na decisão em trabalhar com PSR. Acoplada a experiência prática, um entrevistado mencionou sobre a formação profissional também na área, por meio de especializações, o que instigou a vontade de exercitar os conhecimentos adquiridos teoricamente. Sobre isso, o profissional mencionou:

*[...] Bom, meu interesse porque os meus cursos me direcionavam pra essa área... eu participava da comissão de saúde mental da unidade de saúde da estratégia de saúde da família... [...] e daí comecei trabalhar então com os pacientes de alcoolismo. Aí fiz especialização em saúde mental, acabei fazendo especialização em neuropsicologia, e dependências químicas também fiz especialização. Então quando surgiu o edital pro Consultório na Rua tudo me encaixava dentro dessa proposta né, e... aí ficou fácil pra mim participar né [...] e eu achei que tinha estudado tantos anos que precisava aproveitar de alguma forma esse conteúdo que eu aprendi, não só nas especializações, mas na experiência que tive na unidade... [...]*

Assim, “[...] quanto maior o conhecimento, mais a competência se fortalece e permite que o profissional enfrente com flexibilidade e sabedoria os diversos desafios do seu dia-a-dia” (GRAMIGNA, 2002, apud SILVA, 2005, p. 46). Essa competência é imprescindível para que os trabalhadores tenham manejo e habilidade nas intervenções, visto que são diversas as demandas apresentadas no contexto da rua. Vale reforçar que, dentre os principais problemas encontrados nas pessoas em situação de rua, o uso abusivo de álcool e outras drogas, e transtornos mentais, são destacados devido o seu impacto na vida dos sujeitos (BRASIL, 2012a; PACHECO 2013). Por isso a relevância dos profissionais terem experiências anteriores na saúde mental.

Alguns entrevistados relataram também sobre a vivência com população vulnerável e a afinidade com a mesma, o que acarretou na vontade de trabalhar com a PSR. Sobre isso, vale destacar duas falas a seguir:

*[...] eu sempre fui envolvida com vulnerabilidade social né, desde pequena assim... eu já tenho envolvimento. E na prefeitura também eu trabalhei... [...] Daí quando surgiu o convite, o edital do Consultório na Rua eu me inscrevi consciente mesmo o que era o Consultório na Rua né... aí eu preenchi o formulário né, fui pesquisar mais a fundo o que que era, quais os objetivos do Consultório na Rua.... [...] Despertou interesse porque eu senti que eu tinha perfil, e gostava, gosto de trabalhar com isso né... [...]*

*[...] até costume dizer assim: que a minha cara é pessoas em situação de risco, né... [...] eu já conseguia me identificar de longe assim, e gostava muito, e sempre tive assim um trabalho muito perto deles né. [...] na comunidade [...] vivia aconselhando contra drogadição,*

*acompanhava adolescentes né, então assim... uma vivência já bem de perto. Daí eu me inscrevi e fui selecionada... [...]*

Sobre isso, Lima (2013) considera importante o contato anterior e a sensibilidade dos profissionais em lidar com pessoas em situação de vulnerabilidade social, visto que estes aspectos contribuem para a atuação dos profissionais no contexto atual em que se inserem, no caso aqui delimitado, o CR. Outros servidores entrevistados relataram que tinham interesse em viver uma nova experiência profissional ou tinham curiosidade em saber como é o trabalho desenvolvido com a PSR, assim, tais fatos estimularam que os mesmos se candidatassem a trabalhar no CR. A seguir, algumas falas confirmam esse entendimento.

*[...] Sempre trabalhei na parte mais organizacional, eu trabalhava com RH [...] e eu achava que na minha carreira profissional faltava uma experiência com população vulnerável... [...] eu trabalhava dentro de um departamento [...] eu soube do CR e me interessei... e falei: puxa acho que vai completar [...]*

*[...] O Consultório na Rua [...] é uma equipe multidisciplinar né, isso também foi um fator [...] que me interessou... foi ter um trabalho com outros profissionais na mesma equipe... [...] então essa coisa de você ter um programa pra todo mundo poder fazer uma atividade né, junto... [...] eu achava que ia enriquecer né, ia enriquecer a questão da minha experiência né [...] e que isso era um desafio pra mim [...] um programa totalmente diferente, e foi um pouco com medo que eu assumi, que eu fiz a... encaminhei minha solicitação e tal... e pra minha surpresa fui aprovada [...]*

*[...] Na verdade quando surgiu o concurso pro Consultório na Rua eu já trabalhava na rede [...] e a gente sempre via essa dificuldade... assim, atender os pacientes em situação de rua... cada um que aparecia a gente já encaminhava direto pra FAS, não tinha muito contato... e eu achava isso meio estranho, assim né... [...] e acho que a enfermagem é muito acolhedora, então acho que ficava uma... ta, o que aconteceu com ele depois? Será que foi atendido? Será que não foi? Ai me surgiu a vontade mesmo de conhecer como que era o trabalho com essa população... [...] E como o Consultório na Rua era pra essa população, meu interesse foi mais pra conhecimento mesmo [...]*

*[...] e daí quando surgiu o edital [...] eu fiquei bem interessada sabe... em trabalhar, em ver né como que era por fora, como que ia ser esse programa... [...] eu já tenho já né um olhar diferenciado né... sempre que passava na rua dava uma olhadinha, e ajudava... então sempre ne... uma afinidade... e daí saiu o edital e eu falei: ah, vou fazer.[...] todo mundo: ah, faz, você se identifica, faz pra ver... [...]*

*[...] Na verdade eu vim por ser um trabalho diferenciado [...] na unidade de saúde você tem uma rotina, e no consultório não existe essa rotina né... mas eu vim mesmo por interesse de conhecer o trabalho [...]*

De acordo com as falas relatadas, o trabalho com a PSR é considerado diferenciado, o que acarreta no interesse dos profissionais em ter alguma experiência com esse segmento populacional. Bem como o trabalho em equipe multidisciplinar, proposto pelo CR, foi destacado como fator de incentivo para a participação no processo seletivo das eCR. De forma sintetizada, a busca pela vivência de novas práticas profissionais foi um estímulo para querer trabalhar com a PSR. Outro aspecto destacado por alguns entrevistados foi a procura por melhores condições de trabalho, uma vez que os profissionais estavam desgastados com as atividades exercidas até então. Sobre a categoria de análise, algumas falas podem ser elucidadas.

*[...] Na verdade eu vim pra cá não foi por escolha né...[...] passou uma folha na unidade perguntando quem tinha interesse e na época eu preenchi sem saber o que era e o que eu ia fazer... [...] só que eu tava tão aborrecida no meu trabalho que eu optei em encarar esse desafio né... e hoje eu não me arrependo em momento nenhum da mudança que eu fiz, eu digo que eu cresci como pessoa e como profissional trabalhando com a população em situação de rua... eh... aprendo né, aprendi muito, e tenho muito a aprender com a população em situação de rua [...]*

*[...] Antes de entrar no Consultório na Rua eu tava há 5 anos no ambulatório de saúde mental da prefeitura né. Eh... onde eu fazia atendimento individual [...] era um ritmo muito cansativo [...] foi uma experiência incrível [...] mas tava adoecedor, tava muito desgastante [...] daí saiu né o concurso interno pro Consultório na Rua... daí eu li o edital... não fazia exatamente ideia como que era, só podia imaginar... nunca tinha trabalhado com população*

*em situação de rua... mas achei completamente viável e sem problema nenhum, e que poderia ser uma experiência nova e interessante.*

*[...] Daí me inscrevi na última hora nessa seleção interna, mesmo porque o salário era melhor também... e eu tava muito tempo já... a chefia... muito cansada[...]*

O desgaste com as funções exercidas nos respectivos serviços e/ou anseio de mudança se deram ou pelo cansaço com o ritmo de trabalho, ou por algum tipo de insatisfação, ou pela busca de maior remuneração, ou então devido o horário e o local de trabalho, sendo este último fator abordado a seguir. Como também, o interesse pelo CR surgiu a partir da junção de aspectos variados já mencionados, seja por condições de trabalho, seja por afinidade ou vontade de desenvolver trabalho com a população em situação de rua. Segue abaixo trechos de entrevistas que reforçam tais ocorrências.

*[...] Na verdade eu quis buscar uma experiência nova mesmo, e também a gente não pode negar que buscar até um salário melhor né... [...]*

*[...] Nesse tempo veio o concurso pro Consultório na Rua. Então como tinha uma flexibilidade de horário [...] na época era pra trabalhar mais a noite e tudo... e a base, locais, tinha locais que eram bem mais perto da minha casa... eu fiz o concurso, passei né... [...] No primeiro momento não conhecia esse projeto, foi por uma questão pessoal de uma área de trabalho que eu gosto mais, tenho mais contato, e mais perto da minha residência. Então essa que foi a motivação e minha aproximação no Consultório na Rua [...]*

*[...] Eu comecei uma pós em dependência química lá na UNIFESP, e tava bem envolvida com o tema e tal... e aí fiquei sabendo do concurso interno que abriu para o Consultório na Rua... que daí tinha bastante a ver com minha área, com essa área de dependência química... e eu já não tava muito satisfeita nesse lugar que eu tava né, nessa função que eu tava... e daí pensei que ia ser uma mudança bacana assim... e aí me inscrevi pro concurso...[...] duas coisas que me motivaram foi de já tá querendo fazer uma coisa diferente, porque eu já tava há 7 anos ali, fazendo aquelas mesmas coisas [...] e a questão da minha especialização em dependência química [...]*

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem que atuavam em unidades de saúde, Batista et al.. (2005) constatou que a remuneração é apresentada como fator motivacional no trabalho, porém não é o principal, pois também aspectos como carga horária influenciam. Assim, os servidores que buscam por melhores condições de trabalho, e são contemplados, terão uma motivação a mais para desenvolver com qualidade o serviço prestado.

Dentre as falas apresentadas, algumas explicitam a satisfação por desempenhar uma função no CR. Tal fato foi também evidenciado por meio do período de observação da pesquisadora, a partir das conversas informais e nas próprias atitudes dos profissionais. Gostar do que faz é outro aspecto realçado como motivacional na pesquisa de Batista et al. (2005). Vale considerar que a iniciativa da gestão do município de Curitiba-PR em realizar processo seletivo para a formação das eCR foi de suma importância para o engajamento de profissionais interessados com a causa, não sendo então uma atitude impositiva, mas sim de pessoas que queriam, independente do motivo, trabalhar com a PSR.

Todos os aspectos abordados anteriormente, que estimularam o interesse dos servidores em trabalhar com a PSR, refletem diretamente na motivação e no envolvimento dos mesmos com o CR, bem como na competência do desenvolvimento das suas respectivas funções. Sobre competência, Silva (2005) aborda que “[...] é resultante da combinação de conhecimento com comportamentos. Conhecimentos que incluem formação, treinamento, experiência, autodesenvolvimento. Comportamento que engloba habilidades, interesse, vontade” (SILVA, 2005, p. 42). Assim, os itens apontados se convergem e estão diretamente refletidos nas falas dos entrevistados.

Ao terem seus interesses em trabalhar com a PSR despertados, os servidores apontaram implicitamente metas pessoais para sua vida profissional, seja por vontade de trabalhar com o que gosta e se identifica, seja por vontade de adquirir novas experiências, seja por vontade de ter melhores condições laborais. Desta forma, “[...] o alto nível de desempenho do empregado é movido pelo alcance de suas metas pessoais, esforçando-se, assim, para atingir graus de atuação cada vez mais elevados” (COLARES, 2005, p. 70). Tal fato ratifica a ideia de que se tem vontade, se tem interesse, se tem motivação, conseqüentemente haverá uma melhor atuação e um melhor desempenho profissional, aspectos estes que puderam ser ratificados por meio da observação participante realizada no transcorrer da pesquisa.

## 5.2 Facilidades na fase inicial do CR de Curitiba-PR

Para a compreensão de como se deu o processo de implementação do CR, mais especificamente no momento em que as equipes iniciaram sua atuação, é relevante ponderar os fatores que potencializaram e facilitaram, bem como os aspectos que limitaram e dificultaram essa fase. A identificação destes pode servir de subsídios para futuros programas de CR que desejam aprimorar a etapa inicial, ainda que cada região possua suas especificidades.

No que tange às facilidades encontradas pelos servidores de saúde, duas categorias de análise foram suscitadas, sendo elas: apoio da gestão; equipe interessada e sensibilizada com o novo programa. Sobre o apoio da gestão, muitos entrevistados relataram que o amparo recebido pela gestão municipal, seja ele por meio da figura do prefeito, Secretaria de Saúde ou coordenação do programa CR, foi crucial para o processo inicial de execução do novo serviço bem como para o enfrentamento das primeiras dificuldades que surgiram. O apoio se deu desde o momento que foram disponibilizados distintos profissionais com dedicação exclusiva para comporem as eCR. Sobre isso, um estudo do CR de Curitiba aborda essa rotina de trabalho:

Cada equipe trabalha 40 horas semanais, no período da manhã e da tarde e uma vez por semana a noite, de forma que de segunda à sexta-feira, sempre há uma equipe de plantão até às 22 horas, para atender os casos de emergência ou em que seja necessária uma abordagem noturna (WOLLMANN et al., 2016, p. 41).

Portanto, a carga horária dos servidores está toda direcionada ao atendimento da PSR, o que não ocorria anteriormente com o Consultório de Rua. Tal fato foi relevante na fase inicial, e ainda é, devido a grande demanda que já era exposta pela PSR no município, bem como pela necessidade de envolvimento dos servidores nesse programa inovador, que se apresentava com novos conceitos, novos paradigmas, um novo jeito de “fazer saúde”. O investimento e apoio da gestão nesse processo podem ser identificados nas falas a seguir:

*[...] Acho que a facilidade foi o fato da prefeitura investir nesse projeto, né... é... o apoio dos gestores, da coordenação do projeto que já tinha uma experiência no consultório de rua... ela vinha discutindo há bastante tempo esse processo, já discutiram com o movimento dos moradores de rua [...] Então essas coisas poderíamos dizer, considerar um facilitador... o investimento da prefeitura, de se disponibilizar que os funcionários fossem contratados como*

*Estratégia de Saúde da Família, fazendo horário integral [...] então essas foram as facilidades né... essa disposição da gestão. (E1)*

*[...] Acho que a facilidade é o super apoio que a gente teve da gestão, desde sempre né... [...] Acho que facilitou bastante. (E5)*

*[...] Então... as facilidades é que a gente tinha todo o apoio da gestão. Então a gente teve a possibilidade de montar as equipes, e essas equipes então serem equipes exclusivas pro CR, então elas não tinham um outro local de trabalho, de atendimento. (E23)*

Outros entrevistados reforçaram que o suporte da gestão se deu principalmente por meio da disponibilidade e empenho em sanar alguns percalços que surgiram nos primeiros momentos de ações do CR, como por exemplo, na questão de transporte, insumos, recursos materiais em geral. Ou até mesmo apoio com as dificuldades apresentadas pela fragilidade emocional dos profissionais, isto porque a dinâmica da rua apresenta nuances que muitas pessoas desconhecem e/ou nunca vivenciaram. Assim, acreditar nos princípios e diretrizes norteadoras do programa e na possibilidade de suas concretizações foi imprescindível para a gestão facilitar e apoiar a fase inicial do CR em Curitiba-PR. Tais aspectos podem ser observados nas falas dos servidores:

*[...] A gestão como um todo colocou na cabeça: isso vai funcionar e nós vamos apoiar dentro do possível o que for... então muitas questões que a gente teve de dificuldade [...] a secretaria foi atrás... [...] Então a gestão eu vejo como uma facilidade, a gestão dentro do possível, dentro do serviço público, dentro dos recursos financeiros, apoiou em todos os momentos assim. (E9)*

*[...] Na verdade o que facilitou bastante no início foi o apoio da própria gestão né... a gestão apoiou muito, entrou de cabeça... [...] e teve todo o incentivo da prefeitura, da gestão, nós conseguimos os transportes, conseguimos alguns insumos e algumas capacitações pra poder exercer a função. E tudo que a gente necessitava o secretário também sempre comprou a ideia junto com a gente, porque ele apostava também... então isso facilitou bastante a implementação do CR. (E6)*

*[...] que facilitou foi o apoio da própria coordenação... [...] porque eles deram apoio muito grande pra gente. A gente às vezes tinha momento de desistir, queria desistir [...] queria levar o paciente pra casa, ficava deprimido quando o paciente ia a óbito. A gente daí recebeu esse apoio, se não a gente tinha desistido, porque foi bem difícil. (E17)*

Aqui vale ressaltar que a experiência anterior do município com o Consultório de Rua, bem como o contato da gestão com o MNPR, facilitou todo esse processo de entendimento de quem era essa PSR, e conseqüentemente interferiu no fortalecimento da gestão com as equipes no momento inicial do CR. Nesse sentido, a fala de um entrevistado representante do MNPR expõe quão fundamental foi aproximação da gestão com o movimento.

*[...] Eles foram muito sábios de fazer esse diálogo com a sociedade civil antes de ir pra rua né... de conhecer o perfil, de saber quem que é esse povo né, e no mesmo momento de trazer mais pra dentro dessa equipe que ia trabalhar com as pessoas em situação de rua, trazer como que é né, como é feita essa abordagem, quem que é esse povo que eles vão encontrar na rua, porque que estão na rua, porque continuam na rua né... e isso foi feliz né. Ajudou né, tanto que hoje o melhor consultório que tem hoje no Brasil né, de referência, é de Curitiba né. (E24)*

Houve uma articulação de distintos atores nessa fase, podendo ser representada pela tríade: gestores, profissionais de saúde e usuários. O apoio expresso na fala dos entrevistados reúne os interesses desses diferentes grupos, “[...] na medida em que a gestão é exercida entre sujeitos, com diferentes graus de poder e de saber, vinculadas a alguma forma de cogestão” (CASANOVA, TEIXEIRA, MONTENEGRO, 2014, p. 4424). O apoio mútuo se deu com a participação desses atores na cogestão do CR, uma vez que a gestão do município tinha interesse em que o novo serviço fosse eficaz e trouxesse um retorno positivo para as questões de saúde; os profissionais de saúde tinham interesse em prestar um serviço de qualidade e resolutivo; os usuários (representados pelo MNPR) almejavam que as demandas de saúde da PSR fossem atendidas. Assim, a multiplicidade de poderes e saberes se agregaram, ampliando as possibilidades de reflexões e ações em prol de um objetivo em comum, sendo considerado um processo de cogestão do CR.

A Política Nacional de Humanização busca a inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários na transformação das formas de produção e gestão dos serviços de saúde, praticando assim os valores do SUS. Considerando os princípios expostos nessa política, vale destacar

um deles: protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Este princípio enfatiza a importância do compartilhamento de responsabilidades, bem como expansão da autonomia dos sujeitos envolvidos, para que haja efetiva mudança na gestão e atenção a saúde (BRASIL, 2013). Sendo assim:

[...] Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2013)

Tais aspectos estão intimamente relacionados com a categoria de análise aqui delimitada, uma vez que o apoio dispensado pela gestão e a valorização dos diversos atores envolvidos desde o processo inicial de execução do CR em Curitiba-PR, possibilitou e possibilita uma cogestão no serviço de saúde e um aprendizado coletivo, permitindo a efetivação de um SUS mais humanizado e resolutivo com as demandas a ele apresentadas. Portanto, o “[...] apoio [...] visa promover o estabelecimento de vínculos e a participação coletiva nos processos de avaliação e gestão” (CASANOVA, TEIXEIRA, MONTENEGRO, 2014, p. 4424). Assim, há uma relação horizontalizada entre os envolvidos, em que se coloca em prática “[...] formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam” (SANTOS FILHO, BARROS, GOMES, 2009, p. 604).

