



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA  
NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL (PARANÁ, BRASIL)**

**JESUS JAIME RODRIGUEZ CATACORA**

Foz do Iguaçu  
2023

**IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA  
NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL (PARANÁ, BRASIL)**

**JESUS JAIME RODRIGUEZ CATACORA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

Foz do Iguaçu  
2023

JESUS JAIME RODRIGUEZ CATACTORA

**IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA  
NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL (PARANÁ, BRASIL)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima  
UNILA

---

Prof. Dr. Giuliano Silveira Derroso  
UNILA

---

Prof. Dr. Francisney Pinto do Nascimento  
UNILA

---

Profa. Ms. Larissa Djanilda Parra da Luz  
Uniamérica

Foz do Iguaçu, 29 de outubro de 2023.

Dedico este trabalho à minha mãe Elva  
Elisabet Catacora Gutierrez.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço à minha mãe que confiou e me brindou um apoio constante.

Ao meu professor de ensino médio Oscar Castañon que esteve me oferecendo palavras de valia para minha formação acadêmica.

Finalmente, à Universidade Federal da Integração Latino-Americana pela oportunidade de estudo e por me proporcionar uma experiência pessoal e acadêmica significativa na minha vida.

*Que pasen las mujeres que están encinta (casi todas lo estaban pues en las barriadas secas, entre tanta cosa marchita, lo único que siempre florece y está siempre a punto de madurar son los vientres de nuestras mujeres). ¡Que se metan en los nichos de madera y que aguanten allí!*

**Julio Ramón Ribeyro (trecho do conto “Al pie del acantilado”)**

CATACORA, Jesus Jaime Rodriguez. **Implementação do serviço Consultório na Rua no Município de Cascavel (Paraná, Brasil)**. 2023. 86p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

## RESUMO

A vida nas ruas se caracteriza por uma forte exclusão social, vivendo à margem de processos concomitantes de inclusão e de marginalização. Frente desse cenário o Município de Cascavel, manifestando sua intenção de ampliar e garantir o acesso da atenção em saúde para a População em Situação de Rua, implantou no ano de 2016 a equipe Consultório na Rua ligada à gestão da atenção primária em saúde. A presente pesquisa tem por objetivo elucidar o processo de concepção, formulação, implantação e implementação da estratégia Consultório na Rua de Cascavel, estado de Paraná, Brasil. O desenvolvimento da pesquisa foi realizado por meio de 3 fases. A primeira fase como pesquisa bibliográfica, foi realizada por meio da análise de conteúdos relacionados com os seguintes temas: Política Nacional para a População em Situação de Rua, construção da estratégia, dificuldades na implementação e resultado dos serviços da equipe Consultório na rua. A segunda fase como pesquisa documental, foi realizada através da coleta dos documentos com os seguintes temas: Política Nacional para a População em Situação de Rua, atenção em saúde à População em Situação de Rua, Planos Municipais de Saúde de Cascavel-PR, relatórios Anuais de Gestão do Município de Cascavel-PR, atas do Conselho Municipal de Saúde, relatórios das Conferências Municipais de Saúde, conteúdos e informes publicados no site oficial da Secretaria Municipal de Saúde e da Assistência Social de Cascavel. Por último, a terceira fase foi efetivada por meio de 11 entrevistas semiestruturadas realizadas a coordenadores do serviço e profissionais de saúde que compõe ou que tenham participado durante os anos de funcionamento da equipe Consultório na Rua de Cascavel, desde o momento de sua implantação. Evidenciou-se como barreira da implantação a resistência do Município de Cascavel em efetivar a equipe Consultório na Rua por muitos anos, e a barreira da implementação como a ausência de recursos materiais específicos para o serviço, também destacou-se a capacidade da equipe em se adaptar ao entorno de rua e a inquietude do perfil profissional como critério de avaliação para o recrutamento de profissionais para o serviço.

**Palavras-chave:** Consultório na Rua; Cascavel; implantação; implementação; barreiras.

CATACORA, Jesus Jaime Rodriguez. **Implementación del servicio Consultorio en la Calle no Municipio de Cascavel (Paraná, Brasil)**. 2023. 86p. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

