

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DE SÃO PAULO**

SÃO CARLOS, SP

2021

CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – SP para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta

SÃO CARLOS, SP

2021

dos Santos Pereira, Caroline

Implementação do Consultório na Rua em um município do interior de São Paulo / Caroline dos Santos Pereira -- 2021.
68f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Simone Teresinha Protti-Zanatta
Banca Examinadora: Pedro Fredemir Palha, Sonia Regina Zerbetto

Bibliografia

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Intersetorialidade . 3. Pessoas em situação de rua. I. dos Santos Pereira, Caroline. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Caroline dos Santos Pereira, realizada em 24/05/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Simone Teresinha Protti Zanatta (UFSCar)

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha (USP)

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico meu trabalho às pessoas em
situação de rua e aos trabalhadores do SUS
e do SUAS pela luta diária.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que motivaram e fizeram este trabalho possível.

À minha família por ter apostado em mim, me motivado a ser feliz e estar na academia onde sempre escolhi. Pelas conversas na mesa do café da manhã que acabavam só na hora do almoço, pelas risadas, momentos de reflexão e puxões de orelha que me colocavam no trilho.

À minha mãe pelas longas ligações, desabafos de horas que acalmavam meu coração e me faziam seguir, me mostrando as outras versões e caminhos. Uma defensora dos direitos da população em situação da rua desde sempre, mesmo sem estudar afundo o tema, me ensinava que o mundo é desigual e eu não deveria me conformar com isso. Mãe, eu não me conformei.

Ao meu pai por me escutar, estar presente sempre que eu precisei e compreender meus sentimentos nos momentos de desalento e de felicidade.

À minha irmã que sempre foi minha maior fã e com isso me fez ir mais longe. Pelas nossas conversas, desabafos, você é muito importante na minha vida!

Aos meus avôs por todo amor que recebi ao longo da minha vida, carinho, paciência, abraços e beijos apertados que acolhiam. Por compreenderem minha ausência aos domingos no momento de escrita e desde criança incentivarem a Carol-a-neta-cientista. Sou grata por ter os melhores avôs do mundo.

Ao vô Dito pelos conselhos, conversas cheias de energia nas visitas e pela empolgação na hora das histórias da juventude.

À vó Cida pela escuta atenta aos meus sentimentos, com o jeitinho sério, mas sempre tão amorosa, me ensinando sobre plantas, bolos, almoços e como ser uma mulher forte.

Ao vô Nonato pelo olhar atento. Por se fazer-presente na minha vida de um jeito tão especial, por exemplo, me buscando de bicicleta na escola ou trazendo uma jaca verde para a ceia de Natal, isso é amor.

À vó Rita que sempre se fez presente com os crochês, cafés da tarde, risadas, mensagens de áudio, abraços e palavras de carinho que me fazem sentir a pessoa mais amada do mundo.

Aos meus tios e tias que mesmo distantes torciam e acreditavam no meu trabalho.

Às minhas amigas por aguentarem minha indignação com um mundo desigual e por me escutar diversas vezes em defesa do SUS mesmo em um sábado à noite.

À minha namorada pela doçura e pela companhia, sem você o trabalho não estaria finalizado. Seu olhar crítico possibilitou as amarrações de ideias, os passeios no final da tarde me fizeram lembrar que não era apenas a mestranda, pela companhia durante dos estudos, pelas jantas improvisadas, pela paciência e carinho.

À todas as professoras que passaram na minha vida que acompanharam meus choros e minhas risadas nos últimos “tantos” anos. Me incentivaram e me colocaram para cima, me apresentando o tipo de pesquisadora e professora que desejo ser: centrada, questionadora, politizada e acima de tudo humana. Saber articular pesquisa, ensino e extensão não é fácil, mas aprendi com vocês que posso estar na academia sem esquecer o mundo: porque é esse nosso papel.

À minha orientadora e às colegas da pós-graduação pelos ensinamentos e trocas.

Aos professores que puderam ler, contribuir com trabalho no exame de qualificação e defesa.

Às equipes do Consultório na Rua, Centro POP, Casa de Passagem, Centro de Referência dos Direitos Humanos, voluntários do Varal do Bem pelo acolhimento e por serem inspiração do trabalho em defesa dos direitos das pessoas em situação de rua.

Às pessoas em situação de rua que conheci, dividiram suas vidas, histórias e por sempre terem confiado e me reconhecido enquanto a enfermeira-estagiária-do-consultório-na-rua, este trabalho existe porque vocês compartilharam suas vidas comigo e isso mudou minha forma de olhar o mundo.

Às vítimas da COVID-19 que perderam suas vidas pelo descaso e ausência de políticas públicas para controle de uma zoonose. Em especial, a Leuza que me incentivava e se orgulhava de mim, sinto saudades.

Amo vocês.

Música: Consultório na Rua Trilhos Urbanos

“... É SOL E CHUVA

EU TO NA LINHA

EU TO NA LUTA

NÃO IMPORTA A LABUTA

SOU DA EQUIPE DE RUA”

Leandro Partideiro e Silvio Romero

Composição de agentes sociais da equipe de Consultório na Rua do Jacarezinho

(TEIXEIRA; FONSECA,2015)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar o processo de implementação do Consultório na Rua em um município do interior paulista. Trata-se de um estudo do tipo descritivo – exploratório de abordagem qualitativa. Participaram do estudo cinco entrevistados, tendo como critério de inclusão trabalhar ou ter trabalhado prestando serviço direta ou indiretamente para a população em situação de rua pela Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social ou Secretaria Municipal de Saúde. Critérios de exclusão profissionais com menos de 04 anos na Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social ou Secretaria Municipal de Saúde. O município conta com uma equipe de Consultório na Rua de modalidade 1, implementado em 2017. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas realizadas pelo Google Meet com profissionais da Secretaria de Cidadania e Assistência Social e da Saúde para a coleta de dados. Como resultados emergiram duas categorias: Consultório na Rua: condição de construção eterna e Desafios da rede intrasetorial. Concluímos que o Consultório na Rua do município do estudo representa um avanço nas questões de saúde das pessoas em situação de rua, as dificuldades de acesso, preconceitos e tentativas de articulação com a rede intra e intersetorial.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Intersetorialidade. Política pública. Políticas Públicas de Saúde. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the process of implementing the Street Clinic in a city in the interior of São Paulo. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Five respondents participated in the study, with the inclusion criterion working or having worked providing services directly or indirectly to the homeless population by the Municipal Department of Citizenship and Social Assistance or Municipal Health Department. Professional exclusion criteria under the age of 4 years at the Municipal Secretariat of Citizenship and Social Assistance or Municipal Health Secretariat. The municipality has a Consultancy team on street of modality 1, implemented in 2017. Semi-structured interviews were carried out by Google Meet with professionals from the Citizenship and Assistance Secretariat Social and Health for data collection. As a result, two categories emerged: Street Clinic: condition of eternal construction and Challenges of the intrasectoral and intersectoral network. We concluded that the Street Clinic in the municipality of the study represents an advance in the health issues of people living on the streets, the difficulties of access, prejudices and attempts to articulate with the intra and intersectoral network.

Keywords: Homeless Persons. Intersectorality. Primary Health Care. Public Policy. Public Health Policy.

RESUMEN

Esta disertación tiene como objetivo analizar el proceso de implementación de la Clínica de Calle en una ciudad del interior de São Paulo. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. Cinco encuestados participaron en el estudio, con el criterio de inclusión trabajando o habiendo trabajado prestando servicios directa o indirectamente a la población sin hogar por la Dirección Municipal de Ciudadanía y Asistencia Social o la Dirección Municipal de Salud. Criterios de exclusión de profesionales menores de 4 años en la Municipalidad Secretaría de Ciudadanía y Asistencia Social o Secretaría Municipal de Salud. El municipio cuenta con un equipo de Consultoría en calle de modalidad 1, implementado en 2017. Se realizaron entrevistas semiestructuradas por parte de Google Meet con profesionales de la Secretaría de Ciudadanía y Asistencia Social y Salud para datos colección. Como resultado, surgieron dos categorías: Clínica de Calle: condición de construcción etema y Desafíos de la red intrasectorial e intersectorial. Concluimos que la Clínica de Calle en el municipio de estudio representa un avance en los temas de salud de las personas que viven en la calle, las dificultades de acceso, los prejuicios y los intentos de articulación con la red intra e intersectorial.

Palabras-Clave: Atención Primaria de Salud. Intersectorialidad. Personas sin Hogar. Política Pública. Políticas Públicas de Salud.

Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial – Saúde Mental
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CdeR	Consultório de Rua
Centro POP	Centro de Referência Especializado para pessoas em situação de rua
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CIAM-Pop Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua
CnaRua	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CREAS-Pop Rua	Centro de Referência à Assistência Social para População em situação de rua
eCR	equipe de Consultório na Rua
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMCAS	Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social
SPA	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2 INTRODUÇÃO	19
2.1 População em situação de rua.....	19
2.2 Dados demográficos da população em situação de rua no Brasil	20
2.3 Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR).....	21
2.4 Consultório na Rua (CnaRua)	22
2.5 Justificativa	25
3 OBJETIVO	27
4 MARCO TEÓRICO	28
5 PERCURSO METODOLÓGICO	32
5.1 Tipo de estudo	32
5.2 Cenário do estudo.....	32
5.2.1 1º Censo da População em situação de rua - 2019.....	33
5.2.2 Serviços de atendimento à população em situação de rua.....	34
5.3 Sujeitos do estudo.....	36
5.3.1 Critérios de inclusão.....	36
5.3.2 Critérios de exclusão.....	36
5.4 Coleta de dados	36
5.6 Aspectos Éticos	39
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
6.1 Aproximação com os profissionais entrevistados	40
6.1.1 Entrevistado 1 (E1)	40
6.1.2 Entrevistado 2 (E2)	41
6.1.3 Entrevistado 3 (E3)	41
6.1.4 Entrevistado 4 (E4)	41

6.1.5 Entrevistado 5 (E5)	41
6.2 Categorias e unidades de análise	42
6.2.1 Consultório na Rua: condição de construção eterna.....	42
6.2.2 Desafios da articulação da rede intrasetorial e intersetorial	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICE.....	63
APÊNDICE 1– QUESTÕES DISPARADORAS PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	63
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	64
ANEXOS.....	66
ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	66

1. APRESENTAÇÃO

O percurso do estudo foi traçado em 7 capítulos para facilitar a leitura e a busca no presente trabalho. O primeiro, traz apresentação pessoal e profissional da autora. O Capítulo 2 a introdução, que problematiza achados da revisão de literatura abordando: o conceito de pessoas em situação de rua, contextualiza historicamente às políticas para pessoas em situação de rua no Brasil e assim se refere ao Consultório na Rua. O Capítulo 3 aborda o objetivo e o Capítulo 4 o referencial teórico do estudo, a intersectorialidade, o quinto capítulo trata dos procedimentos metodológicos; o Capítulo 6 apresenta os resultados e a discussão; o Capítulo 7 apresenta as considerações finais.

1.1 “Tá, mas por que pessoas em situação de rua?”

Durante a graduação entre 2014 e 2018 fiz teatro porque sempre foi minha maneira de extravasar as emoções e o start de questões sociais com pessoas em situação de rua. Fiz cursos livres no Teatro da Universidade de São Paulo, o Tusp entre 2015 e 2016, estudamos a situação de rua no município de São Carlos.