A segunda categoria de análise identificada dentre as facilidades encontradas na fase inicial do CR, foi: equipe interessada e sensibilizada com o novo programa. Como já mencionado em outros tópicos do trabalho, o CR é um programa recente dentre as estratégias do Ministério da Saúde. Por esse motivo, os debates sobre como pensar e executar os CR em todo o país estão sendo cada vez mais suscitados, porém a falta de experiência específica com PSR, para além das vivências em saúde mental, rebate diretamente na fase inicial de implementação do programa em qualquer lugar. No entanto, quando a equipe é composta por profissionais interessados e que estão sensibilizados com a causa, conforme também relatado na unidade de análise do tópico anterior, é possível conduzir as ações de forma mais fácil. Nesse sentido, os entrevistados expuseram que a vontade, afinidade e sensibilidade com o trabalho, somadas ao fato de ter ocorrido um concurso interno para a seleção dos profissionais, conforme já discutido, foi de suma importância no primeiro momento de atividades práticas do CR. Sobre isso, vale destacar as seguintes falas:

*[...] Facilidade... eu acho que uma coisa muito interessante foi a afinidade dos colegas... eu acho que a minha equipe já de começo se identificou bastante com o gosto por esse trabalho, então acho que isso favoreceu bastante o andamento. (E3)*

*[...] As pessoas que tavam envolvidas né também... tavam querendo né, tava tudo novo, então a gente tava querendo né... [...] vontade né... e todos assim se identificavam né com o programa, com o serviço. (E11)*

*[...] Eu acredito que o maior facilitador é a característica individual de cada profissional. A maioria dos profissionais que vieram pra essa área tem uma sensibilidade muito grande quanto ao ser humano, quanto a direitos humanos, então isso é o principal facilitador. (E13)*

*[...] Eu acho que o que mais facilitou foi a motivação da equipe né, porque como a equipe foi selecionada, foi preparada, teve treinamento... então esse processo foi muito importante pra gente se apropriar do que ia ser né, dessa novidade que a gente tava se aproximando... então eu acho que a motivação da equipe e a expectativa né de todo mundo, da própria secretaria, eu acho que isso foi um fator assim bastante importante. (E15)*

*[...] Eu acho que a experiência dos profissionais assim, profissionais que já vieram dessa rede de saúde mesmo, já tiveram uma sensibilidade maior pra perceber essas coisas que o usuário em situação de rua tem de diferente sabe. (E16)*

*[...] A gente entendeu que as pessoas que vieram para este trabalho, vieram motivadas a fazer... [...] Então acho que isso é um facilitador porque as pessoas não vieram forçadas né, vieram voluntariamente, se candidataram, passaram por um processo e foram classificadas nesse processo e daí chamadas para assumir essas vagas, então também acho que isso facilita bastante. (E23)*

O evidente ânimo com o novo, o desconhecido, permitiu que a fase inicial de implementação do CR se tornasse mais leve e prazerosa. Ainda que os profissionais não tivessem vivência específica nesse programa, a sensibilidade com a defesa da PSR motivaram e facilitaram o engajamento com a nova forma de produzir saúde. Uma das práticas inerentes ao exercício das eCR são as relações interpessoais, uma vez que a promoção da saúde começa

no encontro entre profissional e usuário, e a qualidade deste que vai determinar a eficiência das relações posteriormente (GOULART, CHIARI, 2010). Desta forma:

[...] Reconhecidamente, a empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente, é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico-paciente é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento (GOULART, CHIARI, 2010, p. 264).

Refletindo essa citação no contexto das eCR, em que há múltiplas categorias profissionais, a sensibilidade dispensada pelos servidores foi crucial para os encontros iniciais com a PSR. Isto interfere diretamente na qualidade e resolutividade do serviço e dos atendimentos prestados. Assim, na dinamicidade da vida na rua, onde vários saberes e práticas são exigidos para enfrentar as demandas colocadas, é fundamental que os profissionais consigam agir com competência. Agir de forma competente engloba a combinação de fatores como saber agir, poder agir e querer agir. O querer agir do profissional está relacionado com sua motivação e vontade de aderir a um projeto coletivo (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013). Por isso, a equipe interessada e sensibilizada com o novo programa foram fundamentais para facilitar a fase inicial de implementação do CR.

### **5.3 Dificuldades na fase inicial do CR de Curitiba-PR**

Sobre as dificuldades e limitações iniciais vivenciadas na implementação do CR, algumas foram mencionadas nas entrevistas e constituíram as seguintes categorias de análise: falta de conhecimento sobre o trabalho do CR; trabalho em equipe; trabalho intra e intersetorial; falta de transporte.

Por ser uma estratégia recente de atenção à saúde, o programa CR na mesma medida que causou um estímulo nos profissionais por quererem se apropriar dessa nova forma de cuidado, o que facilitou o processo inicial, ele também causou um estranhamento e receio nos trabalhadores, uma vez que a prática de saúde foi sendo construída no território, no dia a dia, nas vivências cotidianas juntamente com a PSR, aspectos estes que foram considerados como dificultadores. Desta forma, a categoria de análise referente à falta de conhecimento sobre o trabalho do CR pode ser identificada nas seguintes falas:

*[...] E foi um desafio porque eu não conhecia nada, nunca tinha trabalhado, não tinha noção o que era. (E4)*

*[...] E acho que a dificuldade foi assim... a gente tava fazendo uma coisa que nunca tinha sido feita aqui. Então meio que a gente foi construindo, e acho que a gente até hoje continua construindo o trabalho, todo dia... coisas que funcionavam antes, agora não funcionam mais, a gente pode fazer diferente, a gente tem essa liberdade assim de tá mudando e tentando acertar enquanto o jogo tá acontecendo né, no dia a dia assim... (E5)*

*[...] No começo foi um pouco difícil... quando a gente começou a trabalhar no consultório a gente não tinha muita noção do que ia fazer... [...] porque não tinha pra onde encaminhar, como encaminhar, como é que seria feito aqueles encaminhamentos né. (E7)*

*[...] Quando a gente assume alguma coisa nova a gente sempre tem mais dificuldade, até você aprender né, porque a gente tinha que entender o programa... (E8)*

*[...] A gente entrou um pouco cru assim mesmo né... vamos descobrir o que que tem que ser feito e como fazer né. (E9)*

*[...] Pra gente foi uma experiência bem nova, a gente não tinha a menor ideia do que exatamente iria acontecer, de como fazer. A gente foi pra campo bem crua assim... e a partir das experiências que eu acho que hoje a gente domina um pouquinho melhor né. (E12)*

*[...] As dificuldades é que era um campo novo, que você não tinha nem muita literatura pra correr atrás. (E13)*

*[...] Eu acho que pelo desconhecimento mesmo, tanto da população, quanto dos parceiros né... esse estranhamento inicial. [...] sabe um estranhando o outro, querendo marcar território, o que é meu e o que é teu... saúde, FAS, UPA, unidade básica... então esse estranhamento que acho que foi complicado. (E15)*

*[...] No início foi bem complicado assim... a gente não sabia muito o que a gente faria, o que que a gente teria que fazer, qual que era nossa função, pra onde encaminhar. [...] A única coisa que a gente sabia que a gente tinha que fazer era a abordagem em si... [...] Como a equipe desde o início é sempre a mesma, a gente sentava bastante no início e conversava. [...]*

*No primeiro ano foi bem complicado assim... eles acreditarem no nosso trabalho, o que era, como fazer... depois do segundo ano ai a coisa emendou, eles já pegaram mais vinculo. (E16)*

*[...] a gente foi se conversando e foi aprendendo junto. [...] Não tinha uma regra certinha pra começar. [...] Foi uma dificuldade né, até você saber como lidar... ah isso pode, isso não pode né. (E19)*

*[...] Acho que dificuldade é por que foi um trabalho em construção né, não se tinha experiência anterior... quer dizer, até tinha o consultório de rua, mas se você for comparar não tem nada a ver [...] Então assim eu acho que o mais difícil foi a construção do trabalho. [...] Porque não tinha nada assim definido né, não tinha nada... então assim a gente foi descobrindo aos poucos... vai se fazendo, e vai se aprendendo, e vai se melhorando né... então acho que o mais difícil foi a construção. (E20)*

Em um cenário desconhecido e novo, se considerarmos a política de saúde para a PSR em distintos territórios do país, iremos nos deparar com as especificidades de cada um deles, uma vez que as questões sociais, políticas, econômicas, culturais, demográficas, sanitárias, administrativas, influenciam intimamente no desenvolvimento da mesma (BRASIL, 2012a). Somadas a estas variáveis, a singularidade da pessoa em situação de rua deve ser considerada, visto que:

*[...] cada ser humano traz consigo a marca da sua história e trajetória de vida, o que determina a sua singularidade. A partir desse princípio, o profissional de saúde que trabalha com população em situação de rua não pode deixar de considerar todos os aspectos subjetivos que contribuem para construir a identidade do sujeito e o lugar que hoje ocupa na sociedade e em seu contexto de vida (BRASIL, 2012a, p. 36).*

Além dos aspectos que particularizam a PSR, vale ressaltar a lacuna existente na literatura científica referente à política pública de saúde direcionada a esses sujeitos, o que limita o conhecimento sobre a produção de cuidado para os mesmos (HALLAIS, BARROS, 2015). Portanto, a associação de todos os fatores anteriormente mencionados refletiram como uma dificuldade na fase inicial de implementação do CR de Curitiba-PR, uma vez que os servidores relataram que as novidades do programa iam desde as questões mais burocráticas de encaminhamentos, utilização de instrumentos, até as questões de aproximação com os usuários, atribuições, limites de cada profissional. Porém, é importante ressaltar que a falta de padronização específica e fechada para execução de um programa como o CR é difícil, pois:

É problemático estabelecer quais as competências apropriadas para o trabalho, a exemplo da área da saúde, em que o objeto é de grande complexidade e as situações de trabalho são difíceis de padronizar. Isso ocorre, em grande parte, porque o processo de cuidar envolve um encontro sempre singular entre sujeitos (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009, p. 723).

Logo, a construção do CR acontece diariamente, e é por meio da abordagem, do vínculo, do diálogo, do encontro, que essa política vai encontrando suas verdadeiras formas e significados em cada território. Ainda no âmbito da categoria de análise referente a falta de conhecimento sobre o trabalho do CR, foi ressaltado que esse desconhecimento acontecia para além do meio profissional, mas dentre a população em geral também, como relatado nas duas entrevistas:

*[...] E uma dificuldade que eu vejo, tipo assim... foi chegar pra população e dizer: a gente não vai tirar eles daqui porque eles não querem ir, a gente tá conversando e oferecendo saúde, mas não significa que a gente vai tirá-los daqui. [...] A população geral começou ver a gente na rua e já ia achar que a gente ia tirar eles das marquises: ah que bom que vocês tão aqui, vocês vão tirar, aqui não é lugar deles. -Não, não é assim, nós não somos obrigados, não podemos obrigar eles a sair daqui. Então isso foi uma dificuldade, lidar com essa argumentação... ao meu ver. As pessoas entenderem o que era o trabalho do consultório. (E3)*

*[...] Aceitação da população, não de rua, a população, os transeuntes... [...] Curitiba é uma cidade gelada, cheia de preconceito, discriminação, então com essa população também tivemos alguns problemas... [...] tipo conversações, falatório, esses negócios assim sabe... e a principio pra se instalar o consultório, essas pessoas já vinham curioso né: o que que tá acontecendo? Alguns falam: eu não tenho consultório na frente da minha casa né. A minha fala sempre foi contra isso: por que que você não tem um consultório na frente da sua casa? Porque quando você vai no posto de saúde você é bem atendido, você tá bem vestido, você tá tomado banho ne.... você não tá mal cheiroso, as pessoas não te olham com preconceito... por isso você não tem um consultório na frente da sua casa, porque você não precisa, você tem o outro que você pode adentrar, enquanto essa população aqui não pode, as vezes lá nem na porta não passa.(E26)*

A forma equivocada de entender inicialmente o trabalho do CR aconteceu e ainda acontece, pois, a PSR é considerada como um grupo indesejável por parte da população em

geral (BRASIL, 2012a). Cabe aos envolvidos com a causa, sejam eles servidores da saúde, representantes do MNPR, ou outros, unirem esforços na tentativa de sensibilizar a sociedade civil sobre as peculiaridades do viver na rua. Outra circunstância apresentada por um entrevistado sobre a dificuldade em relação ao trabalho na fase inicial, até então desconhecido, foi relatada na seguinte fala:

*[...] Os profissionais de saúde eles são muito formados e condicionados a trabalhar por produtividade, então assim... por procedimento. [...] Então essa questão toda de fazer com que o profissional entenda que antes do procedimento, ele precisa estabelecer uma relação, ele precisa estabelecer uma relação de vínculo, de confiança né com o sujeito que ele vai atender, isso acho que foi uma das maiores dificuldades de entendimento assim... [...] Você ficar 15, 20 minutos conversando com uma pessoa muitas vezes pode ser encarado por profissionais, que durante muito tempo entenderam que o que ele tem que fazer é produtividade através de procedimento, pode ser encarado como uma perda de tempo, por exemplo, né... então o entender a especificidade e a importância da relação de vínculo talvez tenha sido a dificuldade maior. [...] No começo era muito difícil, porque é uma tecnologia muito diferente. [...] Você é formado como profissional de saúde para estar dentro de um estabelecimento de saúde, dentro de um equipamento de saúde, e esse equipamento de saúde ele é: primeiro, protegido por paredes; segundo, identificado por uma placa; e terceiro, as pessoas é que vem até esse equipamento de saúde pra dizer da sua demanda né. [...] Quando você tem um equipamento como o CR, que não é um equipamento porque você não tem um local fixo, você também não trabalha com uma demanda que já tá pronta, você tem que criar essa demanda. Você se apresenta pra uma pessoa que está embaixo de um viaduto, no meio de uma praça, embaixo de uma marquise, no banco de uma via pública e você diz: eu sou um profissional de saúde e eu to aqui pra te oferecer ajuda, o que que você precisa? [...] Então a lógica é completamente invertida... [...] Até que se entenda esse ritmo e essa inversão aí conceitual do que que é um serviço de saúde também né, demandou bastante tempo né. (E23)*

Com uma ampla visão do que pode ser o cuidado em saúde, Merhy (1997) utiliza a expressão “trabalho vivo” para referir-se ao trabalho em ação, que está sendo desenvolvido e construído, e que pode acontecer de maneira simples, por meio do encontro, por meio do contato entre os sujeitos envolvidos. Assim, esse processo de trabalho:

[...] pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários [...] (MALTA, MERHY, 2003, P. 65).

A forma de relacionar-se com o outro, por meio do acolhimento, da comunicação, do vínculo, é vista na saúde como uma tecnologia leve, um trabalho vivo. Ao passo que, a ideia do trabalho morto é aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. Ambos se inter-relacionam a todo o momento no campo da saúde; as formas de tecnologia no cuidado em saúde não estão dissociadas, uma vez que “[...] a realização de um cuidado técnico-procedimental não exclui o expressivo, que emerge da subjetividade humana” (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008, p. 297). Porém o trabalho vivo é uma necessidade do ser humano e deve ser priorizado, visto que a produção de saúde, de bens/produtos, podem ser simbólicas, não necessariamente expressas de forma material, palpável (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008).

No cotidiano do processo de trabalho do CR, o trabalho vivo, extrapolando as questões estruturais e procedimentais, é de suma importância. Merhy (1997) traz a reflexão que “[...] tratamos o acolhimento e o vínculo como componentes deste universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, e os consideramos como substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde.” (MERHY, 1997, p. 30). Corroborando tais pensamentos, o estudo realizado em Curitiba-PR aborda que:

O desafio está em prestar o atendimento fora de um espaço formal e protegido como são as unidades de saúde. [...] Quando alguém é abordado em um espaço público, nas calçadas, praças, embaixo de marquises, viadutos, trincheiras, terrenos e construções abandonadas, não é de imediato que a demanda de saúde aparece. Este constitui, provavelmente, o maior desafio desse trabalho. É necessário estabelecer o vínculo com os usuários e constituir com eles uma relação de confiança (WOLLMANN et al., 2016, p. 42).

Um estudo realizado em um CR do Rio de Janeiro (RJ) traz também a ideia que a rua deve sempre ser considerada um espaço de cuidado, uma aposta clínica, não deixando de ponderar os diferentes níveis de demandas que os usuários apresentam e os possíveis ambientes convencionais de tratamento. É importante, assim, entender as ferramentas que a rua apresenta para o cuidado em saúde (SILVA, 2015). Portanto, é aquele sujeito que está no viaduto, na praça, na marquise ou em qualquer espaço da rua, que vai trazer sentido ao trabalho do CR. É um desafio constante, mas a dificuldade de entender o que era o trabalho e as possibilidades de cuidado que o CR apresenta aconteceu principalmente na fase inicial do

programa em Curitiba-PR, sendo necessária a vinculação com a rua, com o território, com os usuários, para que aí se desenrolasse uma nova forma de produzir saúde.

Além da falta de conhecimento sobre o CR, o trabalho em equipe foi também apresentado por alguns entrevistados como uma dificuldade no início do programa. Tal aspecto pode ser identificado mediante as seguintes falas:

*[...] Dificuldades elas se mesclam entre pessoais e de estrutura. Pessoais é a questão do trabalho em equipe né, que é uma coisa muito diferente do que eu fazia. [...] Trabalhar em equipe é bem mais complicado, você tem pessoas bem diferentes, daí no nosso caso de diversas formações diferentes, experiências passadas com trabalho diferente e que você tem que acertar algumas arestas aí pra conseguir que o negócio flua então. (E9)*

*[...] Porque a gente querendo ou não a gente se volta pra nossa experiência como profissional, e um desafio era você trabalhar com os outros profissionais, a questão né, de saber respeitar o outro, até quando você pode ir, não pode ir né. (E8)*

*[...] Acho que a dificuldade maior assim, do trabalho e até hoje né a gente percebe isso, é a questão do trabalho em equipe mesmo, porque assim cada um pensa de um jeito, cada um quer fazer de um jeito... e as vezes acaba dando atrito né. (E18)*

*[...] Acho que uma das dificuldades maiores é que você pode ter excelentes profissionais individualmente falando, e esses profissionais não estão acostumados a trabalhar em equipe... no CR nada é feito de forma individual, tudo é feito né na equipe. Então o entrosamento da equipe ele precisa ser muito eficaz, inclusive pra que você tenha resultados aí... [...] No início a gente tinha uma dificuldade muito maior com isso, hoje eu acho que várias arestas já foram de algum jeito solucionadas aí. Claro que a gente tem muito características pessoais numa equipe, mas em relação as dificuldades iniciais de um trabalho em equipe pra hoje, não tem nem comparação assim. (E23)*

O trabalho em equipe, segundo Peduzzi (2001), pode se materializar de duas formas: agrupamento, em que há uma justaposição de tarefas e um agrupamento dos profissionais envolvidos; e integração, por meio da articulação das ações, ocorrendo a interação entre os agentes envolvidos. É importante, porém, que o trabalho em equipe multiprofissional se conforme principalmente na interação entre os profissionais de distintas áreas e entre as

múltiplas intervenções técnicas, sendo considerado uma modalidade de trabalho coletivo (PEDUZZI, 2001). O trabalho em equipe se apresenta como uma dificuldade em diversos espaços sócio ocupacionais, sejam eles no âmbito da saúde ou não. A APS apresenta uma complexidade de situações que requer a interação e compreensão de várias disciplinas do saber, o que acontece por meio do trabalho em equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). A PNAB coloca, dentre seus fundamentos e diretrizes, que:

[...] A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012c, p. 22).