## RESUMEN

La vida en las calles se caracteriza por una fuerte exclusión social, viviendo al margen de procesos concomitantes de inclusión y marginación. Ante este escenario, el Municipio de Cascavel, expresando su intención de ampliar y garantizar el acceso de la atención a la salud para la Población en Situación de Calle, implementó en el año 2016 el equipo Consultorio en la Calle vinculado a la gestión de la atención primaria a la salud. Esta investigación tiene como objetivo dilucidar el proceso de concepción, formulación, implantación e implementación de la estrategia Consultorio en la Calle de Cascavel del estado de Paraná, Brasil. El desarrollo de la investigación se realizó a través de 3 fases. La primera fase, como investigación bibliográfica, se realizó a través del análisis de contenidos relacionados con los siguientes temas: Política Nacional para la Población en Situación de Calle, construcción de la estrategia, dificultades en la implementación y resultado de los servicios del equipo Consultorio en la Calle. La segunda fase, como investigación documental, se realizó mediante la recopilación de los documentos con los siguientes temas: Política Nacional para la Población en Situación de Calle, atención en salud a la Población en Situación de Calle, Planes Municipales de Salud de Cascavel-PR, actas del Consejo Municipal de Salud, informes de las Jornadas Municipales de Salud, contenidos e informes publicados en la página oficial de la Secretaría Municipal de Salud y Asistencia Social de Cascavel. Finalmente, la tercera fase se realizó a través de 11 entrevistas semiestructuradas realizadas a coordinadores y profesionales que integran o participaron durante los años de funcionamiento del equipo del Consultorio en la Calle de Cascavel, desde el momento de su implantación. Se evidenció como barrera para la implantación, la resistencia del Municipio de Cascavel en ejecutar el equipo de Consultorio en la Calle durante muchos años, y en el caso de la implementación, se indicó la barrera de la ausencia de recursos materiales específicos para el servicio, también se destacó la capacidad de adaptación del equipo al entorno de la calle y la preocupación por el perfil profesional como criterio de evaluación para la contratación de profesionales para el servicio.

**Palabras-clave:** Consultorio en la Calle; Cascavel; implantación; implementación; barreras.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura I</b> - Instrumentos de gestão e controle social considerados na pesquisa.....	16
<b>Figura II</b> - Informações dos entrevistados considerados na pesquisa. ....	17
<b>Figura III</b> - Categorias de análise baseadas nas entrevistas com os profissionais considerados para a pesquisa.....	18
<b>Figura IV</b> - Organização de trabalho inicial da equipe Consultório na Rua de Cascavel.....	50
<b>Figura V</b> - Rede Assistencial para a População em Situação de Rua de Cascavel..	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CadÚnico	Cadastro Único para Programa Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Casm	Centro de Atenção em Saúde Mental
Casp	Avaliação de Projetos e Convênios
CAT	Centro de Atendimento ao Trabalhador
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias
CENTRO POP	Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua
CIAMP Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CR	Consultório na Rua
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DN	Doenças Negligenciadas
EAD	Educação a Distância
eCR	equipe Consultório na Rua
EPI	Equipamento de Proteção Individual
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNCR	Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis
MNLDPSR	Movimento Nacional de Luta e Defesa da População em Situação de Rua
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAID	Programa de Atenção e Internação Domiciliar
PAS	Plano Anual de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNPSR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
PUC	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RHUA	Rede de Atendimento Humanizado
SAS	Secretaria de Assistência Social / São Paulo
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
SEASO	Secretaria de Assistência Social/ Cascavel
SEMPRO	Secretaria de Política Sobre Drogas e Proteção à Comunidade
SESA	Secretaria de Estado de Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel
SIM	Serviço Integrado de Saúde Mental

SUAS	Sistema de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Território Cidadão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2.</b>	<b>A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL</b> .....	20
<b>3.</b>	<b>ANTECEDENTES E IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL-PR</b> .....	30
3.1.	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA .....	30
3.1.1.	Barreiras .....	30
3.1.2.	Fatores cruciais.....	32
<b>4.</b>	<b>PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL-PR</b> .....	35
4.1.	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL-PR.....	35
4.1.1.	Recrutamento do pessoal técnico .....	35
4.1.2.	Composição da equipe multiprofissional.....	36
4.1.3.	Perfil profissional.....	37
4.1.4.	Atividades de rotina.....	39
4.1.5.	Fatores cruciais.....	42
4.1.6.	Barreiras do serviço .....	44
4.1.7.	Dificuldades.....	48
4.2.	PLANEJAMENTO E PRÁXIS .....	50
4.2.1.	Estratégias de abordagem .....	50
4.2.2.	Multiprofissionalidade.....	53
4.2.3.	Multisetorialidade .....	55
4.2.4.	Resolutividade.....	58
4.3.	PANORAMA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE CASCAVEL .....	58
4.3.1.	Rede assistencial .....	59
4.3.2.	Perfil.....	63
4.3.3.	Condição de saúde .....	64
4.3.4.	Impacto da equipe Consultório na Rua .....	65