Conhecer a história da Estamira¹, o albergue e conversar com as pessoas em situação de rua que lá moravam trouxe na minha vida discussões da invisibilidade e acesso aos serviços de saúde, assistência social e universidades existentes na cidade: “Por que os moradores de rua não estão aqui no teatro? Por que não os vemos aqui no campus? Quais locais as pessoas em situação de rua estão? Por que apesar de estarem no centro da cidade ocupam a marginalidade social?” Nosso experimento teatral ou chamado de apresentação terminou com reflexões de uma universidade que não é para todos, sobre o uso dos espaços da cidade, segregação social, o acesso à rua e espaços públicos limitados, a invisibilidade de ser/estar na rua e com um cartaz provocativo que dizia “não pise no homem”, referenciando todos os momentos que desviamos das pessoas em situação de rua em calçadas e praças.

Os anos passaram. Comecei meus estudos em Sociologia das Diferenças, cursei disciplinas do Curso de Ciências Sociais como aluna especial, participei do projeto de tutoria para alunos das Ciências Sociais e Humanas com objetivo de

¹ Estamira é um documentário de uma mulher que vive no lixão do Rio de Janeiro, filme de Marcos Prado; 2004

fortalecer meu conhecimento nos estudos sociológicos estruturais. Nascia aqui uma inquietação com as desigualdades que me fez pesquisar e conhecer, não me bastava no meu curso em Enfermagem, achava e ainda acho que as discussões dentro da Universidade não devem só se valer ou acabar no próprio departamento, e sim transpassar vários departamentos e centro das UNIVERsidade, e foi o que fiz trazendo inquietações sociológicas para minha formação.

Desta forma no ano de 2018 com as provocações da Profa. Dra. Monika Wernet que na época, coordenadora do curso de Enfermagem e me convidou a realizar o Estágio Supervisionado no Consultório na Rua do Município de São Carlos. Aceitei o desafio de realizar o Estágio Supervisionado em um campo novo, mas com muito medo de não ser exatamente o que eu esperava da Atenção Primária à Saúde. Nesse processo de aprendizado e reconhecimento enquanto estagiária-enfermeira-politizada nascia noções da rede de atenção à população em situação de rua. Durante algumas semanas tentava entender o motivo de um serviço especializado para saúde da população em situação de rua e não entendia como o princípio do SUS, a Universalidade não funcionava aqui diante do nosso nariz.

Nesse mesmo período me aproximei da minha orientadora Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta que me acolheu como tutora de Estágio. Durante as discussões sobre os serviços de atenção primária com todo o grupo, as pautas de acesso e articulação da rede se repetiam não apenas no tópico sobre pessoas em situação de rua, mas com todas as colegas estagiárias. Percebi que a população em situação de rua sofria grandes dificuldades no acesso aos serviços, a falta de articulação da rede e o estigma, desmotivava a permanência para adesão aos tratamentos de saúde. Meus estudos sobre Saúde da População em Situação de Rua foram um “divisor de águas” na minha formação e na minha vida. Estava no Consultório na Rua o projeto de Saúde que com uma luta política articulava com outros setores e políticas públicas.

2 INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que existam cerca de 222 mil pessoas vivendo em situação de rua no ano de 2020. A história brasileira revela que esta população sempre esteve às margens das agendas dos governos, evidenciado pela escassez de políticas públicas e predomínio de ações repressivas, higienistas e de controle sobre esses sujeitos, restando-lhes iniciativas e ações de cunho religioso (NATALINO, 2020; BARBOSA, 2018).

Esta realidade fomentou a organização da sociedade civil em busca da garantia de direitos das pessoas em situação de rua. Assim, as pressões populares ocorridas nos últimos 30 anos possibilitaram o aumento de ações governamentais brasileiras para esta população, como por exemplo a criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), que culminou na construção de portarias e serviços específicos na Saúde e na Assistência social, como o Consultório na Rua (Cn aRua) e o Centro POP.

2.1 População em situação de rua

Segundo a definição da Organização das Nações Unidas (ONU) população em situação de rua é caracterizada como “desabrigados” ou *shelterles*, indivíduos que vivem na rua por falta de moradia por tragédias naturais, guerras e desemprego massivo e *homeless* são os considerados que não se enquadram na categoria de desabrigados (TEIXEIRA, FONSECA, 2015).

No Decreto nº 7.053/2009, que institui a PNPR define população em situação de rua como um grupo populacional heterogêneo que têm em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, ausência de moradia convencional regular, utilizando logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento de modo permanente ou temporário, além de unidades de acolhimento pernoite ou moradia provisória (BRASIL, 2009). Trata-se uma população em extrema vulnerabilidade, invisibilizada e marginalizada pela população em geral.

2.2 Dados demográficos da população em situação de rua no Brasil

A população em situação de rua no Brasil se concentra nas metrópoles e municípios de grande porte motivada pela maior circulação de pessoas e possibilidade de trabalho informal. Os censos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não apresentam dados reais dessa população porque as pesquisas são realizadas apenas em domicílios (BRASIL, 2019a; NATALINO, 2016).

Entretanto, em 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua que entrevistou cerca de 32 mil moradores em situação de rua de 71 cidades brasileiras. Esta investigação revelou que os lugares preferenciais de habitação dos moradores são calçadas, viadutos, praças, dentre outros espaços públicos. Destacou-se que essa população é composta principalmente por homens negros de baixa escolaridade e baixa renda.

Dentre os principais motivos apontados para estar vivendo em situação de rua são problemas de saúde mental, questões familiares e condições financeiras. Com os dados dessa pesquisa, pode-se compreender o perfil da população em situação de rua nos grandes centros urbanos e sistematizar às políticas públicas intersetoriais. Além de estimular os censos municipais e conduzir novas estratégias para o cuidado das questões sociais causadas por tais problemas sociais (BRASIL, 2012a; 2019a; NATALINO, 2016).

A Constituição Federal de 1988 define que todo o cidadão tem direito a habitação, saúde, educação, trabalho, cultura, assistência social, segurança e alimentação. Contudo, muitas pessoas em situação de rua são excluídas do mercado de trabalho formal, a ausência de renda e a falta de acesso aos direitos básicos os expõem à miséria. Ao buscar acesso aos serviços de saúde encontram barreiras e preconceitos recorrentes por parte da equipe de saúde, dificuldades na formação de vínculos com os profissionais de saúde que impossibilitam a prevenção de doenças, promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2009; 2019a).

Estima-se que em 2015 havia mais de 100 mil pessoas em situação de rua no Brasil, onde 48,89% viviam em cidades da região Sudeste. Utilizando os dados do Censo SUAS 2015, realizou a estimativa da população em situação de rua em 22,6% de cidades do país em municípios com 51,4% dos brasileiros. A população em

situação de rua é proporcionalmente comportada em municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes e metrópoles. Os municípios de grande porte de todo o país representam 77,02% das pessoas em situação de rua, enquanto na região Sudeste existem 133 municípios de grande porte, que concentram aproximadamente 16 mil pessoas em situação de rua (BRASIL, 2019a; NATALINO, 2016).

Conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima-se que entre 2012 e 2020 houve um aumento de 140% de população em situação de rua no Brasil. Logo, em 2020, estima-se que existiam 222 mil pessoas em situação de rua. O crescimento é observado em todas as regiões do país, ainda que o crescimento seja mais expressivo em regiões em crise econômicas, como aumento do desemprego e pobreza (NATALINO, 2020).

2.3 Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR)

O início das lutas pelos direitos das pessoas em situação de rua remete aos grupos católicos da cidade de São Paulo e Belo Horizonte em meados de 1950 tais grupos são marcados como serviços de caridade; já no início da década 1980 os grupos religiosos desenvolvem métodos e formas de trabalhar com a população. Passando a entender que as pessoas em situação de rua são aliadas do trabalho conjunto, a mudança de visão abre portas para projetos como Casa de Oração que era chamada de igreja dos excluídos pois as pessoas em situação de rua eram expulsas das igrejas da cidade com perfil político e lúdico. Tais experiências motivaram e marcaram a memória dos integrantes do Movimento Nacional do Povo da Rua (MNPR) (MELO, 2016).

Contudo, é apenas na década de 1990 que demandas da população em situação de rua começam adentrar no debate público-institucional com iniciativas políticas que foram protagonizados por entidades de apoio e defesa da População em Situação de Rua.

Os movimentos precursores iniciados em Belo Horizonte e São Paulo possuem como semelhanças às articulações das entidades religiosas, estreitamento com as políticas em gestões municipais do Partido dos Trabalhadores (PT), realização de fóruns para debater ações de intervenção e possíveis políticas e criação de diálogo entre governos e sociedade civil, além de pesquisas para identificar número e demandas da população (MELO, 2016).

Assim na década de 2000 em São Paulo, há uma virada nas organizações da população em situação de rua com fortalecimento dos movimentos sociais sendo protagonistas de Fórum de São Paulo, Conselho de Monitoramento da Política de Atendimento à População de Rua, Plenária Fala Rua. Desarte, pode-se concluir que a população em situação de rua torna-se nos últimos 25 anos protagonistas e sujeitos de direitos para à produção e manutenção de políticas públicas (MELO, 2016).

Entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004 no centro de São Paulo aconteceu uma série de assassinatos chamado de Massacre da Praça da Sé, onde 15 pessoas em situação de rua receberam golpes na cabeça enquanto dormiam que causou a morte de 7 pessoas em situação de rua. As suspeitas foram que o caso foi executado por grupo de extermínio de agentes da polícia e/ou agentes da segurança privada dos comerciantes do entorno da Praça, impulsionados pelo mal-estar causado pela permanência da população em situação de rua no centro de São Paulo (MELO, 2016).

Ao longo das últimas três décadas percebeu-se a mudança de tratamento social da população em situação de rua acontecendo de maneira gradual, com o aumento da teia de atendimento para essa população, favorecendo a visibilidade política e social (FRANGELLA, 2004). Com a maior visibilidade das pessoas em situação de rua as estratégias começam ser pensadas por gestores públicos de grandes centros a fim de criar ferramentas de identificar e abordar as demandas.

2.4 Consultório na Rua (CnaRua)

O CnaRua foi instituído a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e representa uma conquista para a população em situação de rua, no que tange os direitos em saúde. Com objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde e o cuidado integral da população através de estratégias de busca ativa, cuidado territorial e móvel, através do fortalecimento de vínculo e equipe multiprofissional. O trabalho do CnaRua tem papel fundamental para a rede de saúde através da articulação de diferentes autores e serviços de serviço mental, serviços de urgência e rede de atenção básica (BRASIL, 2012b).

Em 1999, na cidade de Salvador, Bahia inicia-se experimentações do Consultório de Rua (CdeR) coordenado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Criado a partir de projeto de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) pelo Prof. Antônio Nery Filho no início 1990

com objetivo de acompanhar as crianças em situação de rua e uso de substâncias psicoativas (SPA) (BRASIL, 2012a).

Em 2004, o CdeR é vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e outras drogas (CAPS Ad) de Salvador, tal serviço cria possibilidades de encaminhamentos a rede. Este trabalho desenvolvido de 1999 a 2006 e avaliado por uma comissão técnica do Ministério da Saúde (MS) que o reconheceu como facilitador da adesão da população em situação de rua aos serviços de saúde comparado aos serviços tradicionais (BRASIL, 2012a; MARTINEZ, 2016).

A experiência CdeR na cidade de Salvador em 1997 serviu como referência para a implantação das equipes de CdeR pela Coordenação Nacional de Saúde Mental posteriormente vinculada a Coordenação Nacional de Atenção Básica em 2011, nasce o CnaRua, como um novo modelo de atenção à saúde da população em situação de rua, visando abordar suas diferentes necessidades e demandas, o CnaRua amplia o acesso dessa população, ofertando in loco e de forma itinerante a atenção integral à saúde (BRASIL, 2012a, 2014b).

O MS ao definir diretrizes para criação do CnaRua propõe um modelo articulado entre as diretrizes da atenção básica e dos princípios de Redução de Danos (RD) que já vinha sendo realizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o conjunto de experiências que vinha sendo desenvolvidas a fim de favorecer o cuidado integral no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) para população em situação de rua.