A realização de trabalho interdisciplinar e em equipe é colocado na PNAB como atribuição comum a todos os profissionais (BRASIL, 2012c). Ainda que essa prática envolva inúmeras dificuldades devido a subjetividade, vontade, limitação de cada sujeito, é de suma importância que haja um constante amadurecimento para que ela aconteça, e aconteça de forma eficaz. O trabalho com PSR não está aquém dessa necessidade interdisciplinar. Uma equipe multidisciplinar é um elemento considerado potencializador do CR (KAMI et al., 2016a; KAMI et al., 2016b), visto que, “[...] uma vez na rua, nenhum aspecto mais daquela vida pode ser abordado individualmente. O sucesso no acompanhamento dos casos dependerá da nossa capacidade de dividir, respeitar e se apoiar nos diversos saberes!” (BRASIL, 2012a, p. 47).

Um estudo realizado no CR de Maceió-AL aponta que vivenciar as diversas facetas das ruas junto dos usuários instrumentaliza de forma potente os profissionais, e, assim, “[...]vivenciar de perto estas experiências, discuti-las, e refletir sobre cada uma em companhia dos colegas de trabalho, fazem toda a diferença, não apenas para o processo de trabalho em equipe, mas para a trajetória pessoal e profissional de cada um” (JORGE; MOREIRA; 2015, p. 133). Nesse cenário de trabalho em equipe, em que os trabalhadores se deparam com distintos contextos pessoais, familiares e sociais, a intersetorialidade pode ser encarada como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Sobre isso, outra dificuldade relatada pelos entrevistados na fase inicial de implementação do CR foi o trabalho intra e intersetorial, categoria de análise que pode ser refletida nas seguintes entrevistas:

*[...] Foi porque uma coisa nova né, perante os colegas da unidade de saúde né. [...] E daí as unidades não queria atender os moradores de rua [...] porque eles alegam que a gente ia atender toda a demanda... e daí eles não entenderam que nosso trabalho é acesso e vínculo né, não é atender toda a população de Curitiba sabe... então até hoje é uma dificuldade assim... (E2)*

*[...] A dificuldade eu acho de ser aceito nos outros equipamentos da saúde, ser visto... porque tipo assim, existia só uma central de atendimentos pros moradores de rua, da FAS... e de repente isso se abriu pra todas as unidades. Então a gente catar eles e levar pras unidades de saúde, isso foi uma grande dificuldade com os colegas das unidades de saúde. (E3)*

*[...] as dificuldades eu penso as parcerias com as unidades de saúde né, com o CAPS... é... até as UPAS no começo que reclamavam quando a gente levava... eu acho que a dificuldade mais por esse caminho. (E4)*

*[...] Uma dificuldade que foi o trabalho intersetorial [...] o intersetorial é tudo... então era a questão de trabalhar com a FAS, que tem uma abordagem diferente, totalmente diferente, e que a gente tinha que fazer um trabalho sempre conjunto com eles né, então foi a dificuldade no começo. (E8)*

*[...]O caminho inicial de sensibilização né, dos outros equipamentos da saúde. Porque o CR ele vem pra promover o acesso do cidadão pessoa em situação de rua aos mesmos serviços de saúde que todos os outros cidadãos tem... tenha um milhão no banco ou tenha um centavo no bolso, que tenha acesso aos serviços. Primeiro por parte da população de rua que não reconhecia mais esse direito por ter sido negado durante um tempo né, segregado né. (E9)*

*[...] No inicio assim... as unidades de saúde, os atendimentos, a gente encaminhava e eles não atendiam... a gente encaminhava pra unidade de saúde os moradores de rua, eles eram bem mal recebidos. Eles não tinham documento, então eles não faziam o cadastro. (E11)*

*[...] Foi uma dificuldade muito grande a aceitação dos próprios colegas das nossas profissões, já que tem múltiplos profissionais... aceitação deles achar que nós éramos diferentes, que nós tínhamos que assumir tudo que era relacionado a pessoas em situação de rua. [...] Ainda ta tendo essa dificuldade com as unidades de saúde, de aceitarem a gente*

*assim como igual, colega igual, um profissional igual a eles... então isso foi muito difícil. (E17)*

*[...] A pessoa em situação de rua precisa ir até um posto de saúde, aí era o problema né... o guarda municipal que não deixava a pessoa entrar porque tava sujo, porque tava bêbado, porque tava drogado. A atendente que não fazia dispensação de medicamento por conta da população em situação de rua não ter o cadastro definitivo. Enfim né, tinha essas... e a própria discriminação e preconceito de alguns funcionários. (E27)*

A falta de articulação intra e intersetorial foi identificada como um aspecto dificultador para o desenvolvimento do trabalho do CR. Dentro da própria saúde ou fora dela, os diversos setores das políticas públicas muitas vezes criam barreiras no atendimento para a PSR. De acordo com os entrevistados, isso ocorreu de forma mais veemente nas unidades de saúde, uma vez que as mesmas não estavam acostumadas a receber demandas desse grupo. Em determinados contextos, “[...] características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e o efeito de drogas lícitas e ilícitas são, muitas vezes, determinantes para a precariedade no acolhimento ao morador de rua nos serviços de saúde” (HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1499). Completando este pensamento, estudo relata que: “[...] o desafio continua sendo a luta contra o preconceito, a exclusão social e a resistência dos profissionais em atender às pessoas em situação de rua” (WOLLMANN et al., 2016, p. 46). Assim, devido a heterogeneidade dos perfis profissionais encontrados em distintos setores, o preconceito em algumas situações vem a tona, o que limita e dificulta um atendimento eficaz e humanizado.

Os serviços de saúde apresentam demandas múltiplas e variáveis, o que recai na dependência entre trabalhadores da saúde, como trabalhadores que não são da saúde. Portanto, em um cenário favorável para conflitos, com atores e interesses múltiplos, deve haver negociações constantes (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Daí a dificuldade de por em prática um trabalho que além de intra e intersetorial, seja resolutivo. É necessário que haja o fortalecimento em rede por meio da “[...] articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal” (RAMÔA, 2015, p. 224). É fundamental que os atores envolvidos nesses processos estejam dispostos e sensíveis diante as questões apresentadas no ambiente laboral. De forma geral, deve existir:

[...] Uma sensibilização que atente para a “crescente interdependência funcional entre atores na consecução de uma política” e que entenda as redes de políticas “como meios eficientes para garantir a mobilização dos recursos dispersos e dar uma resposta eficaz aos problemas de políticas públicas” (FLEURY, 2005, 79).

Tal panorama revela a importância do trabalho ser desenvolvido de forma intra e intersetorial, o que se enquadra fundamentalmente na visão do trabalho do CR. Apesar de ter sido uma dificuldade conquistar e sensibilizar muitos profissionais para a parceria no atendimento a PSR, esse cenário evoluiu, e será focado na unidade de análise sobre os avanços do programa CR, mas também no que se refere ao que precisa avançar, tamanha necessidade do trabalho acontecer sempre de forma articulada.

No que tange especificamente ao CR de Curitiba-PR, vale enfatizar que a resistência inicial apresentada pelos próprios serviços da RAS como também de outros setores, a exemplo da FAS, ocorreu devido aos distintos perfis dos profissionais, acrescido ao fato de existir no período de implementação do CR a unidade de saúde FAS SOS, conforme já referido em tópico anterior. A existência dessa unidade foi apresentada pelos entrevistados como fator que dificultou o momento inicial, pois, na fase antecedente ao CR, a FAS SOS era a única unidade do município que atendia a PSR. Ou seja, independente do bairro em que o sujeito transitasse, ele receberia atendimento básico de saúde apenas nessa unidade que era referência. Além disso, a unidade FAS SOS ficava localizada em um espaço dentro de um serviço da assistência social, recebia todos os perfis de PSR, o que ocasionava em um serviço desorganizado e tumultuado, segundo relato dos entrevistados. Diante esse contexto, a implementação do CR estimulou que o atendimento de saúde da PSR deixasse de ser segregado, proporcionando assim o acesso desta população em todas as unidades de saúde do município, ainda que isso tenha ocorrido de forma processual. Daí a resistência de muitos profissionais da RAS no atendimento a PSR; uma demanda que até então estava aglomerada em um único serviço, passou a ser responsabilidade de toda a rede. A unidade FAS SOS foi extinta pouco tempo após a implementação do CR. Os aspectos aqui expostos foram aludidos pelos entrevistados.

Foi também incluído no rol de dificuldades da fase inicial do CR, a questão da falta de transporte. Alguns servidores relataram que:

*[...] A única dificuldade que a gente tinha, era porque assim... a gente precisava ir, tinha que fazer aquele vínculo com o paciente na unidade, tinha que conduzir aquela situação, mas não tínhamos carro no momento, entendeu... a dificuldade nossa era com transporte... nós não*

*tínhamos, porque a gente demorou um pouco pra a gente passar a ter o carro assim meio que direto. (E7)*

*[...] De início nós não tínhamos né transporte próprio... chegou um tempo depois. As ambulâncias vieram bem depois né, a gente conseguir carros dos distritos levou um tempinho de negociação... então muito no começo era o trabalho a pé mesmo... você saía, e saía andando e olhando... [...] abordando, tentando fazer o vínculo. (E9)*

*[...] Também acho que a gente não tinha os carros né, veio depois... a ambulância ajuda bastante pra gente ir nos locais mais distantes. (E11)*

*[...] E a gente ia até o paciente a pé, no sol, chuva... foi bastante difícil. (E17)*

Conforme explícito nas falas, a falta de transporte disponível com frequência para o desenvolvimento do trabalho das eCR foi um fator que limitou um pouco e dificultou as ações na fase inicial. Isto porque o território é extenso e as demandas apresentadas são diversas, o que implica na necessidade de condução para os profissionais realizarem as abordagens e atendimentos. Um estudo realizado na capital alagoana também enfoca a questão do transporte como uma dificuldade para o trabalho do CR:

Outro desafio apontado foi o transporte inadequado das equipes, o qual não é de exclusividade para as atividades do Consultório na Rua. Em face desse problema, geralmente ocorrem atrasos, o que ocasiona demora na chegada ao campo, diminuindo, assim, o tempo dispensado aos usuários (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016, p. 5).

Percebe-se nesse relato que o CR deste local não possuía um transporte exclusivo, o que atrapalhava o desenvolvimento das atividades do programa. Em relação ao CR de Curitiba-PR, vale enfatizar que mesmo a condução sendo uma dificuldade na fase inicial abordada por alguns entrevistados, nas próprias falas fica nítido que o problema não demorou para ser solucionado, aspecto este que será reforçado no tópico a seguir.

#### **5.4 Avanços no CR de Curitiba-PR**

Ao serem questionados sobre os avanços que foram relevantes no CR, comparando-se o processo inicial de trabalho até os dias atuais, os entrevistados abordaram questões que foram divididas nas seguintes categorias de análise: vínculo com os usuários; parcerias e trabalho em equipe; estrutura do CR; detecção e tratamento de doenças. Relevante observar

desde já que os aspectos gerais trazidos como dificultadores no tópico anterior, recaíram também nos avanços do CR. Sobre o vínculo com os usuários, duas entrevistas podem ser abordadas:

*[...] E... a própria busca espontânea... hoje aonde quer que eles... que eles encontrem o nosso carro, que eles encontrem a gente, eles falam: “oi pessoal” [...] E a confiança que a gente adquiriu deles né. Hoje eu chego pra eles e falo: “eu vou te tirar daqui, vou levar você na consulta, e te trago aqui”... eles confiam na gente, no começo não... “ah mas será que vai trazer? Ah, será que eu devo confiar?”. Então isso era mais assim delicado... [...] “Vou levar você pra tomar um banho”... “Mas vai me trazer aqui depois, no meu mocó?” [...] hoje não, ele já ver: “a ambulância azul é nossa né, é do nosso atendimento”... então eles identificam. (E3)*

*[...] Primeiro dia que a gente foi pra rua, eu lembro até hoje né... todo mundo andando na praça assim... [...] e a gente chegou na praça assim... tinha um cara enfiando uma faca no chão [...] E a gente: “todo mundo passa rápido, passa rápido”... a gente meio que passou assim, e não parou e foi. [...] Tava sentada conversando com uns pacientes lá [...] de repente apareceu esse cara... e veio conversar: “é...eu dei um corridão em vocês lá né”... [...] Comecei a conversar com ele [...] ele tava meio querendo se impor assim, e no final ele saiu pedindo desculpa... [...] fez um vínculo. Daí a gente aprendeu assim que... você pode tá com medo, mas você tem que passar e cumprimentar... tipo... falar um “oi, tudo bem?” e passar, não fingir que você não viu, porque ele veio atrás... ele sentiu, ele percebeu que a gente fingiu que não viu... [...] Então isso já aconteceu no primeiro dia assim, que foi legal pra ir aprendendo essas coisas né... Que a gente tem que... o olhar a pessoa, pra isso que a gente tá na rua... pra que essas pessoas que são invisíveis né, pro resto da sociedade, não podem ser pra gente.... então foi a primeira lição que a gente teve já no primeiro dia. Então isso a gente vai tudo aprendendo com a prática... como abordar, como é o jeito, quem a gente pode abordar de uma forma, quem não, isso foi se dando.. mas acho que como tá todo mundo com boa vontade, com desejo mesmo de tá ali, de fazer aquilo, isso foi fácil. (E5)*

A PNAB engloba o vínculo em seus fundamentos e diretrizes, considerando que o mesmo carrega em si um potencial terapêutico, e versa na confiança e afetividade construídas entre usuários e profissionais (PNAB, 2012c). A criação de vínculo requer uma empatia dos sujeitos, em que é fundamental que haja respeito por parte dos trabalhadores com as

subjetividades encontradas na vida da rua. Assim, por meio do acolhimento, da cumplicidade, da persistência, é possível vislumbrar a criação de confiança com aquelas pessoas (GARUZI et al., 2014).

Deste modo, as relações de vínculo em muito podem contribuir para o processo de adesão terapêutica do paciente, uma vez que este passa a entender a significância de seu tratamento, a confiar nas recomendações dos profissionais que o atendem e seguir corretamente as recomendações prescritas, do mesmo modo que os profissionais passam a desempenhar suas ações, buscando o bem-estar do usuário do serviço e proporcionando uma assistência holística (BRUNELLO et al., 2010, p. 132).

Portanto, com a prática diária do trabalho do CR de Curitiba-PR, foi possível desenvolver um olhar diferenciado diante a PSR. Pessoas que muitas vezes eram invisibilizadas, ficavam reticentes (KAMI et al., 2016b), passaram a ser acolhidas por profissionais de saúde, desenvolvendo com estes uma relação de confiança, influenciando assim no cuidado em saúde. Corroborando tais pensamentos, um estudo que enfoca a PSR em São Paulo aborda que:

Uma das mais importantes dimensões no trabalho com esta população é o acolhimento: receber, aceitar, dar ouvidos, abrigar. Acolher implica “dar atenção à”, “preocupar-se com”, “cuidar de”. Prestar atenção a uma escuta clínica e solidária, no comprometimento, e investir na criação de vínculos. O acolhimento é uma estratégia de facilitação da abordagem, da motivação e da aderência ao tratamento. [...] O acolhimento, por fim, é uma atitude que deve estar presente em todos os profissionais, não só do Consultório na Rua, mas de toda a rede, e principalmente nos serviços de urgência e emergência, como o Samu (MARCHINI, 2015, p. 101).

O acolhimento é um instrumento essencial nas estratégias do CR. Ao possibilitar a criação de vínculo, os usuários passam a se perceber enquanto sujeitos, e não como objetos de intervenção, acarretando assim a promoção de uma atenção à saúde mais contínua e resolutiva, considerando o tempo e as reais demandas da PSR (SILVA, CRUZ, VARGAS, 2015). O estudo de Maceió-AL mencionou sobre a necessidade de que cada encontro do profissional com o usuário seja pautado na flexibilidade, na autenticidade, na aceitação e respeito, dentre outros aspectos, uma vez que, “[...] Se eu acolho, respeito e escuto sem julgamento de valores, o vínculo e a confiança se estabelecem (JORGE; MOREIRA, 2015, p. 132)”. Porém, é válido ressaltar que:

Não é porque alguém se vinculou ao serviço que a equipe deve tornar-se responsável por sua vida e morte, ou que deva resolver absolutamente todos os seus problemas, do abrigo ao dente, passando pela roupa que está faltando. Não é isso. O Consultório na Rua deve ser uma instância de responsabilidade, e para que essa

instância funcione, é preciso que o serviço não apenas convide, mas que promova a responsabilização destes sujeitos (SILVA, 2015, p. 64).

Logo, a partir do momento que o vínculo entre profissionais e usuários é construído, deve haver um entendimento entre as responsabilidades e limitações de cada um. A autonomia do sujeito e a responsabilização pelo autocuidado são aspectos a serem estimulados pelos trabalhadores, fortalecendo assim o vínculo existente. Em Curitiba-PR, a criação desses vínculos são avanços que ocorrem diariamente no trabalho do CR, conforme realçado nas entrevistas e percebido nos momentos de observação participante realizados na pesquisa.