<b>5.</b>	<b>REPERCUSSÃO E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO DO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL</b> .....	67
5.1.	DINAMISMO ENTRE O SERVIÇO E A COMUNIDADE CASCAVELENSE .....	67
5.1.1.	Reconhecimento.....	67
5.1.2.	Impacto da equipe Consultório na Rua .....	68
5.2.	PROVIDENCIAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA.....	68
5.2.1.	Desafios .....	69
5.2.2.	Mudanças estruturais .....	70
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	75
	<b>APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES DO SERVIÇO</b> .....	81
	<b>APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAL DA ECR</b> .....	83
	<b>ANEXO A: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A POPULAÇÃO DE RUA DE CASCAVEL</b> .....	85
	<b>ANEXO B: AÇÕES DOS SERVIÇOS OFERTADOS NO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A POPULAÇÃO DE RUA DE CASCAVEL</b> .....	86

## 1. INTRODUÇÃO

Desde a Roma antiga de Diógenes até o século XXI, a população em situação de rua forma parte da cena cotidiana nas ruas, e diante disso, atividades que comumente permanecem off scene seja tomar banho, dormir, defecar, etc. se exibem com o beneplácito do vulgo. Como fenômeno global espacial, o fato de morar nas ruas é resultado das desigualdades sociais originadas nas etapas de mudança do sistema capitalista e pelo tipo de manufatura que se adota em cada local (MIRANDA, 2016, p. 47).

A população de rua se vê constantemente vulnerabilizada nos seus direitos fundamentais. Historicamente, essa população é vítima de violências, abusos e indiferença, sofrendo uma intensa precarização das condições de vida e de saúde. Em suma, uma exposição a fatores de risco que se insere no imaginário das pessoas em situação de rua a não se reconhecer como pessoas detentoras de direito. (WIJK; MÂNGIA, 2018, p. 3358). Quanto à saúde, entendida como o modelo biopsicossocial de bem-estar, a população de rua sofre por doenças negligenciadas, comorbidades psiquiátricas, uso abusivo de drogas e os simbolismos sociais altamente estigmatizantes. Nesse contexto, vigora um cenário perverso, da qual a única saída é o completo abandono ou até mesmo a morte (BRITO; SILVA, 2021, p. 152).

Órgãos oficiais nacionais e internacionais possuem sua própria referência conceitual para caracterizar a População em Situação de Rua (PSR), mas sua definição é extremamente complexa e é essencial que seja ressignificada de acordo a realidade e especificidades de cada território (BRASIL, 2015, p. 30). Contemplada a partir do atual marco legal brasileiro, a PSR pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular (BRASIL, 2009).

No entanto, apesar de este conceito ser o pilar que norteia os programas em nível nacional e as ações dirigidas à PSR, faz parte de mais uma tentativa de definir e circunscrever nos limites de uma categoria, pessoas que compõem um cenário cheio de múltiplas circunstâncias e individualidades (CORREIO; COSTA, 2014, p. 32).

Para Paiva, tradicionalmente a PSR tem sido forjada por meio de ações de controle do Estado, que se encarregavam de praticar, de tempos em tempos, atos violentos de despejo ou “limpeza cidadã” que agravavam sua condição de vulnerabilidade, complicavam sua existência e reforçavam sua relação com os órgãos públicos de um “estado social” para um “estado penal”:

a mudança do regime político ocorrida no Brasil, na década de 1980, seguida por recessões econômicas, aumento do desemprego e intensificação do processo de globalização, contribuiu para que a miséria rompesse os limites espaciais, transbordando vilas, favelas e cortiços para as ruas e praças das cidades (PAIVA, *et al.* 2015, p. 2596).

Devido à ocorrência de diversos episódios de violência contra a PSR no início da década de 2000, dentre os quais têm destaque “O massacre da Sé”, acontecido na Praça da Sé (São Paulo, Brasil), foram surgindo manifestações à procura de justiça que fortaleceram o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), gerando resultados transformadores, dentre os quais se obtiveram conquistas como a realização da primeira Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, no ano de 2008, a instituição de representações dessa população em espaços como o Conselho Nacional de Assistência Social em 2014 e no Conselho Nacional de Saúde, no ano de 2013.

Segundo a Constituição Federal de 1988, artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, mas, o exercício desse direito é negado a grupos populacionais específicos que, por sua heterogeneidade, requerem a implementação de estratégias e políticas públicas focadas nas desigualdades desses sujeitos e destinadas a evitar situações de iniquidade existentes no atendimento à sua saúde (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018, p. 755).