A PNAB da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a criação do CnaRua, a Atenção Básica realiza ações de monitoramento, tratamento e redução de danos no contexto de prevenção e promoção à saúde, além de oferecer uma atenção integrada e tem como premissa o cuidado integral valorizando a singularidade a partir do contexto dos usuários no sistema de saúde orientados pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012b).

A formação do CnaRua se dá por equipes multiprofissionais com o objetivo de prestar o cuidado integral de saúde as pessoas em situação de rua in loco, as suas atividades acontecem de modo itinerante e de como integrado com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). As equipes podem contar com enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de

enfermagem, técnico em saúde bucal, professor de educação física, profissional com formação em arte e educação (BRASIL, 2014a).

As equipes de CnaRua podem ser compostas em três diferentes modalidades: MODALIDADE 1, MODALIDADE 2 e MODALIDADE 3. Na modalidade 1 possuem quatro profissionais, sendo dois de ensino superior e dois de nível médio. Já a equipe de modalidade 2 contam com seis profissionais, sendo três com ensino superior e três de ensino médio. E a modalidade 3 é formada por profissionais da modalidade 2 adicionado um profissional médico (BRASIL, 2012a).

Em cada modalidade pode ter no máximo dois profissionais exercendo a mesma profissão seja de nível superior ou de nível médio. O agente social ocupa o nível médio desempenhando a função de garantir os direitos das pessoas em situação de rua, fortalecer sendo necessário ao agente social possuir experiência anterior com população em situação de rua ou ter vivenciado situação de rua.

Cada equipe de CnaRua deverá atender até mil pessoas em situação de rua, cumprindo de no mínimo 30 horas com funcionamento flexível segundo o território e às demandas da população em situação de rua, sendo em período diurno ou noturno em qualquer dia da semana.

Dado a complexidade do trabalho com um grupo heterogêneo, o CnaRua conta com desafios de cuidar das necessidades de saúde da população em situação de rua, compartilhando responsabilidade com equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de Urgência e Emergência além de outros serviços presentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS) dependendo da necessidade dos usuários.

Até 2020 o país contava apenas com 164 equipes de Consultório na Rua (eCR) implementadas em diferentes cidades brasileiras o que significa dizer que a cobertura do serviço de saúde ainda é menor do que a necessidade da população em situação de rua (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020). Roraima não conta com eCR, ademais, apenas dez estados apresentam mais que dez eCR.

A PNPR que além de definir população em situação de rua, vem reforçar os princípios do SUS de igualdade, equidade e universalidade; e o respeito à dignidade humana, direito à família e comunidade, o respeito ao cuidado humanizado, universal com respeito as diferenças sociais, de origem, raça e gênero (BRASIL, 2009).

Considerando que as situações de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, existe também as situações psicossociais que favorecem os sofrimentos psíquicos e físicos que de fato é um agravante a efetivação de ações e políticas públicas para a população em situação de rua dada a sua complexidade. (BRASIL, 2012a).

A PNPR preconiza também fortalecimento do processo de acolhimento das pessoas em situação de rua, bem como, possibilita a equidade no atendimento em saúde da população em maior vulnerabilidade. A ampliação e fortalecimento dos serviços de assistência social torna-se relevante no que concerne o cenário da população em situação de rua no Brasil (BRASIL, 2009, 2012a).

Entretanto, é só com a Lei 13.714 de 2018, proíbe a recusa de atendimento no SUS mesmo na ausência de comprovante de residência ou inscrição no cadastro do SUS, assegurando o atendimento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social. A Lei inclui a dispensação de medicamentos e outros itens de interesse à saúde. Significa dizer que é a partir dessa lei que o acesso da população em situação de rua ao serviço de saúde é facilitado (BRASIL, 2018).

Em relação à assistência em saúde, o processo saúde-doença ocorre de modo dinâmico e envolve diversos fatores que podem favorecer ou não o adoecimento. Portanto, o desenvolvimento de uma enfermidade não envolve apenas fatores de ordem biológica, mas também fatores de ordem social que devem ser considerados no momento de analisar o processo de adoecimento. Assim, considerando as complexidades e especificidades da população vivendo em situação de rua, essas pessoas necessitam de uma atenção à saúde ampliada, capaz de identificar suas necessidades básicas, bem como, suas necessidades em saúde (BRASIL, 2009).

É importante que os serviços públicos funcionem em forma de sistemas, visto que todos tenham relações entre si. O serviço de assistência social e de saúde devem funcionar articulados, para que cada serviço possa oferecer ações complementares e, assim, melhorar a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2009; 2014b).

2.5 Justificativa

Sabe-se que a inserção do CnaRua na PNAB é recente, dessa forma, tornam-se necessárias investigações sobre a implementação do CnaRua em diferentes

municípios com portes populacionais distintos. Dessa forma, o interesse em estudar a implementação do CnaRua em um município do interior paulista, justifica-se por ser um equipamento de saúde criado há poucos anos e a possibilidade de fornecer subsídios que contribuam para o fortalecimento de equipamento e criação de políticas públicas voltados para a saúde e a melhoria da condição de vida da população que se encontra em situação de rua no município.

Com isso, realizou a pergunta de pesquisa: “Como se deu o processo de implementação do Consultório na Rua em um município do interior paulista na perspectiva de profissionais de saúde e assistência social?”.

3 OBJETIVO

Analisar o processo de implementação do Consultório na Rua em um município do interior paulista na perspectiva de profissionais de saúde e assistência social.

4 MARCO TEÓRICO

Diante do objetivo proposto neste estudo fez-se necessário uma revisão de literatura acerca das práticas intersetoriais na atenção a população em situação de rua.

No ano de 1988, a partir da Constituição Federal, o Brasil começou a apontar indícios de um sistema de proteção social e, na sequência, a implementação do SUS em 1990 e em 2005 no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A criação destes sistemas foi fundamental para começar a pensar no trabalho interdisciplinar, ou seja, com equipes de diferentes áreas profissionais (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

A partir disso, a saúde passou a ser vista de forma ampla, sendo necessária a criação de políticas capazes de promover a saúde da população e incentivar a participação social. Posto isso, fica explícito que para transformar os determinantes sociais e os condicionantes para garantir a qualidade de vida da população, é fundamental um olhar além do setor sanitário (BRASIL, 2012a).

Diante disso, a estratégia de atenção à saúde resgata as ações de promoção da saúde, as quais possuem enfoque no processo saúde-doença, tais como: violência, desemprego, habitação inadequada, fome, qualidade do ar e da água, possibilitando a autonomia dos indivíduos e coletividade em optarem por determinado modo de vida, novos caminhos para a satisfação de seus interesses e da necessidade de saúde.

Os autores, Warschauer e Carvalho (2014) reforçam que as intervenções em saúde devam acontecer de forma ampla, ou seja, a organização da assistência e do cuidado contemplem ações que perpassem os serviços e sistemas de saúde. A ampla perspectiva acerca da organização dos serviços de saúde busca sensibilizar a participação social para auxiliar na captação de recursos políticos, humanos e financeiros que vão além do âmbito da saúde.

Neste íterim, o desafio da intersetorialidade está posto como uma nova forma de organização da estrutura municipal (WESTPHAL; MENDES, 2000). Para Feuerwerker e Costa (2000), a intersetorialidade é a articulação entre os diversos setores, os quais possuem diferentes saberes e poderes no enfrentamento dos problemas. Na saúde, a intersetorialidade vem para integrar as ações de trabalho e equipamentos, buscando melhor atender as necessidades da população e está sendo

uma prática social crescente devido a insatisfação dos resultados da área da saúde devido à complexidade que envolve os problemas da população no mundo inteiro.

Bernardi et al. (2010) trazem que a intersetorialidade busca ainda, criar uma dinâmica de trabalho voltada para o território e para a população. Esta perspectiva apresenta uma forma de organizar os processos de trabalho e gestão dos serviços com o objetivo de pensar políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida da população. Nesse sentido, o trabalho das equipes, em especial de saúde e assistência social, apresentam-se como um desafio, devido aos constantes conflitos. Sabe-se que a saúde e a assistência social possuem aproximações, já que são políticas públicas que compõem o tripé da seguridade social (FONTENELE, 2007). Porém, possuem objetivos diferentes, fazendo-se necessário alinhar as práticas para um trabalho multiprofissional aliado à intersetorialidade (FONTANELE, 2007; WARSCHAUER; CARVALHO 2014).

Neste momento, faz-se necessário resgatar as políticas públicas, as quais possuem como público alvo de atendimento à população em situação de rua, no qual insere-se o Consultório na Rua no âmbito da saúde, e na assistência social temos o Centro POP. Como dito anteriormente, neste estudo, o Consultório na Rua é uma estratégia que foi concebida pela PNAB para ampliar/possibilitar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. Já o Centro POP faz parte da rede de Proteção Social Especial de média complexidade e oferta o Serviço Especializado e de abordagem social para a população em situação de rua (BRASIL, 2012a).

Sabe-se que o trabalho intersetorial exige empenho de todos os setores envolvidos, pois muitas vezes, a comunicação entre os serviços ocorre de forma frágil e fragmentada. Nesse sentido, Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), corroboram que os serviços, tradicionalmente olham para os indivíduos e suas queixas de forma fragmentada, com ações desarticuladas que contribuem, muitas vezes, para a “perda” deste na rede. Ao voltar para a população em situação de rua, observa-se que as fragilidades e lacunas na assistência, à esta população, são ainda mais complexas e necessitam de um olhar amplo e cuidadoso por parte da gestão municipal e estadual.

A fragmentação dos serviços é algo perceptível tanto na área da saúde quanto nos equipamentos de assistência social, assim se torna necessário buscar ações

intersetoriais para o atendimento à população como um todo. Este processo culminou na articulação das políticas públicas por meio de ações conjuntas, voltadas para a proteção social, à inclusão e à superação de desigualdades sociais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013).

Nesta perspectiva, as ações intersetoriais contribuem para a organização dos serviços, para um atendimento integral e para a articulação entre os setores. Para isto, torna-se fundamental o comprometimento e conhecimento dos profissionais envolvidos nas práticas intersetoriais, pois o processo requer a articulação dos diferentes serviços e setores, não somente limitado às políticas públicas de saúde e assistência social, mas com foco em objetivos comuns e compartilhados para atender à população (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013).

Ao trazer esta discussão no âmbito dos CnaRua, este equipamento de saúde vem para promover o acesso das pessoas em situação de rua e ao mesmo tempo requer dos profissionais o conhecimento real das necessidades e possibilidades de assistência à população em situação de rua. Entender esta assistência na sua forma ampla, para além da doença e sim para suas condições de vida, suas crenças e histórias, ou seja, tornar visível o invisível perante a sociedade (FRANÇOSO; MANGIA; MURAMOTO, 2019).

Os mesmos autores expõem que é neste movimento de desconstrução e construção proporcionado pelo CnaRua que vem à tona a fluidez nas articulações da rede. Este processo se dá mediante a capacidade deste serviço em alguns momentos atuar como uma equipe de referência no cuidado, acesso e vínculo com a população em situação de rua e, em outro, proporcionar apoio, ampliando a capacidade de outros equipamentos em relação a assistência à população em situação de rua, bem como, instrumento para a concretização e garantia da equidade do trabalho (FRANÇOSO; MANGIA; MURAMOTO, 2019).