No que tange a categoria de análise referente às parcerias e trabalho em equipe no CR, algumas falas suscitadas revelaram o avanço de tais aspectos no processo de construção do CR de Curitiba-PR. As entrevistas que abordaram tal cenário são as seguintes:

*[...] Aquelas portas que tavam fechadas no início né, conseguimos abrir... muita persistência, perseverança, muitas tentativas, muitos não né... avançou bastante né... algumas pessoas conseguiram sensibilizar algumas unidades bastante... [...] nas UPAS ta mais flexibilizado, até o SAMU assim atende nossas demandas, ta mais flexível ao nosso pedido né... o SAMU, o CAPS né, melhorou bastante. (E2)*

*[...] Eu acho que as portas abertas das unidades de saúde isso foi um avanço né, porque era fechada e isso foi se abrindo... hoje eles tem uma porta aberta, ainda com certa dificuldade, mas tem... já tem essa consciência né, que eles são obrigados a recebê-los, então isso foi um avanço. (E3)*

*[...] Mas a gente começou a trabalhar isso, e assim a gente fez um vínculo muito bom com as unidades de saúde da região onde abrangia a nossa área, e a gente foi nas unidades, a gente fez um vinculo, conversamos... a gente falava do consultório, como que ele ia ser, qual era a população que a gente trabalharia né, e com isso a gente deu inicio assim no nosso trabalho [...] e a gente foi crescendo assim. Hoje por exemplo eu acho que já melhorou muito, muito do início, que hoje a gente já sabe pra onde encaminhar, como encaminhar, o que fazer, sabe. (E7)*

*[...] Eu acho que os CAPS também a gente consegue agendamentos né, pra datas mais próximas. Antigamente a gente ligava e tinha agendamento pra próxima semana, daqui uns 15 dias. Agora a gente já consegue agendamento com datas mais próximas, as vezes de um dia pro outro, dois dias... também isso já ajuda né... [...] Parceria maior com o CAPS, com programas, com outras instituições também. (E11)*

*[...] Eu acho que o avanço mesmo é esse trabalho mais integrado com os parceiros né... hoje a gente é muito aliado da parte social, a gente troca figurinha, a gente tem um compartilhamento de casos, de acompanhamento, a gente sabe do que a gente ta falando... então eu acho que esse avanço foi mesmo com o dia a dia que a gente foi construindo... tanto pros parceiros, quanto dentro mesmo da saúde, nas unidades de saúde eles compreendem hoje melhor o que é CR né... [...] eu acho que essa parceria com a Fiocruz trouxe bastante vantagem pra gente né, porque a gente ganhou mais equipamento, ganhou computador, essa jaqueta... entendeu... então a gente teve assim um parceiro que ajudou, porque a prefeitura não tem esses recursos pra poder arcar né... [...] Enfim, eu vejo que é um avanço. (E15)*

*[...] A gente tem um bom relacionamento com a rede de serviços dos territórios que a gente ocupa... com as unidades, com os CRAS, com os CREAS, com os acolhimentos que tem na nossa região, com a central de internamento... [...] Então assim, a gente conseguiu vincular os serviços com os profissionais... [...] Então a gente conseguiu estabelecer esse acompanhamento com as outras redes também. [...] acho que isso foi um avanço também, essa facilidade com a rede em si sabe, essa parceria... [...] A gente tem que aprender a trabalhar no nosso território com o que a gente tem... e o que a gente tem é a rede de saúde. (E16)*

*[...] Daí como é uma equipe multidisciplinar assim, é feito não só atendimento da enfermagem, atendimento do médico, mas a questão da documentação muitos não tinham, isso avançou bastante assim... questão de abrigamento mesmo, os casos assim mais críticos também avançou... acho que a integração com FAS que não existia, começou a ter... [...] Agora a gente ta trabalhando junto, vendo o trabalho deles a gente começa ter uma visão diferente do trabalho deles também... [...] Então a integração é importante, começou a ver que melhorou nosso trabalho e muito né. (E18)*

*[...] Outro avanço que eu vejo bem importante assim, as próprias unidades onde a gente era lotado, [...] no começo do programa as pessoas tinham um pouco de estigmas... os próprios profissionais de saúde, os próprios usuários tinham estigma em relação ao atendimento do morador de rua. O que eu vejo hoje em dia, após três anos, é que melhorou bastante essa questão da aceitação, não só pelos profissionais de saúde... [...] Ou seja, hoje em dia não é só o programa CR que atende os usuários, as próprias unidades de saúde tão entendendo que o usuário tem o direito de ser atendido naquela unidade, no sentido mesmo de equidade, de universalidade do atendimento. [...] O que eu acho que melhorou muito, facilitou muito essas parcerias foi também a discussão de casos, o manejo do cuidado melhorou muito a partir dessas parcerias. Então começou com a FAS e melhorou muito a partir de outras discussões de casos em reuniões que a gente chama de “grupo de trabalho” da parte intersetorial, então outras entidades começaram a se envolver mais nesses casos, em vista dessa complexidade. (E21)*

*[...] Então com a questão da implantação do CR, a gente começou problematizar isso... [...] E aí a gente teve uma normativa aqui da secretaria [...] em que as pessoas em situação de rua, ainda que sem documento e sem comprovante de residência, podiam ter o seu cadastro definitivo em qualquer das unidades de saúde... [...] então esse, administrativamente falando, acho que foi um avanço muito grande. [...] Ampliou o acesso e o vínculo das pessoas a todas as unidades de saúde... [...] Uma vez que o SUS é territorializado, por que que ele não pode ser atendido na unidade de saúde do território que ele permanece? [...] Acho que em termos de avanços também com toda a rede de atenção psicossocial, como as UPAS, com os CAPS né, são muito parceiros. Intersetorialmente então com a Fundação de Ação Social, com a secretaria de direitos humanos, enfim... acho que o trabalho ele avançou demais porque a gente sozinho também não consegue fazer nada né, então ele é um trabalho multiprofissional mas interdepartamental, intersetorial né... é um trabalho que ele precisa ser articulado com diversas instâncias da saúde, e diversas políticas públicas. Não é possível a gente pensar a questão das pessoas em situação de rua, sendo só uma questão social, só uma questão de saúde, senão uma questão amplamente trabalhada e compartilhada pelas diversas políticas públicas. (E23)*

*[...] As facilidades acabaram vindo na discussão lá do comitê técnico municipal de saúde pra pop rua... que a gente tem lá todos os departamentos né, e a gente ia... todo mês a gente se encontra falando das dificuldade que vão aparecendo, e a gente tenta solucionar isso de*

*alguma forma né.. já com as pessoas que são responsáveis... [...] então a gente acaba levando essa demanda e a gente acaba tentando arranjar algumas formas aí. Redes acabaram aparecendo né de atendimento pra população em situação de rua em específico, alguns fluxos de atendimento foram criados específicos também. (E26)*

Além de toda a conquista de parcerias do CR, seja dentro do setor saúde ou fora dele, dois entrevistados abordaram também o trabalho em equipe como um avanço.

*[...] Acho que teve vários avanços no sentido da equipe aprender mais o trabalhar em equipe né, o trabalho interdisciplinar... que isso é uma coisa que só a prática que vai ajustando né, que você vai aprendendo.. teoricamente é uma coisa falar em multidisciplinar, interdisciplinar... e a outra bem difícil é a construção na prática da interdisciplinaridade... e isso avançou bastante, das várias diferentes profissionais entenderem trabalho de cada um, também fazer a sua parte, as vezes fazer um pouco da parte do outro naquilo que pode, que é possível... então essa compreensão avançou bastante com o passar do tempo, a questão do trabalho. Intersetorialidade... Curitiba foi aos poucos avançando... a questão com a FAS hoje em dia tem muito mais articulações do que tinha no começo né, e hoje já se faz algumas das ações planejadas com antecedência, de modo intersetorial, isso avançou. (E1)*

*[...] Na questão intersetorial, com outros equipamentos, não só unidade de saúde... [...] nós temos a questão da atenção especializada, que são os hospitais, os CAPS né, isso dentro da saúde. Mas aí a gente tem a questão intersetorial em relação a Fundação de Ação Social né, que é importante... a relação com a justiça, defensoria pública, todas as questões que foram sendo construídas através mesmo de sentar e conversar, mostrar o trabalho, explicar a necessidade... eu acho que avançou bastante. [...] Um avanço tem sido a questão do trabalho em equipe... porque quando a gente entrou [...] todo mundo vem com a sua profissão né... [...] claro que a gente tem especificidade né, mas o objetivo é um só né. (E9)*

Ao refletir sobre as diversas demandas apresentadas pela população em situação para o CR, fica nítido que o cuidado ultrapassa as questões de saúde. O modelo de atenção centrado apenas na doença, nas questões biomédicas, não responde nem soluciona as diversas situações que surgem no encontro entre os profissionais e usuários. Corroborando tal visão, autores expõem que:

[...] As limitações do modelo biomédico mediante a complexidade das questões de saúde, processo que comporta diversas dimensões da vida, apontaram para a necessidade de um modelo de atenção à saúde com olhar ampliado no desenvolvimento de ações/intervenções, que considerem os determinantes sociais da saúde e acolha demandas de saúde não apenas físicas, mas psicoafetivas e sociais (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014, p. 4418-4419).

Portanto, o olhar ampliado deve estar presente nas abordagens, nos acolhimentos, nos atendimentos realizados pelas equipes de saúde. Vale reforçar que: “[...] conhecer os territórios, as dinâmicas de vidas e as suas práticas de transgressão é parte de um processo de abertura para o “outro” e o caminho para a desconstrução do olhar estigmatizante e colonizador.”( HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1503). E no trabalho do CR é imprescindível que as barreiras de preconceitos sejam quebradas, para que seja possível entender a essência daquele sujeito na rua, na tentativa de apreender as questões de saúde que ele traz, seus determinantes e quais as estratégias de cuidado necessárias.

Para que as questões apresentadas pela PSR sejam amenizadas ou solucionadas, há uma dependência constante de distintas políticas públicas, não se restringindo apenas a saúde. Por isso, o trabalho desenvolvido de forma integrada entre os profissionais da própria equipe, com os profissionais da saúde, e com os profissionais de outras áreas, foi considerado um avanço pelos entrevistados. De acordo com as falas acima transcritas, a integração no âmbito da saúde acontece prioritariamente com as unidades de saúde, mas também com os CAPS, SAMU, UPA. No que tange ao trabalho intersetorial, as parcerias se dão principalmente com a FAS, dentro dela as instituições que atendem PSR, como Centro POP, albergue, resgate social, mas também instituições mais gerais, como CRAS e CREAS. Do mesmo modo, o trabalho às vezes é desenvolvido juntamente com a justiça e a secretaria de direitos humanos. No estudo sobre o CR de Curitiba-PR, ao mencionar sobre o acompanhamento pré-natal de uma gestante, por exemplo, foi explicitado que: “[...] a equipe do Consultório na Rua faz todo o acompanhamento e intermediação com Conselho Tutelar, Fundação de Ação Social (FAS), Unidade Básica de Saúde, maternidade e Defensoria Pública.” (WOLLMANN et al., 2016, p. 43). Reforçando tais aspectos, um dos estudos realizados no CR de Maceió-AL aborda que:

[...] O Consultório na Rua exerce um papel fundamental, mas sozinho não é capaz de assumir as diversas demandas apresentadas pelos usuários, muitas além da capacidade resolutiva dos profissionais e da estratégia, visto que vários problemas têm origem na questão econômica e social (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016, p. 8).

Logo, o trabalho intra e intersetorial têm que andar paralelamente ao CR. Essa parceria deve acontecer de forma contínua, valorizando sempre a troca de informações, de experiências, acarretando na qualidade do serviço prestado. É então fundamental a incorporação de:

[...] Dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc (BRASIL, 2012c, p. 39-40).

Ainda que o trecho acima descrito pertença a uma política no âmbito da saúde, as práticas permeiam todos os setores, uma vez que é primordial que aconteçam debates e estudos para o aprimoramento dos serviços. No CR tais estratégias são frequentes, conforme relatado em algumas falas dos entrevistados e apreendido na observação participante realizada pela pesquisadora. Isto possibilita um acompanhamento longitudinal do trabalho em saúde, em que há a uma corresponsabilização do cuidado entre profissionais e usuários de modo contínuo e permanente (BRASIL, 2012c). Portanto, para que haja o compartilhamento do cuidado e o fortalecimento das redes, “[...] é também importante um trabalho de alinhamento conceitual e de ações, que se viabiliza no diálogo permanente entre os diversos atores e equipamentos do território [...]. Tudo funciona melhor quando operamos com conceitos sinérgicos” (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015, p. 32).

Enfocando agora a categoria de análise referente à estrutura do CR, os avanços identificados pelos entrevistados podem ser expostos por meio das seguintes falas:

*[...] É... as dificuldades foram no começo assim que foi pouco a pouco sendo superada que é a questão de estrutura né... então... não tínhamos condução, depois passamos a ter a ambulância... é... depois mais pra frente teve o projeto do trailer né que trouxe uma facilidade, um plus a mais no trabalho... [...] Dificuldade também na parte de comunicação né... tinha que usar o telefone nosso, próprio, então isso era uma coisa que as vezes dificultava... depois veio um telefone institucional, já ajudou um pouco. Outra coisa que só agora depois de quase três anos que se conseguiu é a questão dos notebooks com internet pra poder acessar mais rapidamente o e-saúde né. (E1)*

*[...] Acho que, por exemplo, a gente tem agora o trailer, a testagem, é... a gente começou com uma ambulância, daí agora tem duas [...] é... eu acho que a gente ta avançando todo dia, porque é uma construção diária e a gente ta crescendo sempre, eu acho. (E5)*

*[...] A gente teve muitos avanços [...] na questão de transporte que a gente não tinha no início, então hoje a gente tem duas ambulâncias a disposição, temos mais um carro da secretaria a disposição nossa. Hoje nós temos a parceria com o Programa a Hora é Agora com o trailer, que de certa forma o trailer é um equipamento pra nós que facilita nosso trabalho também... é... nós tivemos também as jaquetas que isso também na questão da abordagem ajuda bastante, na questão noturna, no frio... então teve alguns avanços assim. (E6)*

*[...] Primeiro o computador com o e-saúde que a gente pode levar ele pra todo lugar né... então a gente pode verificar o histórico do paciente lá embaixo do viaduto.... uma conquista né. A gente pode fazer tudo que uma unidade de saúde faz dentro de um estabelecimento, a gente consegue fazer na rua agora, tendo computador. [...] O trailer acho que foi uma conquista porque é um local em que a gente pode dar como referência pra eles nos encontrarem, e isso tá acontecendo né. (E16)*

*[...] Então na fase inicial a gente, por exemplo, não tinha alguns equipamentos que a gente tem hoje em dia. Então posso dar um exemplo: hoje em dia a gente tem um trailer móvel né, que é um equipamento que veio em doação de outro programa que chama A Hora é Agora, pra questão de facilitar o acolhimento dos pacientes. [...] A questão do transporte, então isso também facilitou bastante... a gente não tem só a ambulância, [...] as equipes também dispõem de um transporte que facilita a locomoção, busca ativa desses pacientes. [...] A gente já tem uma escala, as equipes já sabem qual dia, qual o horário tem o transporte... eu acho que isso também facilita muito essa programação dessas ações né. (E21)*

*[...] Acho que avanço no sentido do consultório... [...] Então, a gente conseguiu mais um veículo, então a gente tem duas ambulâncias do CR. A partir do momento que a gente faz parte como estratégia do Projeto A Hora é Agora, a gente recebe um trailer todo plotado do CR também e consegue deixá-lo fixo um dia da semana em um local diferente. [...] Esse local fica como referência... um dia fixo em locais de grande concentração da população em situação de rua. [...] A gente conseguiu no prontuário eletrônico, no e-saúde da secretaria municipal de Curitiba, a gente conseguiu todo um prontuário pras pessoas em situação de rua, então a gente consegue cadastrá-las no programa CR. Então qualquer unidade de saúde*

*que acesse o cadastro de um usuário que já é atendido pelo CR vai entender que esse usuário é atendido e esse cuidado pode ser compartilhado. (E23)*

De forma prioritária, o avanço mais mencionado pelos servidores no que tange a estrutura do programa, foi em relação a aquisição de transporte para as equipes. Conforme descrito no tópico anterior, a falta de condução foi uma dificuldade na fase inicial do programa, porém logo superada. Um estudo realizado no CR de Recife-PE aborda que “[...] o CR faz uso de vans devidamente adesivadas com o símbolo do SUS e a logomarca do programa, que atende a dois objetivos: levar as equipes e os insumos para os lugares destinados às ações; e servir de objeto de fácil identificação por parte dos usuários” (FRANCISCO; ESPÍNDOLA, 2015, p. 141-142).

Em Curitiba-PR o cenário é similar ao da capital pernambucana. De acordo com as entrevistas e a vivência na pesquisa, as equipes avançaram muito no quesito da condução, uma vez que passaram a ter disponibilidade de duas ambulâncias exclusivas para trabalho, sendo estas denominadas por alguns usuários de “SAMU azul”, além de um trailer oriundo da parceria com a Fiocruz, bem como um transporte cedido pela secretaria de saúde para as equipes em alguns dias da semana. Tal estrutura facilita o trabalho do CR nas diversas ações. Vale enfatizar que o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 122, dar respaldo sobre o transporte no seu art. 8º, em que, ao instituir o incentivo financeiro para as eCR, estabelece no parágrafo primeiro que: “§ 1º O incentivo financeiro de custeio instituído neste artigo engloba o custeio para transporte da eCR” (BRASIL, 2012d). Reforçando o panorama, segundo relato de um representante do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, “[...] O carro é um instrumento de trabalho extremamente importante para o Consultório na Rua, pois em muitos casos, é ele que vai garantir a itinerância do serviço” (TEIXEIRA; FONSECA, 2015, p. 48).

Ainda sobre a estrutura física do CR, os entrevistados mencionaram outros aspectos que consideraram um ganho para o programa, como por exemplo: telefone institucional para cada equipe, possibilitando o contato mais fácil com a rede; jaqueta com logomarca do CR, facilitando a identificação dos profissionais; notebooks com acesso a internet, promovendo a otimização do tempo, uma vez que os mesmos podem também ser utilizados no trailer e nas ruas para registros e marcação de consultas, por exemplo. No estudo anterior que ocorreu em Curitiba-PR, como os equipamentos eletrônicos portáteis ainda não tinham sido disponibilizados, esse aspecto foi apresentado como uma dificuldade devido a itinerância das eCR (KAMI et al., 2016a).

Outro avanço importante no município foi à inclusão do programa CR no e-saúde. Este “[...] é um sistema integrado que, além de ser o próprio Prontuário Eletrônico do Paciente, também é caracterizado como um Sistema de Registro Eletrônico de Saúde” (KAMI, 2015, p. 107). Tal fato facilitou o compartilhamento do cuidado, uma vez que qualquer profissional da rede com acesso ao e-saúde consegue identificar se usuário é ou não vinculado ao CR, possibilitando uma interlocução dos profissionais para a tomada de decisões. Porém, esse é um instrumento de trabalho recente para as eCR, o que ainda causa certas dificuldades, conforme será relatado no tópico a seguir.