Um dos maiores ganhos para o Brasil foi a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) em 2009, que reconhece a PSR como sujeito de direito e especifica objetivos relevantes, como a garantia de acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que compõem as políticas públicas de saúde, educação, assistência social, habitação, segurança e polícia cultural, etc. deixando de lado as ações assistencialistas e também as políticas higienistas tradicionalmente existentes (BRASIL, 2014, p. 15).

A estratégia brasileira de atenção à saúde da PSR encontra-se definida na Política Nacional de Atenção Básica, desde a sua revisão no ano de 2011. Tal estratégia encontra-se assentada na organização das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), que possuem o propósito de ampliar o acesso aos serviços de saúde, objetivando a oferta de serviços de atenção básica e de saúde mental a essa população, a fim de prestar-lhes atenção à saúde de forma integral e humanizada.

As ações desenvolvidas nessa modalidade de atendimento estavam voltadas para a saúde mental e para os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, esse foco, porém seria substituído pela proposta da atenção integral, por meio

de composição padronizada de equipes, que possui um sistema de modalidades que busca garantir a existência de profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais em sua estrutura.

A presente pesquisa tem por objeto o estudo do processo de formulação, implantação e implementação do serviço de Consultório na Rua (CR) no Município de Cascavel (Paraná, Brasil). Trata-se de um estudo de caso descritivo que possui como objetivo geral elucidar o processo de concepção, formulação, implantação e implementação da estratégia CR de Cascavel, estado de Paraná, Brasil. Com o intuito de mensurar os resultados esperados e atingir o objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) caracterizar as redes de atenção à saúde dirigidas à PSR antes da implantação da estratégia CR no Município de Cascavel (Paraná, Brasil);
- b) sintetizar a conjuntura social local durante a implantação do programa CR na cidade de Cascavel (Paraná, Brasil); assim também como analisar o processo de constituição e implementação da eCR de Cascavel (Paraná, Brasil);
- c) descrever as dificuldades encontradas na implementação da eCR de Cascavel (Paraná, Brasil), bem como as estratégias adotadas pela equipe técnica e gestora para sua superação; e
- d) analisar os resultados e avanços alcançados pela estratégia CR desde sua implementação em Cascavel (2016), assim como os desafios a serem superados no futuro próximo.

Portanto, fazia-se necessário destacar e sintetizar a história da PSR no contexto social e político do Brasil, da mesma forma que a formulação e princípios que nortearam a idealização da estratégia de CR. Também foi relevante identificar e descrever as barreiras, dificuldades e estratégias próprias da realidade no Município de Cascavel para a implantação e implementação do serviço.

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado por meio de 3 fases, a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com os sujeitos que participaram do planejamento e implementação do serviço CR no Município de Cascavel-PR.

Para a consecução do estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com eixos temáticos que favoreçam a consolidação e o aprofundamento da constituição do marco teórico de análise da pesquisa. Os temas a serem explorados foram:



- a) Política Nacional para a População em Situação de Rua;
- b) construção da estratégia eCR;
- c) dificuldades na implementação da estratégia eCR;
- d) resultado dos serviços de eCR.

O levantamento do material bibliográfico será realizado nas seguintes bases de dados: Portal de Busca Integrada da Universidade de São Paulo (Pbi); Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Google Scholar (Google Acadêmico) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Depois de realizar uma sistematização referente ao material bibliográfico obtido, procedeu-se à obtenção de documentos os quais permitam identificar a origem do serviço, os princípios éticos e diretrizes éticas do serviço, assim também como seu funcionamento e implantação. Foram coletados os seguintes documentos: a. Política Nacional para a População em Situação de Rua; b. Atenção em saúde à População em Situação de Rua; d. Planos Municipais de Saúde (PMS) de Cascavel-PR; atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS); relatórios das Conferências Municipais de Saúde; conteúdos e informes publicados no site oficial da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e de Assistência Social (SEASO) de Cascavel. A Programação Anual de Saúde (PAS) não foi útil para a pesquisa por não mostrar informações que pudessem complementar ou reforçar a descrição do processo de implementação. A tabela abaixo registra os instrumentos de gestão em saúde e de controle social de Cascavel com seus respectivos períodos considerados para a pesquisa:

**Figura I** - Instrumentos de gestão e controle social considerados na pesquisa.

Instrumentos de gestão e de controle social	Período
Plano Municipal de Saúde (PMS)	2018 – 2025
Programação Anual de Gestão (PAG)	2015 – 2022
Conferências Municipais de Saúde	2013 – 2021
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	2019 – 2023