É importante ressaltar que trabalhar a intersectorialidade e/ou trabalhar em rede, requer uma pré-disposição tanto dos profissionais dos equipamentos envolvidos neste processo, quanto dos gestores. Nesse sentido, Françaço, Mangia e Muramoto (2019), trazem em seu estudo que o CnaRua pode ser um dispositivo capaz de construir redes, pois há o conhecimento da importância do trabalho integrado e um engajamento para que isso aconteça, porém, muitas vezes, outros serviços têm

dificuldade para reconhecer a necessidade do trabalho em rede para melhor assistir as pessoas em situação de rua de forma integral.

Diante do exposto, há sempre a tendência dos profissionais, inseridos nestes espaços em realizar suas atividades de isolada e pontual de acordo com a necessidade apresentada. Chama atenção o fato de que trabalhar conjuntamente, ter um olhar amplo para os equipamentos disponíveis e que possam contribuir para melhorar a assistência à população em situação de rua, é um desafio que tem sido movimentado constantemente pelos profissionais do CnaRua e que poderá contribuir para a ampliação do cuidado às pessoas que vivem na rua.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de trabalhar com elementos teóricos, metodológicos e procedimentos técnicos colocam as pesquisas sob um tripé que leva a refletir que a maneira de se fazer a pesquisa. O trabalho científico depende das demandas do objeto de pesquisa, já a resposta ao objeto varia a depender das perguntas, dos instrumentos e das estratégias que usadas para a coleta dos dados. Além disso, a qualidade da análise depende do estado da arte, das experiências e do aprofundamento que o pesquisador oferece à pesquisa (MINAYO, 2012).

5.1 Tipo de estudo

Para analisar a implementação do CnaRua sob a percepção dos profissionais de saúde envolvidos neste processo, optou-se por realizar um estudo do tipo descritivo-exploratório, utilizando a abordagem qualitativa. Nesse sentido, a pesquisa descritiva, segundo Minayo (2010), apresenta as características de determinada população ou fenômeno e utiliza-se da observação, registro e interpretação. Segundo a autora, o estudo exploratório busca elucidar e proporcionar maior conhecimento sobre determinada temática.

A pesquisa qualitativa utiliza como ferramentas as categorias analíticas para descrever e explicar fenômenos, considera a subjetividade, o significado e a intencionalidade presentes nas estruturas sociais e ao mesmo tempo privilegia micro processos por meio da ação individual ou coletiva dos sujeitos (MARTINS, 2004).

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um município do interior paulista de São Paulo que conta com um CnaRua, modalidade 1, implementado no ano de 2017.

O município está situado no centro do estado de São Paulo, e segundo dados do IBGE (2020), possui uma população estimada de 221.950 habitantes com uma densidade demográfica de 195,15 habitantes por quilômetros quadrados. A cidade está localizada no entroncamento da Rodovia Washington Luiz, entre centros urbanos Ribeirão Preto, Araraquara, Rio Claro e Campinas. Possui o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,805, tal índice é calculado a partir das médias geométricas de longevidade, educação e renda variando de 0 a 1.

Considerando as faixas do IDHM, o município possui alto índice de desenvolvimento humano, acima de 0,800. A renda mensal das residências urbanas é de R\$ 2.144,00 e o rendimento *per capita* é de 1.079,45.

O município conhecido como a Capital da Tecnologia pela presença de universidades públicas, centros de pesquisa possuindo alta concentração de pesquisadores doutores. A cidade conta com atividade industrial que produzem motores, compressores, lápis, geladeiras, fogões, têxteis, embalagens, tintas, lavadoras, equipamentos óticos, entre outros (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2020).

Por outro lado, segundo o mapa da pobreza, a cidade possui 12,08% de sua população pobre (IBGE, 2012).

Além disso, o município conta com 246 pessoas em situação de rua, evidenciam a expropriação urbana, o que quer dizer, a produção desigual dos espaços e história de separação socioespacial de classes. Após realização de um diagnóstico situacional do município as principais locais de estadia e permanência da população de rua, foram realizados mapeamento dos principais equipamentos e políticas voltados à população em situação de rua (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2019).

5.2.1 1º Censo da População em situação de rua - 2019

Em novembro de 2019, foi realizado o 1º Censo da População em Situação de Rua² no município do estudo. Foram identificadas 246 pessoas, destas 122 encontravam-se em instituições e 139 no espaço social da rua (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2019).

Assim, do total de pessoas em situação de rua 81% são homens e 19% mulheres, das quais, 9% se declararam mulheres transexuais. Dos entrevistados, 59% das pessoas fazem parte da população negra, com autodeclaração, 15% pretos e 44% pardos, e 32% brancos.

A faixa etária identificada foi: 20% entre 18 e 29 anos, 36% entre 30 e 39 anos e 44% entre 40 e 60 anos, vale ressaltar que não foram identificados crianças e

² Os dados foram apresentados no Seminário de Análise dos 10 anos da Política Nacional à população em situação de rua” que ocorreu dia 12 de dezembro de 2019. <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2019/173972-sao-carlos-realiza-analise-dos-10-anos-da-politica-nacional-a-populacao-em-situacao-de-rua.html>

adolescentes. No tocante a escolaridade, 36% possuíam ensino fundamental incompleto, seguido de diferentes escolaridades: ensino fundamental completo, ensino médio completo e incompleto, ensino superior completo e incompleto (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2019).

Como principais motivos de ida para a rua estão: conflito familiar (40%), seguido de problemas com o uso de álcool e outras drogas (34%), desemprego (16%), perda de moradia (8%) e egressos do sistema prisional (2%) (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2019).

Relataram ter mais dificuldade de conseguir trabalho (38,8%), seguindo de roupas e sapatos (19,7%), higiene (18,1%), local para dormir (17,6%), saúde (10,1%) e dinheiro/renda (4,3%). A frequência do contato familiar 85% dos entrevistados relataram possuir o contato com a família semanalmente, seguido 45% mensal e 15% anualmente. Quanto ao tempo de rua 55% dos entrevistados relataram estar na rua mais de 10 anos (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2019).

5.2.2 Serviços de atendimento à população em situação de rua

O município conta com Centro de Referência e Atendimento à População em Situação de Rua (Centro POP) que desempenha importante papel para o acolhimento da população em situação de rua nas atividades de recreação/oficinas educativas, confecção de documentos, como: carteira de trabalho; identidade; auxílio para compra de passagem rodoviária para outros locais, descanso e banho.

O Centro POP teve início em 2009, na época chamado de Centro de Referência à Assistência Social para População em situação de rua (CREAS – Pop Rua), isto aconteceu anteriormente às mudanças no SUAS.

Além disso, foi criado o Comitê Intersetorial Acompanhamento e Monitoramento da Política Municipal à População em Situação de rua (CIAM-Pop Rua) no Decreto nº 386, de 17 de setembro de 2019. Este Comitê possibilita espaços para discussões sobre e com as pessoas em situação de rua nos espaços da gestão do município, vislumbrando a criação da Política Municipal para População em situação de rua (PMPR). Atualmente o município não conta com a Política Municipal para População em situação de Rua, mas o CIAM- Pop Rua juntamente com a sociedade civil e representantes das secretarias municipais buscam melhorias para a

garantia de direitos da população em situação de rua do município. Com isso, nota-se uma preocupação dos agentes públicos e da sociedade civil na garantia de direitos (PREFEITURA DE SÃO CARLOS, 2019).

A Casa de Passagem, mais conhecida como “Albergue” soma-se como mais um local de acolhimento à população em situação de rua, esta é administrada por uma Organização Social (OS) e possui 40 vagas locais, as quais foram ampliadas durante a pandemia. O local oferece a oportunidade de o indivíduo pernoitar, com horário de entrada pela noite e com horário de saída pela manhã com direito a tomar café da manhã. O município conta ainda com o Centro Municipal de Direitos Humanos, o Fórum da população em situação de rua, o CAPS ad, o CAPS II e o CAPS i.

Cabe ressaltar que o CnaRua, os CAPS são administrados pela Secretaria Municipal de Saúde, a Casa de passagem é gerenciada por uma Organização do terceiro setor, instituição de caráter religioso e os demais equipamentos sociais são administrados pela Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social.

No que tange às ações da sociedade civil, é importante destacar os grupos de voluntários, os quais se organizam para a distribuição de alimentos e cestas básicas para as pessoas que estão voltando a morar em casas. A Pastoral da Rua somada às outras entidades religiosas realiza doações de marmitas e sopas em turnos variados. Bem como, ações no período do inverno oferecendo abrigo nos salões das Igrejas.

O CnaRua iniciou suas atividades em 2017 na Modalidade 1 contando com uma equipe com quatro integrantes: uma agente social, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um psicólogo. Após a inauguração deste equipamento de saúde a equipe contou com um ônibus onde realiza os atendimentos à população em situação de rua. Atualmente, a equipe conta com três profissionais, sendo uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma agente social, e um motorista. A sede do CnaRua fica localizada no bairro à 2 km de distância dos logradouros de maiores permanência das pessoas em situação de rua, na sala são realizadas reuniões de equipe, planejamento das atividades, organização de prontuários, alimentação de dados no e-SUS e o espaço é também utilizado como almoxarifado para o armazenamento de material de escritório e insumos sanitários.

5.3 Sujeitos do estudo

Foram convidados 07 profissionais, contudo, apenas 05 profissionais aceitaram participar do estudo. A escolha dos sujeitos ocorreu por amostra intencional, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, para, dessa forma, ampliarmos a área de atuação dos profissionais.

Fizeram parte deste estudo 05 profissionais de saúde ou da assistência social que prestam ou prestaram serviço para a população em situação de rua do município no período de 2017 a 2020, no qual ocorreu a implementação do CnaRua no município.

O contato com os profissionais ocorreu via telefone e/ou WhatsApp. A pesquisadora conhecia a maioria dos profissionais devido sua participação no Censo Municipal para população em situação de rua, como voluntária na coleta dos dados que ocorreu no ano de 2019, bem como, sua atuação no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento para População em situação de rua do município.

5.3.1 Critérios de inclusão

Trabalhar ou ter trabalhado prestando serviço direta ou indiretamente para a população em situação de rua pela Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social ou Secretaria Municipal de Saúde.

5.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais com menos de 04 anos na Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social ou Secretaria Municipal de Saúde período que ocorreu a implementação do CnaRua.

5.4 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, que segundo Minayo (2010) são entrevistas que combinam perguntas abertas e fechadas, no qual o sujeito pode explicar sobre um determinado tema sem deixar prender a questão formulada. Para isso, utilizou-se a seguinte pergunta disparadora: “Como se deu a implementação do Consultório na Rua no município?”.

As entrevistas foram realizadas no formato *online*, via Plataforma *Google Meet*, obedecendo os protocolos de contingenciamento Covid-19 e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizados agendamentos prévios, via telefone, em dias e horários conveniente para os entrevistados.

É importante salientar, que as entrevistas foram realizadas durante a pandemia do Coronavírus. No qual o contexto histórico, social e econômico do Brasil, trouxe importantes inquietações e reflexões acerca do material coletado. Nesse sentido, as mortes em massa, a ausência de políticas públicas para o combate do Coronavírus, o sucateamento do SUS, bem como, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde estiveram presentes nas falas dos entrevistados e influenciaram o olhar da pesquisadora.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e armazenadas no Docs-Google, no qual foi realizada a análise com o auxílio de grifos e seleção, instrumentos presentes nesta ferramenta.

5.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram explorados utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2011). Segundo a autora, a técnica de análise das comunicações utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das falas dos sujeitos, as quais permitem inferir conhecimentos relativos a estas mensagens. O método busca analisar o sentido ou os sentidos de um documento, neste caso, de uma entrevista.