Refletindo sobre a última categoria dentro da unidade de análise referente aos avanços do CR, é válido observar que todas as questões estão interligadas, visto que, o avanço que ocorreu com as parcerias do programa possibilitou avanços na sua estrutura, por meio da aquisição do trailer e notebooks, que resultou no avanço da detecção de muitas doenças, e assim, o vínculo com os usuários permitiu a evolução do tratamento destas doenças. De tal modo, percebe-se que os avanços geram reflexos positivos no trabalho do CR como um todo. Sobre especificamente o avanço da detecção e tratamento de doenças, alguns entrevistados citaram os seguintes aspectos:

*[...] Os tratamentos de tuberculose... para mim é um grande avanço. Paciente com tuberculose na rua que consegue terminar um tratamento de seis meses é muito importante, é muito valioso. A questão dele não está transmitindo, dele ter uma melhor qualidade de vida... então alguns pacientes já tratados por tuberculose... os pacientes que também estão sendo vistos com HIV, que estão em tratamento, que a gente consegue fazer um acompanhamento... isso é muito gratificante, isso é um grande avanço. [...] No caso da tuberculose a gente faz um tratamento direto, eles vem aqui na unidade buscar, alguns a gente entrega a medicação a cada três dias, sabe onde eles ficam, faz esse acompanhamento né... então isso é uma coisa muito gratificante. (E3)*

*[...] Os tratamentos de TB, que eu acho bem bacana [...] Dá alta pro paciente tratando seis meses, vindo na sala, tomando medicação, vejo isso como um sucesso. (E4)*

*[...] Acho que as conquistas que hoje me saltam os olhos assim são as identificações das doenças crônicas e das condições crônicas da população de rua que tavam ocultas na sociedade. Até quando falam que o morador de rua ta a margem na sociedade, realmente a questão de saúde, não só social, eles tão a margem mesmo... porque muitas doenças crônicas*

*nunca eram identificadas, e hoje através do CR a gente consegue identificar. Muitas vezes a gente não consegue resolutividade total no caso, mas a gente consegue fazer minimamente o acompanhamento e tentar de alguma maneira amenizar esse risco dele na rua. Porque muitas vezes morriam, acredito que morriam de doenças crônicas sem identificação nenhuma, sem tratamento. (E6)*

*[...] Olha, dos avanços nós tivemos a implementação dos testes rápidos de HIV, de sífilis, hepatite B, hepatite C. [...] Quando o paciente tem o HIV ela já inicia o tratamento dele. Isso daí são avanços. A tuberculose também... que era um mito o tratamento da TB em um morador de rua... esse daí foi o CR que acabou com o mito, porque nós mostramos que é possível fazer o TDO, fazer o acompanhamento diário do paciente, verificar se ele tá tomando medicamento. E vários pacientes tiveram o tratamento concluído da tuberculose, então nós tivemos vários avanços aí. (E10)*

*[...] Então eu acho que hoje o CR é uma coisa incrivelmente bacana que se inventou, que a gente tá engatinhando, mas o fato de fazer as coisas, de ter a ousadia de fazer coisas, de encarar os problemas que você não tem solução ainda. [...] No futuro essas soluções vão aparecendo, pior é não fazer nada né. [...] O CR é um programa que é pra melhorar a qualidade de vida do morador de rua, porque ele é um ser humano, e ele tem doenças e precisa tratar essas doenças, mas também tem o reflexo global que se a prefeitura não atender todos os segmentos da sociedade, esses segmentos vão servir como foco de infecção pra demais população. Então pra que consigamos baixar o nível epidemiológico da cidade, nós precisamos também atender os moradores de rua. E isso em relação a tuberculose, a diagnóstico de HIV, de sífilis, nos trabalhos que a gente tem feito no trailer, tem o resultado bastante grande. Muitos tratamentos de tuberculose tão sendo feitos, e isso é importante, porque essa população nunca tratou tuberculose, e sempre transmitiu tuberculose. Então o grande ganho que eu vejo hoje, que eu acho que só por isso já valeu a pena ter CR, foi essa questão epidemiológica. Que é o que bate pra todos, tanto pro morador de rua, como pra cidade toda. (E13)*

*[...] A questão do acompanhamento melhor dos casos de HIV, de sífilis, tuberculose, enfim... a gente foi avançando. Tem que melhorar ainda, mas avançou bastante. (E18)*

*[...] A questão mesmo de testagem em relação a HIV principalmente, e outras infecções como sífilis e Hepatites B e C. O teste rápido também acho que é um instrumento bem valioso assim, que ajudou muito, facilitou muito nosso trabalho né. E a gente tem essa possibilidade de não só saber, fazer o diagnóstico ali na hora, como facilitou o acompanhamento desses pacientes. (E21)*

*[...] Acho que a gente conseguiu problematizar várias situações assim, por exemplo: até então não se fazia tratamento diretamente observado pra tuberculose né, então não se pensava a possibilidade de tratar moradores de rua, de tratar pessoas em situação de rua sem que estivessem internados né. Então a gente já tem vários casos aí de pessoas em situação de rua que através do acompanhamento do CR conseguiram negatizar a TB e receberam alta do tratamento. Com a pesquisa da Fiocruz né, do Projeto a Hora é Agora, a gente conseguiu ampliar demais o acesso das pessoas em situação de rua a testagem rápida de HIV, hepatites B e C e sífilis... e em consequência tratá-los. [...] Então acho que acesso a tratamentos de saúde, acesso a diagnósticos e posterior tratamento, que antes não tinha né, foi uma conquista. (E23)*

Considerando a prevalência de doenças que acometem a PSR, sendo elas prioritariamente as doenças crônicas e/ou infectocontagiosas, é fundamental que haja uma sensibilidade dos profissionais para o rastreamento, detecção e tratamento destas. O conhecimento do perfil epidemiológico das pessoas em situação de rua se mostra importante não apenas para o próprio sujeito, mas também para a população em geral que tem contato direto ou indireto com ele. A identificação de doenças, que muitas vezes estavam ocultas diante a rede de saúde, é considerada um avanço pelos servidores do CR, conforme as entrevistas abordadas acima. De maneira mais acentuada, os profissionais mencionaram sobre a detecção e tratamento da TB, mas também citaram sobre doenças como HIV, sífilis, hepatites e doenças crônicas.

No que tange a TB, o Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua apresenta que é uma doença com alta incidência nesse grupo e com elevado abandono de tratamento. O tratamento continuado é dificultado por vários fatores, dentre eles: baixa autoestima, uso de álcool e outras drogas, má alimentação, falta de regularidade na ingestão dos medicamentos devido a dinamicidade das ruas, dentre outros. Desta forma, é de suma importância que haja manejo e criatividade das equipes do CR para a efetivação do tratamento

diretamente observado (TDO), possibilitando assim a elevação dos índices de cura entre os pacientes (BRASIL, 2012a). Sobre isso, o estudo de Curitiba-PR mostra que:

Anteriormente, era impensável realizar tratamento monitorado para tuberculose com usuários moradores de rua, uma vez que consiste em tomar um comprimido via oral diariamente, durante seis meses ininterruptamente. São 26 casos de usuários em situação de rua que já receberam alta do tratamento de tuberculose, realizado sob o acompanhamento da equipe de Consultório na Rua, nos dois anos de funcionamento (WOLLMANN et al., 2016, p. 42).

Corroborando tais informações, alguns entrevistados também relataram que no CR de Curitiba-PR já houve casos exitosos de cura de TB por meio do TDO, em que os profissionais supervisionaram continuamente o processo de cuidado e tratamento dos usuários, sendo este um grande avanço para a PSR, bem como para o próprio programa. Em Porto Alegre – RS, um estudo apresenta a experiência com o tratamento de TB com a PSR, abordando que:

Há um forte e constante investimento na capacitação da equipe para o reconhecimento e acompanhamento dos casos de tuberculose, e a coleta de materiais para análise é feita no território. Realizamos atividades de busca ativa cada vez que um usuário com tuberculose deixa de comparecer ao tratamento, e junto aos serviços parceiros (especialmente nos serviços da assistência social), realizamos atividades de capacitação a respeito do manejo com as pessoas que têm tuberculose. Oferecemos também um lanche hipercalórico para essas pessoas, além do vale-transporte para que não deixem de comparecer ao tratamento (MUNARETTI, 2015, p. 123).

Portanto, percebe-se que há um investimento tanto na estrutura como nas equipes para o atendimento e cuidado do usuário que apresenta a TB. No que tange a detecção de doenças infectocontagiosas como HIV, sífilis e hepatites, ela foi também considerada uma conquista pelos entrevistados, conforme as falas abordadas anteriormente. Por meio da parceria com a Fiocruz foi disponibilizado material para a realização de testes rápidos. Assim, a partir do momento que uma doença é identificada, o tratamento é imediatamente conduzido e iniciado. Sobre a sífilis, um estudo mostra que apesar de ser uma doença com tratamento considerado mais simples, ainda é uma dificuldade para a PSR, pois essa população tem receio de sofrer discriminação como também de procurar o serviço de saúde (PINTO et al., 2014). Em relação ao HIV, uma pesquisa mostra que a infecção acontece muitas vezes devido as práticas sexuais não seguras pela PSR, havendo em alguns casos uma co-infecção HIV-sífilis (GRANGEIRO et al., 2012).

Um estudo do RJ traz a reflexão que as eCR tem que trabalhar com o que está posto em cada caso, não sendo responsável por operar soluções ideais diante a complexidade das demandas. “[...] A morte é algo muito presente nas ruas, muito presente para as pessoas em

situação de rua, e o diagnóstico positivo para o HIV amplia essa presença. Cabe à equipe do Consultório na Rua mediar esse processo, e mediar isso no tempo da rua, é difícil” (SILVA, 2015, p. 66). Portanto, é imprescindível que sejam pensadas estratégias para o cuidado e adesão dos usuários nesses casos específicos. Bem como, a prevenção dessas doenças é importante, e, por exemplo, o acesso facilitado a preservativos deve ser uma tática adotada pelo CR, bem como o acesso à vacinação de hepatite B, visto que as hepatites virais são frequentes na PSR (BRASIL, 2012a).

Em relação às doenças crônicas, “[...] hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, são agravos comuns de ocorrerem na população de rua” (BRASIL, 2012a, p. 69). Os hábitos de vida na rua influenciam na ocorrência dessas doenças, e o controle das mesmas é dificultado devido a alimentação inadequada, a instabilidade de abrigo, bem como problemas com armazenamento de medicamento e ingestão dos mesmos em horários certos (BRASIL, 2012a).

Apesar dos empecilhos existentes no tratamento de todas essas doenças que acometem as pessoas em situação de rua, a detecção das mesmas e a visibilidade desse cenário epidemiológico já é considerado um grande avanço. Estudo relata que “[...] políticas de rastreamento que não incluam populações assintomáticas e/ou que se caracterizem por difícil acesso, como população em situação de rua entre outras, podem acarretar em perda de oportunidade de redução significativa de infecção” (PINTO et al., 2014, p. 352). Portanto, é fundamental que haja o rastreamento dessas doenças, e o CR possibilita isso no cenário urbano. Corroborando tais reflexões, uma cartilha publicada pelo MS coloca a promoção e vigilância em saúde dentre as conquistas da área da saúde para a PSR, abordando ações que podem concretizar esse eixo, sendo elas:

[...] intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/aids e outros agravos recorrentes nessa População; e propor para pactuação na CIT estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS (BRASIL, 2014c, p. 28).

Assim, a detecção dessas doenças permite a construção de linhas de cuidado mais estratégicas, na tentativa de proporcionar melhorias, curas, ou pelo menos uma qualidade de vida e saúde as pessoas em situação de rua, respeitando sempre suas limitações e escolhas.

## 5.5 O que precisa avançar no CR de Curitiba-PR

Quando indagados sobre os avanços que vislumbram no trabalho do CR, muitos entrevistados mencionaram que já houve inúmeras melhorias e superação de dificuldades, porém sempre é importante avançar com o objetivo de ofertar um serviço cada vez mais humanizado, universal, integral e equânime. As categorias de análise construídas nessa unidade foram: maior sensibilização e articulação da rede intra e intersetorial; ampliação de recursos humanos; uniformidade nos registros das eCR.

No que tange a sensibilização e articulação dos profissionais em geral, vale relembrar que foram aspectos já explanados como uma dificuldade na fase inicial do CR, visto que era um serviço novo e as pessoas não estavam sensibilizadas; foram também identificados como um avanço do CR, uma vez que os entrevistados consideraram que se comparado ao início das atividades a integração dentro das próprias equipes e com distintos trabalhadores melhorou muito; e neste tópico o assunto foi retomado como uma necessidade de avanço do CR. Desta forma, percebe-se que é um aspecto de grande importância para o desenvolvimento das ações do CR e de projetos terapêuticos mais efetivos. Sobre isso, algumas falas podem ser abordadas, sendo elas:

*[...] Temos ainda dificuldade na questão das unidades de saúde, o acesso dos moradores de rua na unidade de saúde... o acesso tem melhorado mas a concepção de que o morador de rua é um paciente de todas as unidades, de que na realidade o consultório na rua não é o responsável pelo tratamento, e sim de facilitar o acesso ainda não avançou completamente na rede... [...] já houve avanço mas ainda tem muito a avançar pra que o trabalho tenha uma efetividade maior né. (E1)*

*[...] Então eu acho que ainda tem que avançar nesse sentido ai, quem sabe trabalhar mais integrado com os CAPS. [...] Com as unidades de saúde [...] a gente tem muita dificuldade, profissional com preconceito, profissional que não gosta que a gente tá aqui. [...] Acho que sempre se tem que ta trabalhando a articulação... [...] sempre pode avançar né [...] mas acho que a gente avançou em vários aspectos... as vezes desconstrói um pouco, mas volta a construir. (E5)*

*[...] O que precisa avançar e que a gente ta tendo muita dificuldade é essa questão de parceria mesmo com a rede como um todo né [...] porque a gente tem muita muita*

*dificuldade dentro dos equipamentos da saúde, com o acesso da população de rua. Porque nossa função é o acesso e vínculo e muitas vezes a gente não tem esse acesso dignamente da população de rua. A gente tem conseguido, mas muitas vezes tendo que enfrentar muitas dificuldades, e muitas barreiras e muitas pessoas que não querem aceitar [...]. Dentro da rede de saúde mental, o CAPS a gente teve algumas dificuldades, nas unidades de saúde a gente tem muita dificuldade com vinculação de paciente com pré-natal, pra fazer acompanhamento pré natal... hipertenso, diabético, o pessoal com tuberculose. [...] E isso tem dificultado bastante porque o CR tenta fazer a sua parte, tenta dar o acesso, tenta vincular esses pacientes, mas não tem conseguido agregar da maneira correta dentro do protocolo [...] precisa avançar bastante. (E6)*

*[...] Os CAPS não funcionam como a gente precisa... diz que é aberto, mas não é aberto. [...] Na verdade acho que os CAPS precisam melhorar, pra ter um funcionamento mais adequado... [...] Pra acolher essa população que cada vez aparece mais. (E8)*

*[...] Eu acho que a gente já está avançando, mas ainda precisa avançar mais esse trabalho interdisciplinar. [...] O trabalho do CR ele depende muito do trabalho da FAS, como a FAS também depende do nosso trabalho. É uma interdependência que existe e que está cada vez melhor, mas a gente ainda precisa melhorar mais. (E10)*

*[...] Acredito ainda que a maior dificuldade ainda sejam alguns profissionais da rede, que ainda tem muita recusa, muito preconceito... [...] Acredito que a gente já teve bastante avanço assim, mas ainda enfrentamos alguns problemas sim. (E12)*

*[...] Ainda tem que melhorar o acesso da população mesmo em situação de rua nas unidades de saúde... [...] pra fazer um cadastro dependendo a gente que tem que fazer o cadastro pra eles... é... pra conseguir uma consulta a gente tem que intermediar sabe. Então esse acesso direto da população em situação de rua nas unidades de saúde ainda tem que melhorar. [...] Eu costumo dizer que os trabalhadores que trabalham nas unidades de saúde esquecem que estão trabalhando SUS.. que o SUS é universal e que ele tem que atender toda a população, toda e qualquer população... então... e as pessoas esquecem disso... então as vezes acabam fazendo barreira sabe. (E14)*

*[...] As unidades precisam do atendimento humanizado, e a gente não ver isso em algumas... [...] o fato de não tomar banho, de chegar as vezes alcoolizado assim... eu acho que se as unidades tivessem talvez um preparo melhor, seria bem melhor assim... um atendimento humanizado mesmo né... [...] nossa ia ser um avanço né [...] Que a gente chega nas unidades as vezes os funcionários tão insatisfeitos... mas não é culpa do paciente né. (E20)*

*[...] A primeira coisa que me vem na cabeça assim, que a gente precisa avançar muito com os profissionais de saúde em relação a estigma e preconceito... como um todo, em todas as instâncias né. Então a gente tem muita dificuldade ainda no atendimento em unidades de saúde, em equipamentos de saúde com as pessoas em situação de rua, mas que não são sanadas por decreto, ou portaria, ou normativa de secretários, ou das pessoas da gestão né. Existem preconceitos, valores, conceitos, juízos, morais, que cada profissional carrega e que isso é o mais difícil muitas vezes de tirar. Então acho que essa é a primeira questão assim: pra que a gente possa ter realmente um atendimento humanizado tem muito profissional que precisa se humanizar, tem muito profissional que precisa trabalhar o seu estigma e discriminação. (E23)*

*[...] Eu acho que tem que pegar esses profissionais de ponta e que ta antigo de carreira ai, e fazer uma trabalho continuado... não tirar ele, fazer um trabalho continuado, tipo assim, sensibilizar ele, falar: oh, essa população é assim, assim, ela é heterogênea, ela tem diversos problemas, ela tem dificuldade até de vim aqui... quando vem é mal atendido, e como ela vai voltar a procurar a saúde, a ter um mínimo de dignidade? (E27)*

Conforme a percepção dos entrevistados é imprescindível que haja articulação entre as diversas políticas no atendimento a PSR. Porém, para que isso se efetive, os profissionais devem estar principalmente sensibilizados e despidos de todas as formas de preconceito. Um dos estudos realizados com o CR de Maceió-AL aborda também que um dos entraves que dificultam e fragilizam o trabalho do CR são as “[...] posturas preconceituosas e estigmatizantes por parte de diferentes atores sociais” (JORGE; MOREIRA; 2015, p. 131). Sobre isso, um estudo traz a reflexão que:

*[...] Os profissionais de saúde, fundamentais para consolidar a estratégia da inclusão, do acesso e do acolhimento a essa população, precisavam desenvolver a habilidade de ouvir sem julgamento e preconceitos analisando as possibilidades do cuidado,*

num cardápio variado de ofertas da rede de saúde e intersetorial (ENGSTROM, TEIXEIRA, 2016, p. 1843).

Logo, olhar humanizado diante a PSR é essencial para a condução do cuidado em saúde, eliminando assim as barreiras provenientes da discriminação, da invisibilidade social.

Reforçando tal pensamento:

[...] Pode-se dizer que, ainda, é preciso avançar na construção de políticas mais integradas e cada vez mais inclusivas, capazes de atender às necessidades dos diferentes seguimentos sociais, e que considerem o acolhimento ao invés da punição e da criminalização do usuário de drogas; a ampliação do acesso a bens e serviços e à cidadania, eliminando as práticas repressivas, preconceituosas e punitivas, promovendo as de redução de danos que compreendam a diversidade do cuidado em saúde, avançando na legitimação desta como um direito constitucional (ENGSTROM, TEIXEIRA, 2016, p. 1846).