A última fase da pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, registradas nos apêndices A e B da pesquisa, realizadas a coordenadores do serviço e profissionais de saúde que compõe ou que tenham participado durante os anos de funcionamento da eCR de Cascavel, desde o momento de sua implantação. Foram 11 profissionais entrevistados nos meses de janeiro e abril do ano de

2023, as entrevistas foram realizadas individualmente e no caso dos coordenadores foram aplicados os dois roteiros de entrevista. As entrevistas foram registradas através de gravação por meio digital, após permissão para posterior transcrição. No seguimento, o quadro abaixo registra o tempo das entrevistas, a função ou cargo do profissional junto com seu período de atuação dentro da equipe:

**Figura II** - Informações dos entrevistados considerados na pesquisa.

Cargo / Função	Período de atuação	Duração por entrevista
Enfermeiro	2018 – 2023 (realização da entrevista)	34 min 37 s.
Enfermeira	2021 – 2022	33 min.
Técnica de Enfermagem	2021 – 2023 (realização da entrevista)	31 min 35 s.
Técnica de Enfermagem	2017 – 2019	1 h 11 min 18 s.
Técnica de Enfermagem	2019 – 2021	1 h 21 min 56 s.
Assistente Social e coordenadora	Faz 3 meses (realização da entrevista)	25 min 22 s.
Assistente Social e coordenadora	2016 – 2021	1 h 20 min 30 s.
Psicóloga e coordenadora	2016 – 2019	1 h 42 min 30 s.
Médico	2018 – 2023 (realização da entrevista)	34 min 21 s.
Médico	2016 – 2017	1 h 15 min 4 s.
Motorista	2018 – 2022	29 min 27 s.

Com base nas declarações dos entrevistados foi possível elucidar e analisar os antecedentes, implantação e implementação do serviço Consultório na Rua na rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Por meio do método de análise de conteúdo (Bardin, 2011) foram produzidas 6 categorias, dos quais serão abordadas em cada capítulo segundo sua pertinência analisando cada componente do processo de implementação. Para resguardar a identidade das pessoas mencionadas nos depoimentos, será utilizada a seguinte característica “\*\*\*\*” para evitar qualquer tipo de relação com os informantes. A seguir, o quadro abaixo apresenta as categorias, subcategorias e a frequência de codificação por temática com uma frequência maior a 10, critério que foi utilizado para dar uniformidade nos relatos.

**Figura III** - Categorias de análise baseadas nas entrevistas com os profissionais considerados para a pesquisa.

Categorias	Subcategorias	Frequência de codificação
Implantação da equipe Consultório na Rua	Barreiras	12 cod.
	Fatores Crucias	24 cod.
Implementação da equipe Consultório na Rua	Recrutamento do pessoal técnico	26 cod.
	Composição da equipe multiprofissional	23 cod.
	Perfil profissional	79 cod.
	Atividades de rotina	39 cod.
	Barreiras	86 cod.
	Dificuldades	69 cod.
	Fatores cruciais	52 cod.
Planejamento e práxis	Estratégias de abordagem	82 cod.
	Multiprofissionalidade	34 cod.
	Multisetorialidade	36 cod.
	Resolutividade	14 cod.
Panorama da População em Situação de Rua de Cascavel	Rede assistencial	29 cod.
	Perfil	50 cod.
	Situação de saúde	13 cod.
	Impacto da equipe Consultório na Rua	16 cod.
Dinamismo entre a equipe Consultório na Rua e a comunidade cascavelense	Reconhecimento	29 cod.
	Impacto da equipe Consultório na Rua	15 cod.
Providencias para o aperfeiçoamento da equipe Consultório na Rua	Desafios	14 cod.
	Mudanças estruturais	30 cod.

A presente pesquisa foi acompanhada de protocolo de pesquisa submetido ao comitê de ética, por meio da plataforma Brasil. O protocolo 5.522.922 foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG e pela Escola de Saúde Pública do Município de Cascavel. Para evitar algum prejuízo aos sujeitos da pesquisa, foram adotadas as seguintes diligências:

a) todos os sujeitos que participaram da pesquisa foram prévia e detalhadamente informados dos objetivos e da finalidade dos seus depoimentos para a pesquisa. No contato inicial foi esclarecido que a participação na pesquisa será de modo voluntário, e que nenhum prejuízo poderá ser causado àquele que não se dispuser a participar da pesquisa;

b) foi informado que a identidade de cada informante será preservada. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade acadêmica a que se destinam, e a citação das falas será realizada de modo a não se permitir a identificação do declarante;

c) antes do início de cada entrevista foi mostrado ao informante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual estão relacionadas as condições de participação na pesquisa e as medidas adotadas para evitar danos a seus direitos de personalidade. Os informantes foram esclarecidos que poderão interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que disso advenha algum prejuízo para si.