A análise de conteúdo ocorre a partir da produção de inferências sobre um determinado texto. Dessa forma, o pesquisador realiza sua análise embasado em pressupostos teóricos, concepções de mundo e situações concretas de seus produtores e receptores (CAMPOS, 2004). Para a utilização deste método, é fundamental a criação de categorias empíricas que possam responder ou trazer reflexões acerca do objeto da pesquisa (BARDIN, 2011). Para a composição da análise dos dados, estas foram realizadas em três fases: a pré-análise; a análise do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise ou preparação dos dados para análise iniciou com a transcrição das gravações. As gravações foram transcritas pela pesquisadora, concomitantemente a realização da coleta dos dados, nelas foram mantidas os

silêncios, as dúvidas, as exclamações e as expressões consideradas importantes para a análise dos dados.

Para manter o sigilo dos participantes, as entrevistas foram codificadas com elementos alfanuméricos, precedidos pela letra “E” seguida da identificação numérica referente à ordem em que foram realizadas as entrevistas, sendo codificadas de E1 a E5.

Ainda na primeira fase, realizou-se a leitura flutuante do “corpus” das entrevistas até a impregnação do conteúdo do material, na qual buscou-se apreender as ideias principais e os significados gerais. Para a análise do material, foi realizada a leitura em profundidade das entrevistas e os recortes de classificação e agregação das unidades de sentido. Para Campos (2004) as unidades se constituem em elementos do texto advindos de um processo dinâmico e indutivo de atenção às mensagens e às significações não aparentes no contexto. Fazer análise temática é descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação, nos quais a presença ou frequência das falas possam significar algo para o objeto analítico estudado (MINAYO, 2010).

Foi escolhido o uso de categorias não apriorísticas, ou seja, as categoriais emergiram totalmente a partir das falas dos sujeitos (CAMPOS, 2004). Deste modo, a pesquisadora realizou um processo de ida e vinda às entrevistas para a construção das categorias. Nesse sentido, as categorias e unidades de registro construídas para este estudo estão apresentadas no quadro 1, abaixo:

Quadro1 - Categorias e unidades de análise

CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE REGISTRO
Implementação do Consultório na rua	- Atividades de um novo equipamento de saúde; -Recepção da população em situação de rua; -Interação/integração com os demais equipamentos do município; -Implementação enquanto processo gradual; -Formação da equipe de Consultório na Rua.
Redes institucionais: desafios para integralizar o cuidado	-Consultório na Rua enquanto articulador da rede; - Rede de Atenção à Saúde; - Fortalecimento das Políticas Públicas da população em situação de rua.

A análise foi finalizada com a categorização das unidades de registro segundo seu grau de proximidade, permitindo a expressão de significados e elaborações importantes.

5.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFSCar) e a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos e da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social de São Carlos.

A coleta dos dados foi realizada mediante leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos do estudo atendendo assim, Resolução 510/2016. O processo número: CAAE:29372720 6 0000 5504 e Número do Parecer: 4 192 986. O processo encontra-se anexado no final deste trabalho (ANEXO 1).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se o perfil dos entrevistados, as categorias e unidades emergentes das entrevistas, além da discussão com a literatura.

6.1 Aproximação com os profissionais entrevistados

Foram entrevistados um total de cinco trabalhadores, sendo dois da Secretaria Municipal de Saúde e três da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social. Quatro profissionais que se declararam do gênero feminino e um do gênero masculino.

Os entrevistados possuem entre 33 e 62 anos de idade e o tempo de trabalho variou entre 8 e 23 anos, com média 14,4 anos de trabalho na prefeitura municipal do município do estudo.

O nível de ensino dos entrevistados foram: um entrevistado com ensino superior incompleto, dois com nível superior completo com especialização, um com mestrado completo e um com doutorado completo. Com área de formação em Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Enfermagem.

As entrevistas aconteceram no período de agosto a novembro de 2020, com duração média de 45 minutos. Nas entrevistas foi utilizado recurso de videogravação na plataforma Google Meet e contou a seguinte pergunta disparadora: “Como se deu a implementação do Consultório na Rua em um Município do interior de São Paulo?”.

Os entrevistados foram identificados como Entrevistados (E) seguidos da sequência numérica que corresponde à ordem das entrevistas.

6.1.1 Entrevistado 1 (E1)

O entrevistado E1 tem formação em Psicologia e atua na gestão de um serviço da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social que fornece serviço direto à população em situação de rua. Teve experiência em serviços de Saúde Mental e no CnaRua sua participação se deu no momento de implantação do CnaRua no município.

Este aceitou participar gentilmente da pesquisa e a reunião foi marcada de modo remoto e durou cerca de uma hora. O sujeito relatou se sentir bem apesar de nos contar que estava com Covid-19 no momento da entrevista e afastado alguns dias das suas atividades laborais. O sujeito ao ser convidado disse que “*teria que ligar uma*

chavinha da Saúde”, se referindo às lembranças de quando fazia parte da Secretaria Municipal de Saúde.

6.1.2 Entrevistado 2 (E2)

A entrevistada E2 tem formação em Assistência Social e atua na gestão de um serviço especializado à população em situação de rua da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social. Teve experiência em serviços de proteção social, Saúde Mental e já esteve trabalhando no serviço especializado à população em situação de rua ao longo da sua trajetória no município. O sujeito relatou se sentir apreensiva e com medo de não dizer o suficiente ou errado e se desculpou durante a entrevista. A duração da entrevista foi de aproximadamente uma hora.

A entrevistada se encontrava em uma sala de seu trabalho e alguns momentos havia pessoas circulando pelo cômodo.

6.1.3 Entrevistado 3 (E3)

A entrevistada E3 tem formação em Terapia Ocupacional e atua na gestão de serviços de média complexidade da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social. Teve experiência como terapeuta ocupacional em um serviço um serviço especializado à população em situação de rua da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social. A entrevista durou cerca de 30 minutos.

A entrevistada apresentou disponibilidade após o expediente do trabalho, no qual realizou-se a entrevista de modo remoto enquanto estava em sua casa. Durante a entrevista a entrevistada relatou não saber se estava se lembrando de momentos pontuais da criação do CnaRua e desculpou por não lembrar de alguns momentos.

6.1.4 Entrevistado 4 (E4)

A entrevistada E4 possui formação de Enfermeira atua na gestão de serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde. Teve experiência como enfermeira de Unidade Saúde Família (USF), trabalho na gestão da APS. A entrevista durou cerca 30 minutos. Esta apresentou disponibilidade estava durante o experiente de trabalho em uma sala e não foi interrompida durante a entrevista.

6.1.5 Entrevistado 5 (E5)

A entrevistada E5 possui formação de Técnica em Enfermagem, porém atua como auxiliar de enfermagem no CnaRua há 3 anos. Teve experiência como Agente

Comunitária em uma Unidade de Saúde da Família e Auxiliar de enfermagem em um CAPS. A entrevista durou cerca de 60 minutos. A entrevistada apresentou interesse em participar da pesquisa e disponibilidade antes do expediente de trabalho em sua casa e não foi interrompida durante a coleta de dados.

6.2 Categorias e unidades de análise

Os resultados serão apresentados a partir de categorias conforme a metodologia da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). O contato com o material ofereceu a pesquisadora a possibilidade da criação de unidades e categorias. As categorias emergiram a partir do olhar ao objetivo de pesquisa, contato com o material e com a revisão de literatura que forneceu a base teórica deste estudo. Foram classificadas inicialmente através de uma sequência de ordem psicológica. A escolha das categorias de análise em primeiro momento se deu: implementação e rede intersetorial.

Na segunda etapa da análise emergiram unidades de registro a partir das transcrições das entrevistas a partir da questão norteadora: “Como se deu a implementação do Consultório na Rua em um município do interior de São Paulo?”. As unidades de análise foram formuladas por meio das sentenças carregadas de significados (BARDIN, 2011; CAMPOS, 2004). Na terceira etapa da análise, realizou-se a categorização pela proximidade e mediante a análise das unidades de significados e com os enunciados das entrevistas. Diante disso, foram construídas três categorias: 1) Consultório na Rua: condição de construção eterna; 2) Os desafios da articulação da rede intrasetorial e intersetorial;

6.2.1 Consultório na Rua: condição de construção eterna

Esta categoria traz falas e reflexões sobre a implementação de um novo serviço de saúde no município do estudo. Nesse sentido, a investigação buscou evidenciar como se deu as atividades do CnaRua, entendendo que a implementação de um serviço é um processo gradual e contínuo.

Cabe destacar que diversos profissionais da saúde, assistência social e cidadania uniram esforços na busca de um cuidado amplo e qualificado voltado para as pessoas em situação de rua. O recorte abaixo revela os desafios e o desbravar da eCR, levando em conta a implantação.

É, a gente ainda tá construindo, é... foi a... como diz assim, eu vejo muito igual aos bandeirantes né, quando chegaram no país né desceram da fragata lá com o facão e a foice na mão e entraram mato adentro pra construir tudo que temos hoje (E5)

A fala acima mostra o quanto foi um trabalho árduo para a equipe, muitos foram os desafios enfrentados e como mencionado acima, o CnaR ainda está em processo de construção.

No tocante do processo de implementação, este envolve formular estratégias para se apropriar, adaptar e emprestar de diferentes atores da rede por meio de negociações que resultam em processos colaborativos com outros serviços já implementados (BALL, 1993). Com isso, compreende-se que o implementar vem das práticas em um processo de (re)interpretações de práticas já presentes no contexto (OLIVEIRA; GUIZARDI, 2020).

Teixeira et al. (2019) aponta que a primeira etapa que foi realizada para a implementação do CnaRua foi mapear a população em situação de rua do município. O município não contava com um Censo da população em situação de rua, havia apenas prontuários do serviço de assistência social. Outro desafio é o próprio público, as pessoas em situação de rua têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde e com isso a eCR busca articulação com a atenção básica para que o atendimento possa ser realizado.

Para os usuários foi algo muito novo assim, eles não, não imaginavam que pudesse ter um serviço exclusivo de atendimento pra eles né, a gente sabe que historicamente a população em situação de rua tem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (E1)

O E1 refere que o serviço implantado no município é algo novo para a população em situação de rua e, além disso, a surpresa dessas pessoas ao ter um serviço destinado exclusivamente para elas. Pois, é uma população que vive à margem da sociedade, onde o estigma, o preconceito, fazem parte do cotidiano de suas vidas.

Cardoso (2018), afirma que a dificuldade de inserção das pessoas em situação de rua nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS), muitas vezes, pode estar relacionada ao despreparo, ao preconceito e à resistência de profissionais que integram os serviços de saúde e de proteção social. Tal fato, muitas vezes, pode desestimular os profissionais do CnaRua a partir de rompimentos com outros pontos da rede de atenção à saúde.

Sabe-se que situação de rua desvela a miséria da condição humana e, muitas vezes, as ações de saúde provenientes do Estado e da sociedade civil para esta parcela populacional é de cunho assistencialista por meio de doações da sociedade civil ou higienista por meio de repressão de autoridades da segurança pública. Ser um profissional que atua no CnaRua é trabalhar constantemente com situações desafiadoras e estratégicas que possibilite a criação de vínculo para que o cuidar aconteça. O ambiente de trabalho não possui paredes, nem portas, o cotidiano acontece numa conversa na calçada, embaixo de uma árvore, em meio à cena de drogas, ouvir histórias de vida marcadas pelo sofrimento e luta. Estas são ações que exigem não apenas habilidade técnica, mas também a habilidade de ouvir, despir-se de preconceitos, um exercício diário permeado pela construção e desconstrução de valores (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

As dificuldades da vivência nas ruas são evidenciadas pelo difícil avanço das políticas intersetoriais e a construção de novas políticas públicas que vão ao encontro das necessidades das pessoas em situação de rua, justificando a instituição de serviços direcionados à população em situação de rua como o CnaRua (VARGAS; MACERETA, 2018, VALLE; FARAH 2020).