As diversas políticas devem andar lado a lado, integradas, em busca da efetivação da cidadania e autonomia dos sujeitos. Conforme mencionado pelos entrevistados, e também exposto no estudo realizado em Curitiba-PR, o trabalho intersetorial se apresenta como condição necessária para o enfrentamento das questões complexas da PSR (KAMI et al., 2016b), portanto, é importante que essa articulação avance para que cada vez mais haja melhorias no serviço prestado pelo CR, uma vez que um atendimento acaba refletindo nos próximos atendimentos. Somado a esses argumentos, alguns servidores enfocaram especificamente a articulação com as UPAs. Sobre isso, vale destacar as seguintes falas:

*[...] Acho que uma das grandes dificuldades para a situação de morador de rua principalmente é o que sempre coloco que é a dificuldade de um pronto atendimento, ser da rede falta um pronto atendimento na questão das dependências químicas e transtornos mentais, e isso causa um pouco de dificuldades, desgaste no trabalho... que hora se propõe que seja na UPA, mas a UPA por mais que se fale, que trabalhe, tem que se articular... eles tem dificuldade dessa questão, tão muito voltados pra emergência clínica e muita dificuldade pra lidar com emergência psiquiátrica. [...] E como os CAPS tem dificuldades, nem todos são 24h, existe uma grande dificuldade ter médico, então ele não consegue fazer em todos os momentos um acolhimento, um pronto atendimento. (E1)*

*[...] O que ainda tem que melhorar são as parcerias com as UPAS... eu acho que isso é muito importante, porque a gente aborda o paciente na rua, leva pra uma UPA, e se a gente bobear*

*duas horas depois ele tá fora da UPA... muitas vezes a gente tem que enfatizar a importância dele ficar na UPA, dele ficar aguardando em observação até que saia uma vaga clínica, ou até que saia um internamento... porque ele gritou ali, ele pode ir pra fora. Então essa visualização do pessoal que trabalha na UPA, o enxergar diferente pra eles eu acho que é uma grande coisa a ainda ser trabalhada. [...] Chegou bêbado aqui, daí tomou uma glicose e tá melhor, de repente o cara tá convulsionando ali, e ninguém percebeu isso... que ele tava bêbado, que veio ali tomar uma glicose, e ninguém percebeu que ele tava fazendo uma convulsão, podendo ir até a óbito [...] um olhar diferenciado, esse é o principal que eu vejo. (E3)*

*[...] Caso mais emblemático, até diz de uma das falhas da rede né, que é quando a gente leva os pacientes pra UPA... [...] Então as vezes a gente leva uma pessoa [...] se ele tivesse sido medicado pra questão da dependência ele não tinha convulsionado... tipo assim, trataram a hipotermia, só que deixaram um paciente que bebe 8L por dia, sem beber dois dias, óbvio que vai dar no mínimo uma convulsão né... [...] várias coisas que podem acontecer. [...] Eu fico muito indignada com isso, porque se ele tivesse na rua ele não tinha morrido, porque ele tava bebendo, entendeu... então você tira o paciente pra ele receber um tipo de atendimento, e ele acaba morrendo por... eu sei que a UPA é uma correria, enfim... [...] Assim, onde é o lugar do paciente desintoxicar? [...] Os CAPS falam que eles não tem recurso [...] Então é uma conversa que ainda precisa avançar muito eu acho, muito. (E5)*

*[...] O que é ainda difícil assim: UPA. A gente leva um paciente morador de rua e fala que é morador de rua, eles ficam fazendo careta, ficam demorando pra atender... essa dificuldade que a gente ainda tem. [...] As instituições de saúde eles ficam assim: esse paciente é meu, esse paciente é teu... e eu acho enquanto saúde o paciente é meu não, o paciente é nosso. Um paciente não é meu, não é teu, porque eu sou do CR, os outros são da UPA, os outros da unidade de saúde. Na saúde o paciente é nosso. E eu sinto até agora ainda essa dificuldade. (E17)*

No que tange a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ela também é considerada uma porta de entrada da PSR no SUS, principalmente em cidades em que não há o programa CR implementado; o acesso deve ser sempre ampliado (BRASIL, 2014c). Porém, conforme relato de alguns servidores, o atendimento às pessoas em situação de rua dentro das UPAs ainda apresenta dificuldades devido a não compreensão e/ou descaso dos profissionais diante

a complexidade das demandas de urgência e emergência apresentadas por esses sujeitos. É imprescindível que haja apreensão da situação geral de saúde do usuário para além daquela que está aguda. As UPAs devem também estar articuladas a toda RAS. Vale enfatizar que:

[...] A perspectiva de rede também se expressa na obrigatoriedade dessas unidades terem de se articular com outros componentes da rede, sendo retaguarda para SAMU e atenção básica e recorrendo aos hospitais e centrais de regulação, através da pactuação de grades de referência e contrarreferência (KONDER, O'DWYER, 2015, p. 532).

De forma geral, é fundamental que aconteça a articulação do programa CR com as unidades de saúde, com os CAPS, com as UPAs, articulação com a FAS, com as demais políticas públicas, e principalmente articulação e sensibilização entre os diversos profissionais que compõem as equipes dos diversos serviços. Além dessa integração, é importante que haja a continuidade do cuidado. Sobre isso, um servidor relatou que:

*[...] Eu acho que algumas dificuldades que a gente tem, por exemplo, é em relação a saúde mental, ou outras especialidades, eu acho que é a questão da continuidade do tratamento. Porque a gente percebe, por exemplo, que o usuário quando ele é encaminhado pra algum serviço, por exemplo de saúde mental, as vezes o que acontece... esse usuário ele se perde né, as vezes ele não consegue dar continuidade nesse acompanhamento. Mas não só em relação a saúde mental, algumas questões, por exemplo, que a gente acaba acompanhando de infectologia, a gente acaba encaminhando pros equipamentos, o paciente acaba não indo, perde-se a continuidade né... por exemplo tratamento HIV, outras infecções mais sérias como tuberculose. Isso é uma questão que preocupa bastante as equipes. O que a gente tem tentado fazer é discutir mais a fundo esses casos com as próprias equipes, pra que as próprias equipes se responsabilize por esse cuidado, e pra que a gente consiga sempre ta retomando o acompanhamento longitudinal desses casos. (E21)*

Em defesa da vida, o trabalho em saúde deve acontecer e se desenvolver de forma coletiva como foi relatada pelos entrevistados, em que “[...] ofertar a continuidade da atenção é também dizer para o outro que nos corresponsabilizamos por sua vida” (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016, p. 1844). Corroborando todo esse panorama que engloba a sensibilidade dos profissionais bem como a articulação da rede intra e intersetorial, vale destacar o pensamento abaixo:

Produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito, dentro de uma equipe, tornava-se um grande desafio, sobretudo porque um CR não trabalha isoladamente, ele necessita da rede de saúde e intersetorial para abarcar o cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS. Esse modo dinâmico de operar o cuidado no CR pode reverberar nos serviços com que entra em contato, tensionando uma cadeia de cuidados que, muitas vezes, sequer espreita um horizonte mais longínquo que o seu próprio cotidiano de atuação. Olhar para mais longe, suportar a imprevisibilidade e investir em ações de cuidado, abarcando particularidades e engendrando desejo no outro, são práticas difíceis de serem realizadas num cotidiano de atenção em saúde extremamente normatizado, balizado por um atendimento que se pauta por saberes profissionais, com mínima oportunidade de intersecção com os usuários que chegam com seus padecimentos difusos ou confusos (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 6).

É nitidamente um contexto complexo, que requer força de vontade dos profissionais para superarem as próprias barreiras burocráticas impostas pelos serviços. É necessário ver além, ir além, se acostumar com as questões mais imprevisíveis apresentadas pela PSR e acreditar que é possível intervir nas mesmas. É necessário trabalhar de forma articulada, seja no âmbito da saúde, assistência social, justiça, seja dentro de uma equipe, seja entre distintas equipes. É necessário implementar políticas que sejam solidificadas na humanização, na valorização do sujeito, no respeito as suas limitações. É necessário avançar sempre.

Outra categoria de análise identificada entre os avanços necessários no CR foi sobre a ampliação de recursos humanos. Apesar dos progressos identificados desde o início do trabalho do CR, entrevistados relataram também que sempre é possível agregar mais recursos para a conquista de melhorias do programa. Sobre isso algumas falas podem ser expostas:

*[...] Eu acho assim que o consultório ele, pelo tamanho dele, pelo tanto de pessoas que a gente atende [...] eu acho que nós temos poucas pessoas pra dá conta, poucos profissionais. (E7)*

*[...] Eu acho que as equipes elas tão diminuídas né, então as vezes falta um, falta o outro [...] recurso pessoal né... [...] precisa aumentar as equipes. (E8)*

*[...] Aumentando as equipes seria melhor, porque a nossa área é grande demais, e a gente fica com essa ansiedade de querer ir ver as pessoas e não tem tempo, a semana ta sendo pouca... e tem o trailer, tem que dividir o tempo com o trailer também. [...] Mais equipes, que o território seja menos... porque os lugares são muito longe né, ocupa muito horário pra você, muito espaço de tempo pra deslocar. (E19)*

*[...] O que pode melhorar é a ampliação né... ampliar mais, ter mais médico, equipe maior. [...] Eu sei que chega em vários bairros, mas quando você tem uma equipe maior, com mais infraestrutura né, que valoriza essa equipe né, quem ganha é a população de rua. [...] A gente tem que garantir com o movimento a continuidade desse CR né, dessa equipe. (E24)*

De acordo com o relato desses entrevistados, é importante que aconteça a ampliação dos profissionais para compor as equipes do CR de Curitiba-PR. Isto porque, além dos complexos problemas que a PSR apresenta para os profissionais, a questão geográfica é também um problema, uma vez que a cidade é dividida em 10 DS, com bairros distantes entre si. Então como a demanda da população é acentuada, às vezes não há profissionais suficientes e tempo hábil para atender todos os usuários. Em cartilha do MS, ao serem expostos os desafios e caminhos para o cuidado da saúde da PSR, é mencionado sobre a dificuldade de acesso da PSR aos serviços de saúde, e assim, “[...] o caminho para estendermos esse acesso é a ampliação da quantidade de equipes de Consultório na Rua e de Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2014c, p. 32). Portanto, sem deixar de considerar as normativas que regulamentam os CRs, é relevante que as equipes sejam ampliadas na tentativa de facilitar o atendimento e acompanhamento dos usuários.

Outro aspecto que os entrevistados consideram ressaltante ser reavaliado para que haja avanços no trabalho desenvolvido, é em relação aos diversos registros realizados pelos profissionais. Sobre isso, foi mencionado:

*[...] Uma coisa que foi uma dificuldade bem grande no começo é... foi a situação da questão de registro, porque a gente começou a trabalhar e depois pouco a pouco vinha necessidades de registrar né [...] Pesquisa, coleta de dados pro Ministério da Saúde... ai tinha um critério, pra outra coisa tinha outro critério... [...] Avançou, hoje já tá melhor... apesar que ainda tem ainda alguns problemas né, não tá ainda muito padronizado em todas as equipes, um pouco... o cadastro ainda não se conseguiu unificá-los né, cada equipe tem um cadastro, tá aos poucos tentando se fazer isso... agora se implantou uma possibilidade de fazer o registro no e-saúde, mas ainda tá com algumas dificuldades, tanto em como se fazer e operacionalmente ainda tá com algumas dificuldades, alguns ajustes ainda sendo realizados. (E1)*

*[...] Melhorar a parte assim de registro, tá bem complicado... [...] hoje em dia existe muito registro, em cinco lugares praticamente... e a gente não tem tempo assim. (E2)*

*[...] Eu acho que fica complicado a questão do tipo de registro... então cada equipe tem a sua metodologia de registro, e aí eu acho que isso como a gente não sabia como fazer isso no começo, cada um criou o seu método... [...] Nunca ninguém disse disse ó: vocês tem que fazer assim. [...] Então a gente anota nos nossos caderninhos, aí chega aqui a gente tem os prontuários em papel, depois a gente tem que por no prontuário eletrônico, e a gente ainda tem o diário. [...] Então a gente registra em três lugares... então aí pra fazer o relatório no final do mês, tem que olhar os três lugares entendeu... [...] Tipo a equipe as vezes ta dividida, uma ta com computador, a outra não ta, aí você não vai atender o paciente e abrir o computador lá no meio da rua, a gente abre no trailer o computador né... então acho que uma dificuldade isso [...] A gente que criou essa metodologia nossa... criou a nossa ficha, e foi inventando né... [...] Se tivesse vindo uma ordem de cima: “façam assim”... [...] E a gente se bate pra fazer os relatórios, que é trabalhoso né... você ter que contar ficha, uma por uma... e daí agora tem toda essa exigência dos dados no sistema pra esse e-sus, uma coisa a nível nacional assim né... então a gente tem que alimentar o sistema também, então acho que isso é uma dificuldade. (E5)*

Está previsto no Manual de atenção a saúde da população em situação de rua, dentre as atribuições comuns a todos os membros das eCR, o registro com histórico do atendimento nos moldes da ESF, promovendo assim uma atenção integral a saúde dessa população (BRASIL, 2012a). Vale ressaltar que o registro em saúde é considerado um importante instrumento de trabalho e “[...] tem como função principal auxiliar a equipe na visualização de seu cuidado, dando subsídios para identificar problemas e potencialidades no processo” (KAMI, 2015, p. 25). Os registros, mais especificamente por meio dos prontuários clínicos, possibilitam fornecer informações para os sistemas de saúde, para os bancos de dados, bem como para desenvolvimento de pesquisas, sendo considerado um importante elemento na gestão da saúde (MENDES, 2011). Ao trazer um debate sobre o cuidado à PSR, o livro Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde aborda, entre outras, a opinião de duas profissionais, sendo a primeira de Niterói e a segunda de Goiânia:

*[...] Também trabalhamos com o diário de campo, conforme as tradições da Redução de Danos. É lindo! A densidade e a qualidade das informações ali presentes impressionam. No entanto, é muito difícil de usar este tipo de registro do ponto de vista da epidemiologia. [...] Em nossa experiência cotidiana, lidamos com quatro formas de coletar dados: 1) Ficha médica; 2) Cadastro; 3) Ficha de abordagem; 4) Diário de campo. Não é muito fácil de operar com tantas e tão diferentes formas de processar o registro das atividades de trabalho, mas é a realidade que temos (TEIXEIRA; FONSECA, 2015, 158-160).*

Portanto, as dificuldades com registros acontecem desde a quantidade de instrumentos até a questões de interpretação epidemiológica. Refletindo a realidade de Curitiba-PR, por meio de um estudo realizado com a equipe do CR do município, foram identificadas dificuldades na realização dos registros pelos profissionais, sendo uma delas a exigência de nome e endereço para a realização do cadastro. Porém, este estudo teve como um dos frutos a alteração de alguns itens do e-saúde, passando a incluir o programa CR no mesmo. O estudo apresentou como meta que a partir de 2016 já seria possível incluir dados individualizados dos usuários no sistema, possibilitando assim o acompanhamento das ações dos profissionais da APS (KAMI, 2015). Apesar do avanço, os registros realizados no e-saúde ainda estão em processo de adaptação, por ser algo novo, e, além disso, são utilizados muitos instrumentos para a realização de registros em geral, não havendo uniformidade entre as eCR, o que dificulta o manuseio de todas as informações, conforme relato dos entrevistados. Assim, existe expectativa de alguns profissionais que tal situação avance para que haja melhorias no processo de trabalho das equipes.

## 5.6 Efeitos do CR de Curitiba-PR

Os entrevistados foram indagados sobre os efeitos que o trabalho desenvolvido pelo CR trouxe para a saúde. Desta forma, duas categorias de análise foram construídas: efeitos do CR para a saúde da PSR e efeitos do CR para a RAS. Sobre o primeiro, vale destacar as seguintes falas:

*[...] Teve o lado positivo porque o morador de rua ele não tinha assim dignidade de chegar na unidade e ser atendido né com humanização, com cuidado né, com ética... ainda pra eles é uma novidade assim, um avanço. E pra nós, que somos profissionais, é importante assim né, saber que essa população não foi atingida muitos anos, e agora ta sendo atendida, sem documento né, com cadastro definitivo, eles podem escolher qualquer unidade de saúde e fazer seu cadastro, sem burocracia né, e com humanização. (E2)*

*[...] Esse cuidado especial pra eles, eles se sentem acariciados... eles se sentem tipo assim acolhidos, através do nosso trabalho né, e aonde eles são bem recebidos. [...] O principal foco que eu vejo, pessoal, é o tratar a pessoa com humanidade. Eu acho que isso é o principal, é a chavezinha de cada profissional... que trate o outro com respeito, de forma humana, já é um grande passo pro nosso trabalho dar certo. (E3)*

*[...] É um ganho pra eles né... porque pensar que tem dentistas só pra atendê-los, que eles tem dias certos pra irem nos locais da cidade que tem médico pra atender... [...] Pessoas que brigam pelos direitos deles, que eles nem sabiam que tinham... [...] descobrindo doenças que não sabia. (E4)*

*[...] Eu vejo assim, que... a gente ampliou o acesso, que esse é o objetivo do CR né, ampliar o acesso dessas pessoas que tão em situação de rua à saúde, acho que isso a gente conseguiu né. Há três anos atrás uma pessoa em situação de rua só podia ser atendido em uma unidade de saúde de Curitiba [...] e hoje não, ele pode ser atendido em uma das 109 unidades de saúde que ele escolher né... então isso eu acho que foi um efeito positivo. (E5)*

*[...] Pra população os efeitos foram muito bons assim [...] a maioria, não posso lhe dizer todos, mas a maioria fala assim: nossa, nós gostamos muito do CR porque eles atendem a gente, eles são humanos, eles conversam, eles nos ajudam em todas as questões sociais, de saúde, como um todo, como um indivíduo como um todo mesmo. [...] A gente conseguiu agregar valores, através de um tratamento de saúde, ou através de uma conversa... o indivíduo ele ressurge, a gente joga uma semente né de vida de novo dele, e ele retoma aquilo que ele já teve um dia na vida... que é vontade de viver, vontade de ter uma família, vontade de ter um lugar pra dormir. (E6)*

*[...] Depois do consultório pra cá a fala do dia a dia da gente, acompanhamento da gente, a orientação que a gente começou a passar, fez com que ele sentisse que ele é um cidadão de direito como qualquer um outro. Então assim, hoje ele já vai na unidade de saúde sozinho, ele busca atendimento sozinho, alguns deles, uma grande maioria já consegue ter independência. [...] Hoje eles comentam assim com a gente quando encontra: nossa vocês são bacana porque vocês não tem nojo da gente, vocês recebem a gente como a gente é né, até pegar na mão e tudo, e isso as pessoas passa perto da gente geralmente e faz cara de nojo, sabe. Então assim, isso fez com que eles desenvolvessem assim mais a busca de seus direitos e que acreditasse nele, que ele pode né. (E7)*

*[...] Tem efeitos positivos né... eles sentem que existe alguém que se preocupou, um programa que realmente se preocupou com eles... [...] acho que eles percebem e tem né mais*

*acesso aos serviços. Não conseguia entrar numa unidade, a gente facilita o acesso à unidade de saúde. (E8)*

*[...] Pra população em situação de rua, a questão do acesso mesmo... de resgatar um pouquinho essa situação de que eu sou cidadão brasileiro e a saúde é meu direito independente de qualquer situação, e de diminuir alguns danos que o estilo de vida que essas pessoas estão sujeitas ou optaram, ou enfim né. [...] É envolvente né, não tem como você não se envolver. Ou você entra e se envolve com a situação, ou você não entra... [...] É algo que é muito legal sabe, que vale a pena investir. (E9)*