Os documentos coletados e o inteiro teor das declarações obtidas nas entrevistas realizadas com a equipe multiprofissional em saúde serão analisados mediante a aplicação do método de Análise de Conteúdo e a técnica de categorização por saturação considerando apenas aquelas com frequência maior a 10 em codificações por temática, conforme explanado por Bardin (2011). Para a constituição do corpus da pesquisa foram adotadas as seguintes regras do método: a) regra da exaustividade, segundo a qual buscar-se-á obter todos os documentos disponíveis e relevantes para a temática da pesquisa; b) regra da representatividade, que define o universo do conteúdo a ser explorado; c) regra da homogeneidade, levando em consideração que os documentos sejam do mesmo tema e obtidos com técnicas e unidades de análise similares; d) regra da pertinência, no qual se procura que os documentos se adaptem ao objetivo da pesquisa e; e) regra da exclusividade, para que um elemento não possa ser classificado em mais de uma categoria.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo se aprofunda no fenômeno da situação de rua e o desenvolvimento das políticas públicas em saúde para a PSR no Brasil. No segundo capítulo se evidencia o processo de formulação e implantação do serviço CR em Cascavel-PR. Dando continuidade para o processo de efetivação, o terceiro capítulo se narra o desenvolvimento da equipe multiprofissional CR no Município de Cascavel-PR. Em seguida, o quarto capítulo se exhibe a repercussão e desafios a serem superados dentro da rede assistencial para a PSR de Cascavel-PR. Em última instância, as considerações finais refletem os resultados mais relevantes e sugestões de estudos que se depreende delas, com o intuito de dar continuidade à temática da pesquisa.

## 2. A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Hoje ocupar as ruas como moradia é um fenômeno bastante relacionado com a pobreza, marginalização e o simbolismo agressivo que atribui à população em situação de rua como pessoas ociosas e preguiçosas, mas, é muito importante ressaltar que é um fenômeno que acontece há muitos séculos. Suas causalidades, representações e consequências que se confere ao fato de viver nas ruas, varia imensamente de acordo ao tempo histórico e espaço físico onde tem lugar. Por exemplo, nas civilizações clássicas que compõe a antiguidade ocidental, a desocupação ou ociosidade significava ser livre de ser forçado pelas necessidades da vida, inclusive, acarretava uma intensa valorização do ócio e discriminação pelo próprio trabalho como meio de subsistência. Embora conceitos como trabalho e ócio foram mudando conforme se dava início à idade moderna, se resignificando e dando forma à antítese do seu significado na idade antiga; o trabalho acaba formando o eixo central geradora de riqueza, e a burguesia faz o possível para reinserir a vida produtiva à população pobre. Desde a baixa idade média até o século XIX as legislações, nesse novo marco político e social, foram se-reforçando com ações de caráter punitivista contra o ócio e se enquadrando na tendência do aproveitamento da mão de obra nas indústrias, fortalecendo o imaginário da dignidade como centralidade no trabalho. (MIRANDA, 2016, p. 52)

Com a inserção cada vez maior da revolução industrial ao redor do mundo, a proposta da subsistência por meio da indústria e produção em série se tornava a tendência socioeconômica. As forças de trabalho começam se aderindo às condições impostas pela classe dominante e coexistindo ao redor das indústrias em busca de maior oportunidade, dando forma ao espaço urbano e um cenário com formas questionáveis de sobrevivência (FERREIRA *et al.*, 2011, p. 53).

[...] a existência de pessoas que usam as ruas como moradia e subsistência está alicerçado na estrutura do modo de produção capitalista, que produz constantemente uma superpopulação relativa da qual a população em situação de rua faz parte [...] (TIENGO, 2019, p. 4).

Com o crescimento urbano durante o período da revolução industrial e uma gradual consolidação do capitalismo como sistema econômico hegemônico, acabaria provocando o fenômeno social da apropriação das ruas como espaço de moradia e sobrevivência decorrente da coexistência do processo da implantação das indústrias e a população que não tinha acesso aos meios de produção de bens e serviços (CASTEL, 1997, p. 32).