Na fala abaixo, a E5 relata o início da implementação do CnaRua no município. A entrevistada mostra os alicerces do CnaRua e ressalta a pertinência de conhecer novas realidades, novos cenários e serviços de saúde, ou seja, o planejamento.

A gente vivenciou o consultório de rua, [...] as realidades dos territórios, equipamentos do território, tudo em torno da RAPS de Recife, voltamos pra cá deslumbradas né, querendo construir e fazer acontecer, [...] mas não tinha equipe, não formava equipe [...] começamos implementar e nos organizar, fizemos algumas propostas de intercalar horários de trabalho pro consultório na rua pra não desassistir o CAPS mas já começar a colocar o pé pra fora e nessa construção a gente foi indo foi indo a ponto que eles tiveram que nos liberar pra ir pro consultório na rua e desde então a gente tá lá, na condição de construção porque é eterno né (E5)

O processo de construção do CnaRua iniciou a partir do conhecimento prévio de serviços já existentes em outros locais, como a rede de atenção à saúde e assistencial em Recife/PE, o qual impulsionou as discussões no âmbito municipal acerca do CnaRua. Conhecer outros serviços voltados à assistência da população em situação de rua ampliou a visão do entrevistado acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e promoveu novo significado em relação aos serviços voltados à população em situação de rua no município.

A fala de que “*não tinha equipe, não formava equipe*” e “*a gente foi indo foi indo a ponto que eles tiveram que nos liberar*”, apontam a dificuldade desde a implantação do CnaRua na disponibilização de recursos humanos e materiais, destinados a este serviço.

Sabe-se que, para garantir os direitos de saúde das pessoas em situação de rua, o CnaRua necessita de investimentos materiais e humanos, para disseminar na Rede Atenção à Saúde e proteção social a relevância de um trabalho desta envergadura que busca a promoção e o cuidado em saúde para pessoas em situação de rua (CARDOSO, 2018).

A fala acima reforça as dificuldades enfrentadas por estes profissionais, desde a implementação do CnaRua, bem como, sua manutenção. São lutas diárias para dar visibilidade a este serviço, mas também para dar voz e vez para a população em situação de rua.

Percebe-se, no trecho abaixo, que a construção deste serviço ocorreu de modo gradual por meio da divulgação de experiências coletivas e a partir do posicionamento do CnaRua no cuidado às pessoas em situação de rua.

O que eu me lembro é que... do antes e o depois né, é... [...] o fato desse serviço não existir anteriormente e ele ser implantado não foi automático que a gente se apropria daquilo que era função né... então a gente também foi descobrindo o funcionamento desse serviço (E3)

A fala acima mostra o percurso que estes profissionais seguiram, o quanto se empenharam para a construção deste serviço. Um caminho de desafios e conhecimentos.

O Consultório na Rua é um equipamento itinerante de saúde que faz parte da Rede de Atenção Básica e segue os fundamentos e diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Este serviço prioriza a assistência e o cuidado realizado no próprio território (BRASIL, 2019b).

As falas seguintes, mostram a dificuldade em formar e manter uma equipe completa no CnaRua. A presença de um motorista, o qual compõe a equipe, proporcionou maior autonomia para esses profissionais.

Até hoje o consultório na rua tá bastante desfalcado com relação a equipe (E2)

Tem uma enfermeira, [...] auxiliar de enfermagem e uma agente de saúde [...] hoje nós temos um motorista só nosso que abraçou a causa mesmo então a gente conta ele como o quarto integrante (E5)

Qual a importância que é dada ao consultório na rua? o que que ocorre hoje, hoje eles estão em três pessoas trabalhando lá, eles tão sem médico né. (E2)

Por mais que a PNPR tenha como um de seus objetivos garantir o cuidado de saúde, os serviços assistenciais e de albergamento, esta é frágil em relação a infraestrutura e recursos humanos para o atendimento à população em situação de rua, soma-se a isso a desarticulação com a Atenção Básica. Nesse contexto, torna-se fundamental a implementação de uma política intersetorial capaz de abranger

ações entre as Secretarias de Assistência, Saúde, Habitação, Trabalho e Renda. A ausência desta articulação fragiliza a atuação da eCR (HALLAIS; BARROS, 2015).

Para Hallais; Barros (2015), ainda que haja a PNPR e outras políticas setoriais e intersetoriais, estas nem sempre significam garantia de um cuidado integral, pois o imaginário social acerca da população em situação de rua ainda é uma realidade na prática dos profissionais que atuam nos diversos serviços envolvidos.

Cabe destacar aqui, a importância em dar visibilidade para esta população e para um serviço de saúde que possui um papel singular em todo este processo, pois é por meio deste serviço que milhares de pessoas estão sendo acolhidas, cuidadas e ouvidas por diversos profissionais que compõe tais equipes.

Os depoimentos a seguir relatam a necessidade de melhores condições de trabalho, a falta de investimentos financeiros e a precarização das condições de trabalho relacionado a um contexto de desvalorização e sucateamento do SUS.

O município precisa valorizar mais essa equipe, esse trabalho, dar condições melhores de trabalho né, porque a gente também como parceiro na rede a gente vai vendo ali a dificuldades no cotidiano (E3)

Tanta coisa desfeita né [...], é o país que ta se desmontando né, o SUS tá sendo jogado fora e é, essa parte machuca demais (E5)

As políticas públicas vêm se mostrando cada vez mais frágeis, a existência do SUS depende dos recursos financeiros que possui em grandes fragilidades devido aos cortes e congelamentos de gastos. Além dos cortes, as mudanças de governo que apresentam uma orientação política econômica liberal ofertando pouco apoio político aos serviços públicos de saúde. A agenda de austeridade fiscal tem motivado a diminuição da oferta de benefícios em programas sociais resultando em crescimento de inequidades sociais e pobreza (IPEA, 2019).

O SUS tem sofrido com os insuficientes recursos financeiros para desenvolver ações para o acesso universal. Em 2016, a partir da Emenda Constitucional Nº

95/2016 que congelou as despesas primárias da União, gastos para o SUS estão congelados até 2036 pelo Novo Regime Fiscal (IPEA, 2019).

Os efeitos desta agenda atingem de modo intenso populações vulneráveis, por exemplo, o corte de gastos com recursos humanos, fechamento de serviços, redução do funcionamento, diminuição dos gastos do governo com proteção social e saúde, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, por motivos econômicos, diminuição da autoavaliação da saúde como 'boa', barreiras no direito à saúde aos imigrantes, pessoas em situação de rua, usuários de SPA e piora da saúde mental (IPEA, 2019).

A desvalorização do trabalho do CnaRua está presente em várias falas dos entrevistados. Estes profissionais expressam o desejo de serem incluídos, efetivamente, como parte da rede de atenção à saúde e proteção social e acima de tudo serem ouvidos. Quando este serviço se institucionaliza no SUS buscando atender as dificuldades da população em situação de rua, este fornece inovações no cuidado na APS e na gestão do trabalho em saúde. Sem acesso aos serviços de saúde as pessoas em situação de rua buscam o acesso ao atendimento de saúde somente em situações de agravamento da doença que, muitas vezes, exigem tratamentos de maior complexidade, gerando maior custo para o sistema de saúde (VARGAS, MACERETA, 2018; VALLE, 2020).

Em seu estudo, Hallais; Barros (2015) apontam que as condições de pobreza, privação e violação de direitos em que vivem as pessoas em situação de rua, exigem que os gestores se mobilizem na tentativa de auxiliar estes indivíduos, pois a oferta de cuidados do SUS tem sido limitada.

Para Starfield (2002) há uma relação entre disparidades sociais e desigualdade no acesso aos serviços de saúde, pois estes seguem um fator estrutural no qual as disparidades socioeconômicas estão associadas com condições desiguais no acesso ao serviço de saúde, bem como, na condição de saúde da população. Dessa forma, não basta somente cumprir a universalidade e equidade, mas sim, O desafio, portanto, não está somente no cumprimento da universalidade e da equidade, mas na qualidade da atenção prestada.

Percebe-se que a implementação do CnaRua no município do estudo foi e é marcada por muita persistente e muita luta. Trabalhar com pessoas em situação de rua é vivenciar a rua, deparar-se constantemente com os desafios que este serviço

traz. Os sujeitos que fizeram parte deste estudo mostram em seus depoimentos que o trabalho articulado e engajado com os diversos equipamentos de saúde e sociais pode ser uma importante estratégia para o fortalecimento do CnaRua, bem como, das políticas públicas para a população em situação de rua.

6.2.2 Desafios da articulação da rede intrasetorial e intersetorial

Na segunda categoria emergiram desafios enfrentados pela eCR para a articulação da rede intrasetorial e intersetorial desenvolvidas pelos sujeitos da equipe de Consultório na Rua e outros agentes da rede. Os entrevistados reforçam o papel articulador do CnaRua, no qual a PNPR institui as práticas intersetoriais, enquanto estratégias para integrar a população em situação de rua nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Os relatos expressam o CnaRua como um potente articulador e integrador de/na rede intrasetorial e intersetorial, além de apresentar a integralidade do atendimento e do cuidado como peça-chave no desenvolvimento de ações compartilhadas na RAS e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os entrevistados enfatizam o potencial papel do CnaRua, como um serviço que oferece os meios de troca e a formação de pontes, mas também que garanta direitos fundamentais à saúde a esta população.

Com a vinda do Consultório na Rua [...] a gente ganha aí mais um ator que tá né, pensando e lutando né, pela garantia desse acesso e direito à saúde pra essa população né. (E3)

O Consultório na Rua também tem de ser um articulador de rede, [...] essa lógica do cuidado não é pontual né, é uma lógica onde a gente pressupõe uma integralidade (E1)

O Consultório na Rua faz é a ponte (E5)

Compreender a inserção do CnaRua na rede intrasetorial e intersetorial pressupõe uma perspectiva de ação da eCR para romper e superar a fragmentação das ações de políticas públicas e do cuidado, requerendo um planejamento articulado entre e com essas ações e serviços. A literatura aponta que a interdependência, integração e articulação entre rede e intersetorialidade possibilitam uma gestão integral e interativa, identificando problemas e necessidades, bem como as possibilidades resolutivas da população e seu território (JUNQUEIRA, 2004).

Define-se intersetorialidade enquanto junções articuladas entre saberes e práticas no processo de planejar, implementar e avaliar ações, as quais resultam em efeitos intensivos em situações complexas, com objetivo de desenvolvimento social menos excludente. No referente à rede, entende-se enquanto interação de parcerias interpessoais e interinstitucionais, mesmo mantendo-se as suas singularidades, especificidades e diversidades, com objetivo de (re)construir coletivamente um novo tecido social e transformador (JUNQUEIRA, 2004).

Dessa maneira, a função do CnaRua em abrir caminhos e construir pontes possibilita que as pessoas em situação de rua acessem e utilizem os serviços, bem como tenham a garantia de seus direitos. Trata-se da interação entre os serviços com o intuito de serem agentes de direitos à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012a), inclusive acionando Centros de Referência da Assistência Social (CREAS) e a Defensoria Pública do Estado das regiões em pertence a população em situação de rua (PAULA et al., 2018).

A necessidade de articular a rede requer a fluidez de um trabalho em toda a sua dinâmica, seja interna ou externa, que seja de responsabilidade de todos os atores sociais (Estado, gestores, trabalhadores, comunidade, usuários). Para facilitar o fluxo do cuidado e consolidar o trabalho da eCR, necessita-se derrubar as barreiras da comunicação, romper paradigma orgânico/biológico e dar resolutivas às demandas (VARGAS; MACERATA, 2018).