*[...] Essas pessoas hoje tem acesso né a saúde, porque muitos não acessavam... muitos não acessavam e hoje acessam a partir do CR, a partir desse vínculo com os profissionais. Hoje nós temos pacientes que já vão pra unidade, já vão tomar a injeção contraceptiva, já vão tomar sua medicação pra TB, sozinhos né.. (E12)*

*[...] Eu acho que bem positivo, mas o bem positivo precisa ser melhorado muito tá... mas a gente conseguiu até pelo próprio programa e tal, pela divulgação do programa, a gente conseguiu dar visibilidade a uma população que ninguém via. Então isso hoje o pessoal já sabe do programa do morador de rua, sabendo do programa do morador de rua, sabe do morador de rua né. Então as pessoas olham mais o morador de rua, conversam mais e tal... o acesso deles nas unidades de saúde também foi bem positivo eu acho, aumentou, eles tão vindo pras unidades de saúde. (E13)*

*[...] Ele trouxe efeito positivo pros moradores de rua e sua situação de rua, porque quando você ta lá doente e chega uma equipe que oferece a mão, leva você pra tratamento, leva você pra uma albergagem... isso é bom, é um efeito positivo. Pro morador de rua isso é bom, tem muitos que não querem ajuda... mas a maioria que quer e que aceita, tem um efeito muito grande. Ampliou o acesso dos moradores de rua as instituições. (E17)*

*[...] Efeito positivo assim... porque a gente vai atrás. As pessoas não querem se cuidar com as doenças, e a gente vai atrás e insiste né pra eles cuidarem da saúde, mesmo ali mesmo onde estão. (E19)*

*[...] Eu acho que um dos efeitos positivos é assim... que a população em situação de rua ela já era acompanhada por uma Estratégia de Saúde da Família... só que era só uma equipe centrada num local só. O que acho que a gente conseguiu fazer é descentralizar o atendimento, eu acho que isso facilitou muito as ações em termos que a gente chama até de atendimento global, em relação a rede de saúde mesmo. (E21)*

*[...] O ganho maior: a retirada dessas pessoas da invisibilidade, da cegueira social né. Hoje Curitiba tem um quantitativo de pessoas em situação de rua que já incomoda a cidade, antes não se falava né... a sociedade reclama já das pessoas em situação de rua, antes elas nem as enxergavam. Então acho que de alguma forma a partir do momento que você começa a atendê-los, eles começam a se entender também como cidadãos né, e começam a entender os direitos que eles tem sobre a cidade de alguma forma né... [...] Então pra mim o avanço maior do CR é entender que a vida se apresenta das mais diversas formas, nos mais diferentes locais, nas mais diferentes horas e que os espaços de rua são espaços de produção de vida né, e que a gente precisa aceitá-los e atendê-los independentemente da forma com a qual elas se apresentam. (E23)*

Já na percepção dos representantes do MNPR, o CR é também um dispositivo de suma importância, que agregou e vem agregando benefícios para a PSR, principalmente com a ampliação do acesso a saúde por meio de um atendimento humanizado, do vínculo e da confiança adquirida. Tais aspectos podem ser percebidos nestas falas:

*[...] Acho que o consultório ele só veio pra somar né. Pequenos detalhes e pequenas dificuldades não dá nem pra você trazer no conjunto de um consultório que hoje tem medico, dentista né, tem uma equipe que conhece o perfil, que trabalha com responsabilidade com essa população né. (E24)*

*[...] Acho o serviço uma conquista né... nós do movimento e da população de rua agradecemos, que o serviço foi bem feito mesmo, bem organizado né... [...] Sabe porque, hoje em dia querendo ou não eles tem condição de acessar o equipamento, que na verdade fechava as porta pra ele, entendeu. [...] Por exemplo, o pessoal às vezes ta sem tomar banho, cheirando mal, e as pessoas então descriminalizam esse lado dele. [...] E hoje através do CR fica mais fácil pra população em situação de rua acessar o posto de saúde. [...] Hoje em dia ta totalmente diferente o trabalho da saúde. [...] Eles chegam na ponta e eles conversam com*

*a pessoa né, acho que eles conseguiram, o serviço deu certo por causa disso, porque eles vem na ponta... a própria pessoa que vai ser atendida também chega pra conversar com eles... então tem um vínculo criado já. (E25)*

*[...] Olha, acho que mesmo a passos bem curtos assim, o CR daqui de Curitiba acabou desenvolvendo um bom trabalho... em menos de 1 ano de funcionamento conseguiu criar um vínculo de amizade mesmo com a população em de rua, de confiança com a população em situação de rua, que é impar, é diferente em qualquer outro CR do país... isso é um ponto positivo. (E26)*

*[...] Na verdade o CR veio cumprir o direito dessa população, porque todo mundo tem direito a saúde, educação... e esse tava sendo negado pra essa população, direito à saúde... [...] Veio cumprir um direito, e a pessoa não porque ela ta em situação de rua que ela não é cidadão brasileiro... lógico que é, ela tem direito, e esse direito tava sendo negado. E o CR veio pra cumprir esse direito. [...] veio agregar coisa boa, porque hoje a maioria do pessoal já conhece esse pessoal do consultório, e o tratamento deles é diferenciado com essa população entende... já criou aquele vínculo... [...] Muitos já vem por conta própria... por que? Porque o tratamento é diferenciado... [...] Eles são humanizados, eles conhece essa população, a população conhece eles, então isso já facilita mais. [...] Esse povo se interessou e foi conversar com as pessoas, sentou, tentou saber qual que era a dificuldade de cada um... [...] todos eles são bem humanizados. (E27)*

Para a PSR, que muitas vezes é invisibilizada e ignorada pela sociedade em geral, possuir um serviço de saúde que seja sensibilizado com a forma peculiar de viver na rua, que entende a saúde como um direito de todos, indistintamente, que luta cotidianamente para proporcionar um atendimento humanizado e resolutivo, que acredita no potencial do SUS e nos seus princípios, é uma conquista que possibilita muitos efeitos positivos para essa população. Corroborando tal entendimento, um estudo realizado em um CR do RJ traz a reflexão que “[...] O trabalho desenvolvido pelas eCnaR é um avanço na perspectiva da construção de um cuidado humanizado, considerando os usuários como sujeitos de direitos e deveres e favorecendo sua autonomia” (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016, P. 1846). Completando tais aspectos, vale destacar que:

*[...] Muito mais do que atender a usuários, os profissionais do Consultório na Rua acolhem a pessoa e lhe devolvem a possibilidade de estabelecer novas perspectivas*

de vida, acreditando em caminhos possíveis para as populações vulneráveis viabilizadas mediante ações intersetoriais (WOLLMANN et al., 2016, p. 46).

A prática dos profissionais das eCR possibilitam uma inclusão diante as inúmeras situações de exclusão que a PSR vivencia. A lógica de atendimento sobrepõe a sintomatologia do usuário, possibilita principalmente o estímulo do exercício da sua cidadania, havendo um esforço contínuo para a preservação da vida. (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016). Deste modo, a inserção de eCR na RAS favorece a ampliação, atendimento e efetivação da saúde enquanto direito de todo sujeito (LIMA, 2013; SANTANA, 2014; HALLAIS; BARROS, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; PAIVA et al., 2016). Conforme as falas expostas, os entrevistados acreditam no potencial positivo do trabalho do CR para a PSR, uma vez que por meio da humanização, da persistência, do vínculo, é possível sensibilizar os usuários na busca por novas perspectivas de vida, bem como para fazer com que se sintam pertencentes à rede de saúde.

Enquanto implicação também positiva, alguns entrevistados abordaram a percepção em relação aos efeitos do CR para a RAS. Sobre isso:

*[...] Eu acho uma coisa também que o CR trás assim, todo dia é ta desafiando o SUS né, é mostrar onde que falha, onde que precisa melhorar... [...] por causa desses impasses, dessas emperradas que dão né... e daí né ta sempre assim colocando em desafio os profissionais, a gente tenta quebrar barreira burocrática da rede como um todo né... “o que que vai fazer com esse paciente que não tem pra onde ir, que precisa de internamento... é... então quem que vai se responsabilizar [...] e agora ele precisa tirar medicação pro HIV, não tem documento... e agora? Como que faz?”. Você sabe que o paciente tem um diagnóstico e não pode pegar medicação. Sabe... essas coisas que vai fazendo o SUS se questionar mesmo né. Então acho que ajuda a melhorar até o serviço do próprio SUS. (E5)*

*[...] Trouxe um efeito de apoio, eu acredito que a gente dá um grande apoio pra eles... porque é o seguinte, esse pessoal ele já estava aí antes da gente chegar né, em alguns períodos aumentam, me alguns períodos diminuem, mas eles sempre vão estar. As cidades grandes não vão deixar de ter, [...] eles vão estar aqui e eles vão precisar de atenção em saúde... seja a questão básica, e se a gente intervém antes vai dar menos trabalho e menos custo pra saúde como um todo, pra evitar a necessidade da atenção especializada né. (E9)*

*[...] Eu acho que em termos de efeito positivo, sim muito né pra questão de facilitar muito a demanda, porque geralmente esses usuários ficavam desassistidos, ou quando eles eram atendidos aumentava muito a demanda pra os atendimentos de urgência, emergência, UPAS, o próprio SAMU. Eu acho que isso continua, é um efeito ainda negativo, mas isso tem diminuído cada vez mais... por causa da questão da descentralização e o foco na atenção primária né. Porque acho que você fortalecendo a atenção primária vai diminuir as demandas não só pra atenção secundária né, os serviços especializados, mas também pra serviços de urgência e emergência. (E21)*

O CR, enquanto dispositivo da RAS, possibilita o fortalecimento da atenção primária, uma vez que, os problemas de saúde que a PSR apresentava muitas vezes eram desconhecidos pela rede na sua fase inicial, passando a serem identificados nos momentos de agudização, em que já era necessário um atendimento mais especializado, com mais densidade tecnológica. A partir do momento que as eCR vão a rua, conhecem os usuários, identificam as demandas, realizam orientações e encaminhamentos, a promoção da saúde, um dos eixos principais da APS, é fortalecido. Então o apoio prestado pelo CR a toda rede de saúde é de suma importância para a atenção em saúde da PSR, bem como para o desenvolvimento do SUS, ao permitir que a lógica de cuidado seja a todo momento repensada e reinventada.

Assim, ponderando os efeitos gerais que o CR apresenta, é válido refletir as considerações expostas no Manual sobre o cuidado a saúde junto à população em situação de rua, onde o psicólogo Júlio Lanceloti descreve que:

A convivência com a população em situação de rua ensina a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, não é o cuidado não utilitarista, mas a resposta que humaniza e vincula que pode oferecer as melhores conquistas. [...] Quando a população em situação de rua percebe o cuidado para consigo, é que você olha para a vida, e não só para a ferida, ela se deixa ver. A ferida ou a doença é mais do que a dor de estar doente, é a dor de existir na situação que provoca essa dor e sobreviver assim. Nossa capacitação técnica tem que ser acompanhada da nossa capacidade de acolher sem tantos critérios para excluir! [...] Vínculo exige perseverança e permanência, estabilidade que gera segurança, previsibilidade mesmo nos desafios que enfrentamos no dia a dia do trabalho e do viver. Vínculo revela conhecimento e reconhecimento. Não estranheza, mas pertença! Só quem pertence ao nosso mundo de significados estabelece vínculos conosco, e só assim estabelecemos vínculos com o outro. A população em situação de rua desafia nossa capacidade de aceitação e convivência. Os que mais necessitam, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem, são também os que mais nos humanizam e preparam para as melhores ações. Vinculação também é escolha, é seleção. Escolhamos, pois, os que nos humanizam e disponibilizam, sem medo. Um bom profissional é em primeiro lugar uma pessoa, que humaniza a vida! (BRASIL, 2012a, p. 27-28).

Destarte, entre facilidades e dificuldades, entre avanços e obstáculos que ainda precisam ser superados, prevalece é o que o trabalho desenvolvido pelo CR pode proporcionar, desde que seja realizado de forma propositiva, humanizada, com profissionais engajados pela busca da efetivação do direito à saúde, que tenham empatia e se sintam pertencentes a essa luta por um SUS mais universal, mais equânime, mais integral.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

E quem são aquelas pessoas que estão nas ruas, dormindo em marquises, praças, viadutos, e tantos outros lugares precários? Por que aquelas pessoas estão ali? Será que naqueles lugares elas sofrem violência, ficam doentes, passam frio? Será que os transeuntes enxergam aqueles sujeitos? Será que recebem atendimentos e cuidados dos serviços públicos que estão espalhados na cidade? Esses e tantos outros questionamentos perpassam os pensamentos de quem tem um olhar sensível e com empatia diante à PSR. São perguntas muitas vezes sem respostas, pois cada história ali é peculiar, cada pessoa ali tem seus motivos, tem sua forma de viver na rua, e a depender do estilo de vida que leva se expõe a mais ou menos riscos. A indagação que não pode ficar sem resposta é se as diversas políticas públicas prestam a devida assistência a esses sujeitos de forma digna, sem exclusões ou preconceitos.

Apesar da escassez, os debates e estudos sobre a PSR vêm ganhando espaço, seja no meio acadêmico, seja nas instâncias governamentais, seja entre os movimentos sociais. Uma população que era invisibilizada, sendo percebida como drogada, delinquente, louca e tantos outros termos pejorativos, agora é vista como uma população de direitos, visão esta que precisa ser ampliada, sem dúvida. Desde a CF do Brasil de 1988 todo e qualquer sujeito pertence ao rol dos direitos fundamentais inerentes à vida, e conseqüentemente deve ter sua cidadania preservada e estimulada, independente de cor, raça, etnia, entre outros aspectos que são subjetivos de cada pessoa. Embora a Lei Magna defenda a universalidade dos direitos, a PSR se submete a inúmeras situações de violação, como, por exemplo, violência, discriminação, falta de moradia, negação de acesso a serviços, dentre eles a saúde.

A Política Nacional para População em Situação de Rua desde 2009 traz a tona a luta e defesa da PSR, instigando a articulação intersetorial para a oferta de bens e serviços necessários para a vida dos sujeitos. Nesse panorama, a saúde tem um papel fundamental, uma vez que a vida na rua acarreta uma série de situações que dificultam o bem-estar da pessoa. Atualmente, o CR é identificado como um programa que tem uma estratégia importante na atenção à saúde da PSR, isto porque, é composto por equipes multiprofissionais que fazem abordagens nas ruas, atendendo de forma itinerante as diversas demandas apresentadas pelos usuários, extrapolando os próprios muros da saúde.

Em Curitiba-PR, a partir de 2013, o CR foi implementado, ganhando visibilidade em todo território nacional. Mas, como será que o programa surgiu e como foi sua fase inicial no município? Será que houve avanços no decorrer dos anos? Será que existe aspectos que precisam ser melhorados? Será que o CR apresenta importantes efeitos em Curitiba-PR?

Foram indagações como estas que instigaram o desenvolvimento deste estudo, somado ao fato de ainda ser limitado o número de pesquisas que abordam a temática da política de saúde para PSR.

A análise dos documentos de implementação do CR de Curitiba-PR possibilitou a compreensão que após o período de experiência com a PSR por meio do Consultório de Rua, que abrangia prioritariamente as questões de saúde mental, a gestão municipal, em parceria com o MNPR, identificou a importância da ampliação da atenção à saúde para essa população. A partir da observação participante e das entrevistas realizadas com os profissionais, gestão e representantes do MNPR, foi possível apreender melhor o processo de construção do programa em Curitiba-PR, permitindo uma visão do início até os dias atuais.

Os resultados do estudo possibilitaram algumas constatações relevantes, sendo que muitas delas puderam ser comprovadas com a realidade do CR de outros municípios brasileiros. Para que o trabalho com a PSR seja propositivo e promova o acesso à saúde dessas pessoas, que é seu real objetivo, os profissionais precisam estar sensibilizados e engajados com a causa, motivados a oferecer um cuidado diferenciado e humanizado; portanto, as equipes serem compostas por profissionais que se dispuseram e estão trabalhando ali por espontânea decisão faz todo o diferencial. As demandas apresentadas pela PSR ultrapassam as questões de saúde, estão além das resoluções uniprofissionais; logo, o trabalho do CR é movido por múltiplos serviços e categorias profissionais, sendo essencial que haja a articulação intra e intersetorial consolidada para a resolutividade das situações expostas pelos sujeitos. A parceria acontece por meio do compartilhamento do cuidado, da discussão de casos e pontos de vista, do entendimento que o foco é ofertar o acesso à saúde de forma universal, equânime e integral. Vale ressaltar que o trabalho em equipe, intra e intersetorial devem acontecer sempre, em todas as circunstâncias, e quanto mais evoluir, mais eficiente será o serviço.

O apoio ofertado pela gestão para o andamento do CR é um aspecto de suma importância, uma vez que o serviço não avança se não possuir recursos humanos e materiais disponíveis, bem como gestores engajados na minimização ou solução das barreiras e desafios que são apresentados no cotidiano do serviço. Portanto, para que os direitos das pessoas em situação de rua sejam efetivados, sejam eles no âmbito da saúde ou não, é necessário que a política municipal para PSR seja encarada como uma política de estado e não como uma política de governo. É fundamental que haja corresponsabilidade constante entre gestão, profissionais e usuários na defesa intransigente da vida dessa população.

O acolhimento, o vínculo, o diálogo, a escuta qualificada, são ferramentas indissociáveis do trabalho das eCR. Por meio da percepção de que a PSR apresenta questões sociais, econômicas, psicológicas, culturais que são peculiares, por meio do respeito às escolhas do sujeito, bem como se despidendo de todas as formas de estigmas e preconceito, é possível criar uma relação de confiança entre profissionais e usuários, e assim permitir um cuidado em saúde contínuo e eficaz.

Todas as questões identificadas no decorrer da pesquisa estão completamente interligadas, uma vez que as ações futuras são reflexos de ações passadas. O mais importante desse cenário é a sensibilização dos atores envolvidos. É fundamental que tanto os gestores quanto os profissionais estejam sensibilizados com as situações que a PSR vivencia nas ruas, sua história de vida, as limitações, as escolhas, a negação de direitos, o imediatismo em que eles esperam as soluções. A integração desses atores, incluindo os usuários, sejam eles do MNPR ou não, é essencial para que os melhores caminhos para o cuidado sejam pensados de forma conjunta, e assim as pessoas em situação de rua tenham seus direitos efetivados, independente do espaço que ocupem nas ruas.

A partir dos resultados encontrados no estudo, é possível afirmar que apesar das situações vivenciadas na fase inicial de implementação do CR de Curitiba-PR, que facilitaram ou dificultaram o trabalho, o programa apresenta inúmeros avanços, que podem ser percebidos no cotidiano, como as parcerias, vinculação com os usuários, dentre outros. É então um serviço consolidado no município, que tem visibilidade e admiração tanto por aqueles que tem um contato mais próximo, como por aqueles profissionais e sociedade em geral que não usufruí diretamente do programa. Porém, os desafios também acontecem diariamente, sendo fundamental que a articulação avance e o processo de trabalho seja reajustado quando necessário, como, por exemplo, em relação aos registros feitos. É importante que haja continuidade e investimento para que o CR em Curitiba-PR promova sempre o acesso à saúde da PSR, sendo este um dos principais efeitos positivos do programa.