Levando em consideração o caráter multifatorial do fenômeno, se faz necessário colocar à disposição os conceitos e definições desse segmento populacional, seja através dos órgãos nacionais e internacionais, como também de especialistas que agregaram conteúdo de valia ao debate.

Segundo a ONU, no relatório do ano 2015, a Relatora especial da Assembleia Geral do Conselho de Direitos Humanos; a definição dos *homeless*, ou população em situação de rua, possui um enfoque tridimensional baseado nos direitos humanos. A primeira dimensão trata da ausência de moradia tanto do aspecto material quanto o aspecto social para estabelecer suas relações com os outros; a segunda dimensão traz consigo a situação de rua como discriminação sistemática e exclusão social e, na última dimensão se reconhece às pessoas em situação de rua como titulares de direitos que são resilientes na luta pela sobrevivência e dignidade (ONU, 2015, p. 5).

Para se referir a sua caracterização na conjuntura nacional, é preciso citar à Secretaria de Assistência Social (SAS) de São Paulo e a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) que propõe sua definição como:

segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade - praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto - em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaça de veículos (SAS; FIPE, 2000, p. 2)

Com fins mais instrumentais de governabilidade, o decreto nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), apresenta a definição deste segmento da sociedade como:

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

Por último, na Política Nacional de Assistência Social da Inclusão da População em Situação de Rua (2008), são consideradas questões estruturais inseridas no cenário da PSR, como a marcante desigualdade social, a influência do sistema capitalista do trabalho assalariado, a pobreza e a estigma de exclusão a que se submetem. Baseando-se no trabalho dos cientistas sociais Alcock e Castel, se manifesta a seguinte definição:

a população em situação de rua encerra em si o trinômio expresso pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação. [...] exclusão social relaciona-se com situação extrema de ruptura de relações familiares e afetivas, além de ruptura total ou parcial com o mercado de trabalho e de não participação social efetiva. Assim, pessoas em situação de rua podem se caracterizar como vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (Martins, 1994 *apud* BRASIL, 2008, p. 3).

Em virtude das definições expostas, os elementos mais frequentes são aqueles que guardam relação com problemáticas sujeitas ao fato de morar nas ruas, por exemplo a falta de moradia convencional, a discriminação, a exclusão social e as relações familiares fragmentadas. Percebe-se nos conceitos adotam matizes individualizantes com centralidade da vida na tríade família-casa-trabalho, expondo o caráter normativo do liberalismo e o desejo de perseguir o ideal “reestabelecimento dos vínculos” e a “inserção pelo trabalho” à sociedade. Também, morar em situação de ruas pode mudar drasticamente com o território onde se encontra inserido, sendo necessário uma ressignificação da definição (TEIXEIRA; FONSECA, 2015, p. 30). Com alguns conceitos mais harmoniosos com a realidade da PSR que outros, o fato é que a definição se torna extremamente complexa ao limitar dentro de uma ordem semântica realidades, vivências e representações grandemente flexíveis à denominação PSR (CORREIO; COSTA, 2014, p. 32).

O conceito de pessoa detentora de direitos e deveres traz consigo, na sua essência, o reconhecimento de proteger a dignidade humana promovendo sua liberdade e autonomia sobre sua própria vida. A tutela do estado também pode estar ao serviço de fortalecer a autonomia do indivíduo e não como a anulação dele, mas, lamentavelmente a tendência dessa tutela se dá invalidando e fragmentando ao sujeito para realizar intervenções de caráter assistencialista ou paternalista, afiançando a passividade do sujeito (TEIXEIRA; FONSECA, 2015, p. 35).

A vida nas ruas se caracteriza por uma forte exclusão social, vivendo à margem de processos concomitantes de inclusão e de marginalização. A tendência do corpo social é a intolerância estimulado com as forças da ordem do Estado, desconsiderar e atropelar a inalienabilidade dos direitos fundamentais dos moradores de rua.

O uso abusivo de drogas, sofrer transtornos mentais, infecções do DST/HIV/aids, gravidez de alto risco, doenças crônicas, saúde bucal e tuberculose, conformam só alguns dos múltiplos fatores agravantes na PSR. Tomando como base alguns depoimentos da PSR, os estigmas sociais reproduzidos por eles, são os mesmos preconceitos do imaginário da sociedade, causando-lhe sofrimento psíquico e baixa autoestima. (BRITO; SILVA, 2021, p. 159).