Os participantes deste estudo salientam os termos de “rede” e “ponte” em seus relatos, referindo-se à intenção de desenvolverem mecanismos de integração e articulação com outros serviços das redes intersetoriais, tais como, a Rede de Atenção à Saúde e RAPS. Enquanto um serviço da APS, e desta forma parte da RAS, o CnaRua busca desenvolver esse papel de articulador, inserindo e possibilitando o diálogo com outros serviços de saúde e de assistência social. Estudos apontam que

a eCR, ao promover saúde e cuidado às pessoas em situação de rua, realiza ações que não envolvem somente encaminhamento a outros serviços, mas caminha junto a elas, fortalecendo alianças terapêuticas baseadas no vínculo, na escuta qualificada, no diálogo, na confiança e no toque (PAULA et al., 2018; VIEGAS et al., 2021).

Utilizando-se da metáfora de um novelo de lã e refletindo sobre os elementos utilizados por Martinez (2016) para explicar o fluxo da rede, na qual, define as ligações das linhas institucionais: estas quando estão bem amarradas ganha materialidade e realiza sua função de intercâmbio, sendo assim, o fluxo; tais fluxos são responsáveis pelo intercâmbio de uma informação como registros, repasse de informações, pessoas, materiais de trabalho e sentimentos. Nota-se a importância do CnaRua no 'novelo de lã' que é a rede, com seus fluxos. O CnaRua faz 'a ponte entre a rua e a rede de saúde' 'equipamento responsável em costurar a Rede', com o intuito de possibilitar que as linhas que ligam os serviços.

Conseqüentemente, o desenvolvimento de ações com o intuito de efetivar os princípios do SUS, como acontece com a integralidade em saúde, requer que o olhar dos profissionais seja cada vez mais integral e menos especializado e/ou setorizado. O CnaRua tem importante papel na garantia de melhores níveis de equidade no SUS, promoção de novas estratégias de cuidado na APS e no processo de trabalho (VARGAS; MACERETA, 2018).

Entretanto, as falas relatam situações de desconhecimento do CnaRua enquanto uma estratégia de saúde preconizada a partir da PNAB. Além disso, apontam uma visão estigmatizada e reafirmam a invisibilidade vivenciada pela população em situação de rua, entendida enquanto um problema para as unidades da APS.

Existe um estigma do Consultório na Rua porque levam as pessoas para a unidade [de saúde] (E4)

Eles [profissionais dos serviços de saúde] nos viam como uma equipe que trazia problemas (E5)

A invisibilidade das pessoas em situação de rua no contexto brasileiro também é percebida na inoperância das políticas públicas (PAULA et al., 2018). Estudo aponta que a invisibilidade desta população específica constitui como item relevante de sua

vulnerabilidade, a qual requer a implementação de políticas que busquem promover a equidade, garantia à saúde e a proteção social (ENGSTROM et al., 2019).

As intervenções de gestão e produção de cuidado da eCR envolvem cenários da/na rua, as unidades de referência/sede e as redes institucionais e intersetoriais. O cenário da rua não se limita à delimitação física e geográfica, mas o território vital e de moradia das pessoas, da dimensão subjetiva da rua, ou seja, dos processos relacionais e da relevância afetiva e simbólica que a rua tem para os sujeitos que nela vivem. A unidade de referência/sede não se restringe somente à unidade de saúde, mas também à rua e rede. O cenário rede envolve serviços e ações de saúde e de outras políticas públicas, bem como o modo de relação estabelecida entre serviços, trabalhadores e usuários (VARGAS; MACERATA, 2018).

Assim, os serviços de Atenção Básica devem funcionar como porta de entrada, entendido como serviço de referência para população em situação de rua e depende do funcionamento da RAS para que ocorra da melhor maneira. Sem acesso aos serviços de saúde, as pessoas em situação de rua buscam os serviços de saúde somente em situações de agravo da doença, as quais, geralmente, exigem tratamentos de maior complexidade e custo (VALLE; FARAH, 2020).

A RAS pode ser entendida enquanto o conjunto de serviços que deveriam trabalhar de forma articulada para garantir a integralidade do cuidado. Quando a rede é bem articulada tende-se a realizar trabalhos de modo compartilhado, com trocas de informações e de planos de trabalho. Saliencia-se que a rede é resultado de uma gestão planejada que tem como objetivo garantir o cuidado, assistência e todos os aspectos burocráticos que se inscrevem (MARTINEZ, 2016; BRASIL, 2010).

A RAS é um modelo organizacional de serviços de saúde que inspira trabalhadores e gestores a desejarem um tipo de gestão ideal, ou seja, um modelo de gestão intersetorial de *modus operandi* que envolve a articulação de várias instituições (MARTINEZ, 2016).

Desta forma, será possível afirmar que a RAS cumprirá seu papel de responsável pela atenção contínua e integral, por intermédio do cuidado interdisciplinar, ao compartilhar objetivos e compromissos que resultam em soluções sanitárias e econômicas assertivas e eficazes, bem como compartilhando

responsabilidades com o CnaRua, no referente ao cuidado intersetorial da população em situação de rua (OLIVEIRA; GUIZARDI, 2020).

Apesar dos desafios na articulação do CnaRua com a RAS, a “rede” ocorre com outros serviços da assistência social, ao assumir e desenvolver relevante papel de coordenador do cuidado, bem como de identificar os problemas de saúde da população em situação de rua (VALLE; FARAH, 2020). Tal fato é salientado em relato abaixo, quando aborda a relevância da interrelação dos trabalhos desenvolvidos pelos profissionais em diferentes pontos da rede. Além disso, elucida a relação interdependente entre os serviços na rede intersetorial, o que reafirma a necessidade de seus funcionamentos de modo integrado para garantir a integralidade do cuidado.

Se um serviço não funciona, os outros tropeçam junto (E5)

Quando não há tal integração, o trabalho tende a se fragmentar, atrapalhando a assistência. Tal fato reforça que a rede intersetorial necessita que o trabalho se desenvolva nos diferentes pontos da rede de saúde e de proteção social (PNPR, 2009; VALLE; FARAH, 2020).

Os relatos enunciam a busca de estratégias da eCR para serem reconhecidos e menos estigmatizados pelos seus colegas de outros serviços de saúde, por ofertarem cuidado à população em situação de rua. No processo de romper tal situação, a eCR se aliou e se articulou aos serviços de assistência social, como por exemplo, o Centro POP. Devido à situação de marginalização pelos serviços da RAS de atendimento às pessoas em situação de rua e à eCR, a estratégia utilizada por esta equipe foi de se aproximar do Centro POP, como um importante parceiro das ações.

A gente que trabalha com a população tão marginalizada, às vezes acaba sendo serviços marginalizados também (E3)

O Consultório na Rua avançou na aproximação com a política de assistência social, houve uma mudança de foco[...] ao invés [...] dessa articulação junto à rede de atendimento em saúde [...] acho [...] um avanço né, no aspecto de integração com a política de assistência social (E1)

Estudos abordam que um dos desafios e nó crítico do funcionamento do CnaRua consiste na fragilidade de articulação entre este serviço e a RAS. As justificativas envolvem a dificuldade de acesso da população aos serviços públicos, inclusive o de saúde, e intersetoriais, desencadeada pelo preconceito, discriminação e estigma a estas pessoas, o que desencadeia a sua marginalização na sociedade (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; SIMÕES et al., 2017).

Os serviços responsáveis ao cuidado junto à população em situação de rua, como CnaRua, relatam que sofrem uma marginalização na RAS pelo seu intuito de formular estratégias de melhorias.

Devido a tais situações de preconceito e marginalização à eCR, estes buscam se unir aos serviços de outros setores e secretarias. Tal proposta advinda da PNPR estabelece a articulação entre serviços de diferentes áreas para garantir que as necessidades da população em situação de rua sejam atendidas e resolvidas. Portanto, ao superar tais dificuldades, infere-se que as ações intersetoriais valorizam as necessidades das pessoas em situação de rua e possibilitam a transformação cotidiana dos desafios enfrentados nas ruas (VALLE; FARAH, 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o processo de implementação do Consultório na Rua em um município do interior paulista.

O estudo evidenciou os inúmeros esforços que a eCR fez e vem fazendo para a manutenção e/ou ampliação deste serviço no município. Trabalhar com pessoas em situação, de rua exige um olhar macro para a saúde, para o setor social, para cidadania, ou seja, um olhar que busca a intersetorialidade para atender a demanda destes cidadãos.

O CnaRua ao mesmo tempo que trouxe estranhamentos, trouxe também a possibilidade de olhar de forma diferenciada para esta população, permitindo assim a criação de vínculos com os profissionais, a atenção às demandas de saúde, a identificação das demandas sociais, além das várias articulações que se fazem e fizeram necessárias para assistir as pessoas em situação de rua.

Desta forma, o CnaRua do município do estudo representa um avanço para a atenção à saúde das pessoas em situação de rua, para as dificuldades de acesso, para a melhor articulação com a rede intra e intersetorial. Com o fortalecimento do CIAM-Pop Rua torna-se possível uma avaliação e constante reflexão sobre os desafios enfrentados por uma rede, dita muitas vezes fragmentada.

O objetivo do estudo possibilitou olhar para este processo de implementação do CnaRua, para as inquietações e dificuldades dos sujeitos ali implicados. Contudo, é possível perceber as potencialidades, do trabalho em rede, desenvolvidas em conjunto com equipamentos de proteção social, reafirmando que as ações intersetoriais estão sendo valorizadas pelo CnaRua, enquanto ações fundamentais para a consolidação deste serviço no município.

As políticas públicas para a população em situação de rua são ferramentas necessárias para garantia de direitos básicos, que mostram a necessidade e importância desta articulação intersetorial entre os diferentes pontos da rede. Sabe-se que as tensões da rede favorecem o trabalho desarticulado e com isso, novamente a população em situação de rua é a mais afetada.

Os resultados desta investigação podem contribuir para o planejamento de ações voltadas para às pessoas em situação de rua do município, bem como dar maior visibilidade ao CnaRua no município. Sabe-se que o conhecimento não é estanque,

portanto, há necessidade de mais investigações sobre esta temática, para que dessa forma, seja possível ter e construir um diagnóstico da implementação do CnaRua em outros cenários no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, M. et al . Intersectorialidade? IntersectorialidadeS!. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4291-4300, Nov. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Maio 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>.
- BALL, S. J. What Is Policy? Texts, Trajectories And tool boxes, Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education, n.13 v. 2, p. 10-17,1993. doi:10.1080/0159630930130203
- BARBOSA, J. C. G. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados. Ipea, 2018.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BERNARDI, A. P. et al. Intersectorialidade - um desafio de gestão em Saúde Pública. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, v. 1, n. 1, p. 137–142, 2010.
- BRASIL. Decreto n. 7.053, de 23 de dez. de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, dez 2009.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 30 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília; 98p., 2012a.
- BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. v. I. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014a. 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 n.95. Seção 1, p.55. Publicado em: 21 maio 2014.
- BRASIL. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; v. 45, n.2., 2014b.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o

acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Diário Oficial da União edição 165, seção 1, p.3. Publicado em: 27 ago 2018.

BRASIL. População em situação de rua e violência: uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; v. 50, n. 14 p.13, jun. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.

CARDOSO, A. C. et al . Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 26, e3045, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100358&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. Epub Oct 11, 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045>.

CAVALCANTI, P. B.; BATISTA; K. G. S.; SILVA, L. R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/9.pdf>.

DIAS M. S. A., et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104371&script=sci_arttext_plus&tlng=pt Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4371-4382. ISSN 1413-8123.

ENGSTROM, E. M. et al . The dimension of care by the ‘Street Clinic’ team: challenges of the clinic in defense of life. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe7, p. 50-61, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200050&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2021. Epub July 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s704>.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. Revista de Administração Pública, v. 35, n. 1, p. 119 a 144, 1 jan. 2001.