Para além deste estudo realizado em Curitiba-PR, é fundamental que novos debates e novas pesquisas sejam suscitadas em todo território nacional, possibilitando a reflexão dos entraves bem como dos meios que possam facilitar a implementação e desenvolvimento de diversos CR, incorporando no SUS uma nova prática de cuidado. Esse tipo de estudo permite um melhor entendimento sobre os serviços e norteia as mudanças e melhorias das políticas públicas atuais, principalmente no que tange a defesa de direitos da PSR. Uma população que muitas vezes era negligenciada e invisível diante das políticas em geral, vem conquistando seu espaço e mostrando que a rua é um território que tem vidas, é um território em que pode

emergir a produção e o cuidado em saúde, é um território em que vivem sujeitos diversos, que são cidadãos de direitos e possuem singularidades que devem ser respeitadas.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. Políticas Públicas de saúde e assistência social no Brasil direcionadas às pessoas e situação de rua que fazem uso ou abuso de álcool e outras drogas: contribuições para um debate. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, vol. 6, n.14, p.128-149. 2014.
- ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações e situação de rua. **Etnográfica** [Online], vol. 15 (3), 2011.
- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população e situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(1):115-124, jan. 2012.
- ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.11, p.11-24. 2002.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2. 2009.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da saúde: conceitos. Reflexões, tendências**. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-139.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, S; CAMPOS, P. F. de S.; FERNANDES, J. J. S. (Org). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. 1ª Ed. Série Enfermagem e Saúde Barueri, São Paulo: Manole, 2014.
- BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, J. M.; CARDOSO, N. C. S.; CARVALHO, G. R. P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, n 39(1), p. 85-91. 2005.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Tradução Mauro Gama, Cláudia Martinelli Gama. Rio de janeiro: Zahar, 1998.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva: Panorama e Desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(3):575-586. 2012.
- BRANT, L. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1):221-231. 2001.
- BRASIL. **Abordagem integral para a testagem do HIV e vinculação com a assistência a homens que fazem sexo com homens em Curitiba**, Protocolo para o Brasil, versão 1.0, 5. Brasília: 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Decreto de 25 de outubro de 2006. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Decreto nº 7.053. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Decreto 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. Portaria nº 1.029. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Portaria nº 1.299. Credencia Município a receber incentivos referentes às equipes de Consultório na Rua, que compõe o Bloco da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Portaria nº 2.517. Credencia Município a receber incentivos referentes às equipes de Consultório na Rua, que compõe o Bloco da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.305. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. **Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**: relatório. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006a.

BRASIL. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida**: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Resolução nº 2. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Resolução nº 466. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

BRITO, V. O. C.; PARRA, D.; FACCHINI, R.; BUCHALLA, C. M. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 41(Supl. 2):47-56. 2007.

BRITTO JUNIOR, A. F., FERES JUNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250. 2011

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G.; ANDRADE, R. L. P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**; 23(1):131-5. 2010.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 57(5):611-4. 2004.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15(4): 679-84. 2006.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19(11):4417-4426. 2014.

CEBRID. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: UNIFESP, 2003.

COLARES, L. G. T. **Processo de trabalho, saúde e qualidade de vida no trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição**: uma abordagem qualitativa. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

COSTA, D. **A rua em movimento**: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CURITIBA. **Decreto nº 919**. Dispõe sobre a criação de unidades orgânicas e funcionais na Fundação de Ação Social. Curitiba, PR, 2014.

CURITIBA. **Instrução Normativa 02/2014**. Dispõe sobre o cadastramento dos usuários do SUS Curitiba no sistema informatizado e prontuário eletrônico. Curitiba, PR, 2016.

CURITIBA. **Pessoas em situação de rua - Serviços de Média Complexidade** [2016]. Disponível em: <http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=53>. Acesso em: 05 de jul. 2016.

DANTAS, M. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro**: limites, avanços e desafios. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro: 2007.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba: Editora UFPR, 2004.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. 14<sup>a</sup> ed. Harlow (England): Pearson Education Limited, 2013.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21(6):1839-1848. 2016.

FERNANDES, F. M. B., MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.23 no.2. 2013.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(8). 2016.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, São Paulo, nº 7, pp. 77-89. 2005.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al.. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

FLORES, J. H. **A reinvenção dos direitos humanos**. Tradução de: Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Sexberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FRANCISCO, G.; ESPÍNDOLA, L. Consultório na Rua do Recife: uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde** : cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.

FRASER, M. T. D., GONDIM, S. M. G.. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, 2004.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 35(2):144–9. 2014.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais. **RAE**, São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29. 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Traduzido por Mathias Lambert. Rio de Janeiro, 2004.

GRANGEIRO, A.; HOLCMAN, M. M.; ONAGA, E. T.; ALENCAR, H. D. R.; PLACCO, A. L. N.; TEIXEIRA, P. R. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, 46(4):674-84. 2012.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504. 2015.

HILL, M. **The Public Policy Process**.4<sup>a</sup>. ed. Harlow (England): Pearson Education Limited, 2005.

IPEA. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. 2246 texto para discussão. Brasília, 2016.

JANN, W; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. In.: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald J. SIDNEY, Mara S. (orgs.) **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods**. Boca Raton / London / New York: CRC Press, 2007.

JORGE, J. S.; MOREIRA, R. D. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde** : cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.

JUNGES, E. M. G. **Construção da inclusão do Consultório na Rua no Programa saúde mais Perto de Você** – acesso e qualidade: elementos para o instrumento de avaliação externa. Agosto de 2014. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, 2014.

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. Dezembro de 2015. 146p. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

KAMI, M. T. M.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; LOWEN, I. M. V.; SOUZA, V. M. P.;GOTO, D. Y. N. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, 20(3), Jul-Set. 2016a.

KAMI, M. T. M.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; PIOSIADLO, L. C. M.; ALBUQUERQUE, G. S. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 50(3):440-447. 2016b.

KINGDON, J. W. Agenda Setting. In: THEODOULOU, Stella Z.; CAHN, Matthew. **Public Policy: the Essential Readings**. New Jersey (USA): Prentice Hall, 1995.

KNOEPFEL, P. et. al. **Public Policy Analysis**. Bristol (Great Britain): The Policy Press, 2007.

KONDER, M.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [ 2 ]: 525-545. 2015.

LIMA, C. A.; OLIVEIRA, A. P. S.; MACEDO, B. F.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioética**, Brasília, 22 (1): 152-60. 2014.

LIMA, H. S. **Consultório na Rua em Goiânia**: atenção a pessoas em situação de rua e o uso de substâncias psicoativas. Março de 2013. 84 p. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, vol.18 no.49. 2014.

MANCHINI, V. M. Experiência da Equipe PSF Sem Domicílio, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca** - 1. Ed, São Paulo : Hucitec, 2015.

MATTOS, R.; FERREIRA, R. Quem vocês pensam que (elas) são? – representações sobre as pessoas em situação de rua. **Revista Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, n. 16 (2), p. 47-58. 2004.

MELO, T. H. A. G. **A rua e a sociedade**: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, M. **Os moradores de rua e suas trajetórias**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17 no.3. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.9 no.3. 1993

MORAIS, J. L. B. **Direitos humanos, Estado e globalização**. In: **Direitos humanos e globalização: fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica** / org. D. S.Rúbio, J. H. Flores, S. de Carvalho. 2. ed. Dados eletrônicos. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

MUNARETTI, I. **Experiência da ESF Sem Domicílio de Porto Alegre**. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas** / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo : Hucitec, 2015.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F., 2011 (Orgs.). **Guia do projeto consultório de rua**. 160 p. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948.

PACHECO, M. A. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013.

PAIVA, I. K. S.; LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA, A. K. M. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática**. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21(8):2595-2606. 2016.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. **Rev Saúde Pública**, 2001;35(1):103-9 103.

PIANA, M.C . **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. 233 p, São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M. V.; ALENCAR, H. D. R.; CAMOLESI, E; HOLCMAN, M. M.; GRECCO, J. P.; GRANGEIRO, A.; GRECCO, E. T. O. **Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol.17 no.2, 341-354, abr-jun. 2014.

QUEIROZ, D. T., VALL, J, SOUZA, A. G. A., VIEIRA, N; F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 15(2):276-83. 2007

RAMÔA, M. Usuários de crack : escuta e clínica ampliada. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo : Hucitec, 2015.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C.; MAEDA, S. T. M. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? Texto **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 22(1): 175-83, Jan-Mar. 2013

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800. 2014.

SANTOS, C. F. **Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua**: um olhar para além das políticas públicas. 26 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em saúde mental, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18(11):3203-3212. 2013.

SEN, A. **Direitos Humanos e Diferenças Culturais**. In Democracia , org. por R. Darnton e O. Duhamel. Adaptação de Desidério Murcho. Rio de Janeiro: Record, 2001

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 246-256. 2015.

SILVA, F. Eixos estruturais da práxis em saúde pública do Consultório na Rua POP RUA do Rio de Janeiro. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde** : cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30 no.4. 2014.

SILVA, L. L. **Competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado profissional). Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, SC, 2005.

SILVA, L. M. V.; FILHO, N. A. Equidade em Saúde: Uma análise crítica de conceitos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226. 2009.

SILVA, M. 2009. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados: Um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1998.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, nº 16, ano 8. 2006.

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T.. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva de profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. **Cad. Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. 1SE . 2014.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.**

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **RAE**, São Paulo, v. 49, n. 4, p.472-480. 2009.

TRINO, T. A.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. Ed, São Paulo: Hucitec, 2015.**

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 39(3):507-14. 2005.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1. 2003.

WOLLMANN, A.; MASSUDA, A.; NETO, P. P.; ROS, C.; LOWEN, I. M. V. O cuidado em saúde da população em situação de rua. In: **A gestão participativa na saúde de Curitiba / organizado por Samuel Jorge Moysés e Antonio Dercy Silveira Filho. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2016.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications. **Health Promotion Glossary**. Genebra: WHO, 1998.

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA

- Relate sobre como surgiu seu interesse em trabalhar com população em situação de rua e a partir de que momento você começou a se envolver com o Consultório na Rua.
- Conte quais foram as facilidades e as dificuldades encontradas na fase inicial de implementação do Consultório na Rua de Curitiba.
- Comente sobre os avanços que você identifica desde a fase inicial até os dias de hoje no trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua. E o que ainda precisa avançar.
- Comente sobre os efeitos que o Consultório na Rua apresenta para a população em situação de rua e para a Rede de Atenção à Saúde.
- Você poderia relatar algum caso que atendeu e obteve avanços e outro que ainda não conseguiu avançar?
- Você gostaria de mencionar algum aspecto que considera importante e que não foi perguntado?

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (MNPR)

- Em que momento você começou a se envolver com o Consultório na Rua e como ocorreu esse contato.
- Fale sobre as facilidades e problemas que existiram no começo do funcionamento do Consultório na Rua de Curitiba.
- Comente sobre as coisas boas e ruins que o Consultório na Rua trouxe para a população em situação de rua. E o que ainda precisa melhorar.
- Você gostaria de falar sobre mais alguma coisa que não perguntei sobre o Consultório na Rua. (Se já foi atendido pelo Consultório na Rua, fale sobre isso.).

## ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nós, Derivan Brito da Silva, Eliane Carneiro Gomes, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Rafael Ditterich, Deivisson Vianna Dantas, Beatriz Patriota, Linda Tiekó kakitani Morishita, Gislaíne Cristina dos Santos, Caroline Bazzani Dranka, Fernanda Delle Madalosso, Letícia Bertoldi, Melânia Predebon, Aline Zulian, *Andressa de Alcantra Serrano, Marina Rodrigues Lima, Priscila Moreira, Ana Paula Przybicien Ritzmann, Fernanda Lourenço De Lima, Gabriela Augustin Coelho, Jamilly Hamud, Patrícia De Oliveira Santos, Tânia Volkmann Cardoso, Letícia Reinhardt, Andressa De Cássia Scorsin, Natalia Betim Ferreira, Maria Elise Lamprech Oliveira, Chayanne Federhen, Valquíria Zanetti*, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, usuário de Serviço de Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, do município de Curitiba-PR, a participar de um estudo intitulado **ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA**.

Este estudo é uma pesquisa sobre o atendimento na assistência em saúde mental no SUS. A sua participação é de fundamental importância, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde.

- a) O objetivo geral deste estudo é conhecer as formas de organização e práticas em Saúde Mental nos serviços de Saúde no município de Curitiba, como por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde.
- b) Caso você concorde em participar da pesquisa será necessário que participe de entrevista onde será necessário que você responda as perguntas que lhe serão feitas pelo pesquisador por meio de um questionário.
- c) A entrevista terá duração aproximada de 40 minutos e poderá ser realizadas na Unidade Básica de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial ou em outro lugar de sua escolha, em dia e horário de melhor conveniência para você.
- d) Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder, sinta-se a vontade para não responder ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidi se responde ou não.
- e) Espera-se com esta pesquisa melhorar a assistência em saúde mental nas Unidades de Saúde, bem como em outros serviços de assistência em saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: o pesquisador Derivan Brito da Silva poderá ser encontrado no Departamento de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3361-3781. A pesquisadora Eliane Carneiro Gomes poderá ser encontrada no Curso de Farmácia, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3360-4073.

Approvado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFRPR.  
Parecer CEP/SD-PR nº 969/2015  
na data de 02/03/2015

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador Derivan Brito da Silva Orientado \_\_\_\_\_

- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (profissionais e gestores de saúde do município e professores e estudantes envolvidos no projeto de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista poderá ser gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_, li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba-PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Derivan Brito da Silva  
Pesquisador

Eliane Carneiro Gomes  
Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 280 | 2º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80660-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Approvado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFRPR.  
Parecer CEP/SD-PR nº 969/2015  
na data de 02/03/2015

## ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROFISSIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nós Derivan Brito da Silva, Eliane Carneiro Gomes, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Rafael Ditterich, Deivisson Vianna Dantas, Beatriz Patriota, Linda Tiekokakitani Morishita, Gislaïne Cristina dos Santos, Carolline Bazzani Dranka, Fernanda Delle Madalosso, Letícia Bertoldi, Melânia Predebon, Aline Zulian, *Andressa de Alcantra Serrano, Marina Rodrigues Lima, Priscila Moreira, Ana Paula Przybicien Ritzmann, Fernanda Lourenço De Lima, Gabriela Augustin Coelho, Jamily Hamud, Patrícia De Oliveira Santos, Tânia Volkmann Cardoso, Letícia Reinhardt, Andressa De Cássia Scorsin, Natalia Belim Ferreira, Maria Elise Lamprech Oliveira, Chayanne Federhen, Valquiria Zanetti* pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Profissional de Serviço de Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, do município de Curitiba-PR, a participar de um estudo intitulado **ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA**

- a) O objetivo geral deste estudo é conhecer as formas de organização e práticas em Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial no município de Curitiba.
- b) Caso você concorde em participar da pesquisa será necessário que participe de entrevista onde será necessário que você responda as perguntas que lhe serão feitas pelo pesquisador por meio de um questionário.
- c) A entrevista terá duração aproximada de 40 minutos e poderá ser realizadas na Unidade Básica de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial ou em outro lugar de sua escolha, em dia e horário de melhor conveniência para você.
- d) Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder, sinta-se a vontade para não responder ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidi se responde ou não.
- e) Você não sofrerá qualquer tipo de penalidade em decorrência de suas respostas às questões da entrevista. Seu nome não será divulgado perante seus colegas de trabalho nem tampouco a gestores e/ou chefia imediata.
- f) Espera-se com esta pesquisa melhorar a assistência em saúde mental nas Unidades de Saúde, bem como em outros serviços de assistência em saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: o pesquisador Derivan Brito da Silva poderá ser encontrado no Departamento de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3361-3781. A pesquisadora Eliane Carneiro Gomes poderá ser encontrada no Curso de Farmácia, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3360-4073.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFRPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 965/2015  
na data de 02/03/2015

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador *Derivan Brito da Silva* Orientado \_\_\_\_\_

- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (profissionais e gestores de saúde do município e professores e estudantes envolvidos no projeto de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista poderá ser gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba-PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

*Derivan Brito da Silva*  
Derivan Brito da Silva  
Pesquisador

*Eliane Carneiro Gomes*  
Eliane Carneiro Gomes  
Pesquisadora

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFRPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 965/2015  
na data de 02/03/2015

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFRPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 280 | 2º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufrpr.br - telefone (041) 3360-7259

## ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GESTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nós, Derivan Brito da Silva, Eliane Carneiro Gomes, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Rafael Ditterich, Deivisson Vianna Dantas, Beatriz Patriota, Linda Tiekokakitani Morishita, Gislaine Cristina dos Santos, Carolline Bazzani Dranka, Fernanda Delle Madalosso, Letícia Bertoldi, Melânia Predebon, Aline Zulian, Andressa de Alcantra Serrano, Marina Rodrigues Lima, Priscila Moreira, Ana Paula Przybicien Ritzmann, Fernanda Lourenço De Lima, Gabriela Augustin Coelho, Jamily Hamud, Patrícia De Oliveira Santos, Tânia Volkmann Cardoso, Letícia Reinhardt, Andressa De Cássia Scorsin, Natalia Betim Ferreira, Maria Elise Lamprech Oliveira, Chayanne Federhen, Valquiria Zanetti pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Gestor de Serviço de Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, do município de Curitiba-PR, a participar de um estudo intitulado **ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA**. Este estudo é uma pesquisa sobre o atendimento na assistência em saúde mental no SUS. A sua participação é de fundamental importância, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde.

- a) O objetivo geral deste estudo é conhecer as formas de organização e práticas em Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial no município de Curitiba.
- b) Caso você concorde em participar da pesquisa será necessário que participe de entrevista onde será necessário que você responda as perguntas que lhe serão feitas pelo pesquisador por meio de um questionário.
- c) A entrevista terá duração aproximada de 40 minutos e poderá ser realizadas na Unidade Básica de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial ou em outro lugar de sua escolha, em dia e horário de melhor conveniência para você.
- d) Caso alguma pergunta lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder, sinta-se a vontade para não responder ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidi se responde ou não.
- e) Você não sofrerá qualquer tipo de penalidade em decorrência de suas respostas às questões da entrevista. Seu nome não será divulgado perante seus colegas de trabalho nem tampouco a outros gestores e/ou chefia imediata.
- f) Espera-se com esta pesquisa melhorar a assistência em saúde mental nas Unidades de Saúde, bem como em outros serviços de assistência em saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFRPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 969/2015  
na data de 02/03/2015

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_

- g) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: o pesquisador Derivan Brito da Silva poderá ser encontrado no Departamento de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3361-3781. A pesquisadora Eliane Carneiro Gomes poderá ser encontrada no Curso de Farmácia, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Curitiba PR -, telefone (41) 3360-4073.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (profissionais e gestores de saúde do município e professores e estudantes envolvidos no projeto de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista poderá ser gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba-PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Derivan Brito da Silva  
Pesquisador

Eliane Carneiro Gomes  
Pesquisadora

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFRPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 969/2015  
na data de 02/03/2015