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 , v. 32, n. 8, e00070515, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2016000805003&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Apr. 2021. Epub Aug 08, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulg. Saúde para Debate*, n.22, p.25-35, 2000.

FRANÇOSO, P. A.; MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O cuidado com a população em situação de rua: o consultório na rua nas redes de atenção à saúde e Intersetorial: revisão integrativa da literatura. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 124-131, 2019. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v30i2p124-131. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/154812>. Acesso em: 17 maio. 2021.

FRANGELLA, S.M. *Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

FONTENELE, I. C. *O controle da pobreza na ordem do capital: A centralidade da assistência social no Brasil do ajuste neoliberal*. 2007. Tese de Doutorado em Políticas Públicas. Universidade Federal de São Luís, Maranhão.

HALLAIS, J. A.S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.31, n.7, pp.1497-1504. ISSN 1678-4464.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>> Acesso em: 05 dez 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, n. 26, 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. *Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade*. *Saude soc.*, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 31-46, Dec. 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901997000200005>.

JUNQUEIRA, L.A. P. *Descentralização, intersetorialidade e rede na gestão da cidade*. *Organ. Soc.*, Salvador , v. 11, n. spe, p. 129-139, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302004001000129&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2021. Epub June 29, 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-9110009>.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. *Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza*.

XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”. Caracas, 1997. Disponível em: http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf

LONDERO, M.F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface Comun. Saúde Educ. V.18 n.49. pg. 251-60. 2014.

MAHEIRE, K. et al . Tensões no campo do político e da prática profissional da assistência social. Rev. psicol. polít., São Paulo , v. 20, n. 49, p. 667-687, dez. 2020 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2021.

MARTINEZ, M.. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: o caso de São Bernardo do Campo. In: Novas faces da vida nas ruas. (org.) RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Coleção: Marginalia de Estudos urbanos Vol. 1, 2016. p.281-302.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, Aug. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022004000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>.

MELO, T. “Da rua pra rua”: novas configurações políticas a partir do Movimentos Nacional da População de Rua (MNPR). In: Novas faces da vida nas ruas. (org.) RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Coleção: Marginalia de Estudos urbanos Vol. 1, 2016. p.45-66.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MINAYO, M.C. S.. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

NATALINO M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. 36 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819. Acesso em: 11 out. 2019.

NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial. Ipea: Disoc, 2020. (Nota Técnica, n. 67).

OLIVEIRA, A.; GUIZARDI, F. L. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social. *Saude soc.*, São Paulo, v. 29, n. 3, e190650, 2020

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000300307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Maio 2021. Epub Aug 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190650>.

PAULA H.C., et al. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2843-7. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>

PAULA H.C., et al. No place to shelter: ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200489. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>

PREFEITURA DE SÃO CARLOS. São Carlos realiza análise dos 10 anos da Política Nacional à População em situação de rua. 2019. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2019/173972-sao-carlos-realiza-analise-dos-10-anos-da-politica-nacional-a-populacao-em-situacao-de-rua.html> 2019. Acesso em: 26 mar. 2021

PREFEITURA DE SÃO CARLOS. A cidade de São Carlos. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/conheca-sao-carlos/115268-a-cidade-de-sao-carlos.html>> Acesso em: 05 dez 2020.

SILVA T. D.; NATALINO M.; PINHEIRO, M. B. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Ipea: Disoc. 2020. (Nota técnica, n. 74)

SIMÕES, Tatiana do Rego de Bonis Almeida et al. Mission and effectiveness of Outdoor Clinics (Consultórios na Rua): an experience of consensus production. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, Sept. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300963&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711423>.

SOUZA, R. L. A mitologia bandeirante: construção e sentidos. Dossiê: História Comparada. *História Social*, n. 13, p. 151-171, 11. 2007.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, M; FONSECA, Z. (org). Saberes e Práticas na atenção à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1ª Ed. Hucitec: São Paulo, 2015.

TEIXEIRA, M. B., BELMONTE, P., ENGSTROM, E. M., LACERDA, A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de

JaneiroSaúde debate 43 (spe7) 13 Jul 20202019 • <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>

VALLE, F. A. A. L., FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde Physis 30 (02) 28 Out 20202020 • <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>

VARGAS, E. R., MACERETA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica 42 23 Out 2018 • <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>

VIEGAS, S. M.F. et al . The routine of the street outreach office team: weaving networks for health promotion. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, e20200222, 2021 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000300219&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2021. Epub Feb 24, 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0222>.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. M.F.F. Política Social e Psicologia: Uma trajetória de 25 anos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. esp., p. 9-24, 2010.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D.O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 137, p. 7-13, abr. 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2021. Epub 07-Fev-2020. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.198>.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. Saude soc., São Paulo , v. 23, n. 1, p. 191-203, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100191&lng=en&nrm=iso>. Access on 17 May 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015>.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE 1– QUESTÕES DISPARADORAS PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

1.1. Dados Pessoais

Data: __/__/____ Iniciais: _____ Sexo: _____

Idade: _____ anos. Função: _____

Tempo de trabalho nesta função: ____anos ____meses.

Grau de escolaridade (Instituição/ano de graduação/ Pós-graduação (tipo/ instituição/ área)

Você poderia me contar da sua trajetória profissional até chegar ao seu atual posto de trabalho?

1.2 Profissionais e gestores (perguntas para todos os profissionais da rede, exceto CnaRua)

1. Como foi a construção e implementação do CnaRua neste município? Quais as estratégias utilizadas?
2. Como você percebe os efeitos da implementação do CnaRua para a população em situação de rua?
3. Poderia relatar algum caso que atendeu e obteve avanços e outro que ainda não conseguiu avançar?
4. Você quer acrescentar mais alguma coisa sobre esses temas que falamos?

1.3. Para profissionais de CnaRua

1. Como a equipe de CnaRua atua neste município? Quais as estratégias utilizadas?
2. Como é realizado o atendimento pelo CnaRua? Quais os locais utilizados?
3. Quais os serviços utilizados que contribuem para o cuidado da pessoa em situação de rua? Como é realizado os encaminhamentos?
4. Como tem sido para você atuar na equipe de Consultório na Rua?
5. Você quer acrescentar mais alguma coisa sobre esses temas que falamos?

APENDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa que estamos desenvolvendo, denominada “Consultório na Rua em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo: implementação e consolidação”.

Meu nome é Caroline dos Santos Pereira, pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGEnf /UFSCar) o presente estudo tem como orientação da Prof. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanata. O objetivo principal desta pesquisa é caracterizar o processo de implementação da equipe de Consultório na Rua em um município do interior de São Paulo.

As perguntas estão relacionadas à implementação do Consultório na Rua e da rede de cuidado à população em situação de rua do município.

Se o senhor (a) aceitar, deverá responder uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos, em local e horário que for melhor para o senhor (a) e que não atrapalhe o andamento do seu trabalho. A entrevista será gravada em áudio para facilitar a transcrição integral. Caso apresente algum desconforto poderá desistir a qualquer momento incluindo durante e após a entrevista.

Sua participação é voluntária e não haverá custo e/ou remuneração. Se o senhor (a) não quiser participar da pesquisa, resolver desistir ou retirar seu consentimento a qualquer momento, não haverá, em hipótese alguma, problemas com seu vínculo municipal com o serviço de saúde ou serviço de assistência social.

As informações coletadas serão mantidas em segredo sob nossa guarda e responsabilidade, e utilizadas somente para fins científicos. Esclarecemos que o (a) senhor (a) não será em momento algum identificado. No caso de eventuais dados decorrentes da pesquisa será garantida assistência integral às complicações e indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições participantes do desenvolvimento da pesquisa.

Os riscos previstos podem envolver algum desconforto ou constrangimento no momento das respostas à entrevista. Se isso ocorrer, nos colocaremos à disposição para amparar e confortar o participante. É garantido ao participante da pesquisa seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa. Não haverá ressarcimento das despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, pois o pesquisador irá até você para

realizar a entrevista. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos. Este resultado não trará benefícios diretos aos participantes neste momento, mas sua participação poderá nos ajudar a avaliar o impacto da implementação do Consultório na Rua na saúde da população em situação de rua e colaborar para melhorias das políticas públicas para essa população.

Se o senhor (a) aceitar participar da pesquisa, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após tirar suas dúvidas com os pesquisadores. Caso deseje falar conosco, poderá nos encontrar neste telefone (16) 3351-8334 ou nos procurar no Departamento de Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos – SP, CEP 13565-905.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas e preservar seus direitos. Assim, se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com este CEP da UFSCAR pelo telefone (16) 3351-8028 ou no endereço Rodovia Washington Luís, s/n, São Carlos – SP, CEP 13565-905, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30 em dias úteis.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente que quando não quiser mais participar, posso desistir em qualquer momento e retirar meu consentimento, sem nenhuma espécie de prejuízo, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo com o serviço de saúde ou serviço de assistência social. Sei também que no final desta pesquisa meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via assinada e rubricada deste documento pela pesquisadora responsável e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Entrevistado(a)

Caroline dos Santos Pereira

Pesquisadora responsável São Carlos, de _____ de 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Consultório na Rua em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo: implementação e consolidação

Pesquisador: CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29372720.6.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.192.986

Apresentação do Projeto:

Solicitação de emenda para validação do novo TCLE e dos processos associados à realização de entrevistas por meio eletrônico, motivado pela Pandemia de Covid-19.

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e de cunho qualitativo, fundamentado

no referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa. Os participantes serão profissionais de saúde e da assistência social que prestam serviço para a população em situação de rua do município. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com uma questão norteadora.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é de caracterizar o processo de implementação da equipe de Consultório na Rua em um município do interior de São Paulo.

Os objetivos específicos são: caracterizar a implantação do Consultório na Rua no município do interior de São Paulo; descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais que fazem parte da equipe; discutir o papel da equipe de Consultório na Rua na rede de atenção à saúde e assistência social em um município do interior de São Paulo; discutir as potencialidades e as fragilidades dessa estratégia enquanto promotora de atenção integral à saúde da população em situação de rua (foco ao cuidado em rede).

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 4.152.986

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos são desconforto ou constrangimento no momento das respostas à entrevista. Caso essa situação ocorra, assumem que se colocarão à disposição para amparar e confortar o participante. O benefício é na direção de contribuir com conhecimento na temática, assim como qualificar a atuação do Consultório na Rua.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão apresentados, inclusive aqueles que estavam declarados que seriam via Termo de confiabilidade ao acesso de informações e dados com a ciência da secretaria municipal de saúde e secretaria municipal de cidadania e assistência social.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo atende às recomendações postas a pesquisas com seres humanos, solicitou na emenda mudança da entrevista para forma remota, apresentando todos os ajustes implicados nisto, inclusive no TCLE e na captação dos participantes. Ainda, os documentos das instituições parceiras foram apresentados. O cronograma foi alterado. Recomendo aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda solicita alteração da entrevista de presencial para a forma remota e apresenta todos os desdobramentos, a saber cronograma, convite, captação e TCLE. Ainda estão apresentados os termos de anuência das instituições parcerias. Recomendo aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1597177_E1.pdf	17/07/2020 12:11:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CAROLINE.docx	17/07/2020 12:02:49	CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.pdf	18/05/2020	CAROLINE DOS	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.192.986

Outros	Declaracao_compromisso.pdf	09:08:46	SANTOS PEREIRA	Aceito
Cronograma	cronograma_projeto2.pdf	24/03/2020 19:02:45	CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2.pdf	24/03/2020 19:01:35	CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA	Aceito
Outros	smcas.pdf	18/02/2020 18:20:05	CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA	Aceito
Outros	sms.pdf	18/02/2020 18:19:03	CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	18/02/2020 14:32:50	CAROLINE DOS SANTOS PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 04 de Agosto de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br