A ordem espacial se vê transgredida com a presença de uma população que não consume e que fica fora das normas corpóreas ideais, então, a máquina social recorre-se a ações higienistas, de “limpeza cidadã” e se adotam medidas de vigilância e punição. A higienização do espaço urbano e os mecanismos de poder urbanístico agem ao

serviço dos bens comuns, despojando às pessoas que ocupam as ruas do único lugar onde é possível sua existência, porém, a presença desse poder de polícia só demonstra a divergência entre princípios e conflitos de interpretação, pois trabalha para uma lógica na qual o direito das ruas só pertence às pessoas que concentram renda e possuem um patrimônio, e por consequência, acesso aos bens e serviços (FILGUEIRAS, 2019, p. 979).

O cenário brasileiro cheio de antecedentes relacionados a sofrimento psíquico nas ruas e em instituições de longa permanência como manicômios, finalmente começava a mudar para uma situação mais favorável ao ser tratada de forma mais humanizada e com uma abordagem libertária de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade. As ideias do psiquiatra Franco Basaglia impulsariam o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e em 1987, o movimento antimanicomial. Processo que se caracteriza de gerar uma mudança epistemológica, responsável por estabelecer a base na qual a política pública de saúde mental é concebida no Brasil. Com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, ficando conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Com a Lei Paulo Delgado foram progressivamente se abolindo centros manicomiais e, aos poucos, substituídos por uma rede de saúde mental e atenção psicossocial (BRASIL, 2021).

Globalmente, 1,6 bilhão de pessoas em todo o mundo vivem em condições de moradia inadequadas, com cerca de 15 milhões de despejos forçados a cada ano, segundo a ONU-Habitat, que observou um aumento alarmante dos sem-teto nos últimos 10 anos. Os jovens são o grupo etário com maior risco de se tornarem sem-abrigo (ONU, 2020).

Segundo Anderson Lopes Miranda, liderança do Movimento Nacional em de Luta e Defesa da População em Situação de Rua (MNLDPDR), o detonante para que ocorra um evento tão marcante na história da PSR no Brasil, como a I Marcha Nacional da População de Rua no ano 2001, foi a morte em 1997 de Galdino Jesus dos Santos, mais conhecido como “Índio Galdino” quando 5 jovens de classe média alta, atearam fogo quando o cacique da tribo Pataxó Hã-hã-Hãe dormia em um ponto de ônibus. O depoimento dos perpetradores do crime hediondo ao pensar que era um mendigo, estremeceu o Brasil e fortaleceu o protesto nacional no 7 de junho. Este evento viabilizou esse mesmo ano o I Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis dando origem ao Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR) (REDE RUA, 2011).

A I Marcha Nacional da População de Rua tinha o objetivo de apresentar a toda sociedade e às autoridades responsáveis pela implantação das políticas públicas, as reivindicações e propostas, dentre as quais se destacava um anteprojeto de lei que regulamenta a profissão dos catadores de materiais recicláveis. Esse anteprojeto havia sido elaborado no 1º Encontro Nacional de Catadores de Papel, realizado em Belo Horizonte (MG), em novembro de 1999 (SANTOS, 2012, p.27).



Conforme as declarações do coordenador nacional do MNPR, o segundo acontecimento de grande impacto que concretizaria o MNPR, seria a chacina da Sé, mais conhecida como “Massacre da Sé” (REDE RUA, 2011). Entre o 19 e 22 de agosto de 2004 uma série de atos cruéis contra pessoas em situação de rua se daria lugar na Praça da Sé de São Paulo, 15 pessoas moradoras de rua seriam atacadas por policiais, ocasionando a morte de 8 deles e desaparecimento de testemunhas (MELO, 2013, p. 11).

Segundo as investigações, os crimes ocorreram para silenciar os moradores de rua que sabiam do envolvimento de policiais nos esquemas de tráfico de drogas da região. Na época, um segurança particular e seis policiais militares foram denunciados. Três soldados foram presos, mas soltos no mesmo ano por falta de provas (ALBUQUERQUE, 2015).

Podemos concluir que o MNPR nasce de um grupo de pessoas que partilha uma imensa dor e uma história nas ruas cheias de abusos. Desencadeada por um evento traumático como a Massacre da Praça da Sé, se origina uma comunidade que luta por uma vida mais digna, pela efetivação do controle social da PSR e por políticas sociais mais abrangentes que possam dar conta da realidade nas ruas.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) instituída o ano de 2004, possui uma ampliação e fortalecimento da rede assistencial, abrangendo à PSR nos serviços socioassistenciais de proteção social especial de média complexidade. Em síntese, a proteção social especial é direcionada em priorizar e reestruturar os serviços de abrigo para as pessoas que possui seus direitos violados e que se encontram em situação de risco pessoal e social (BRASIL, 2005, p. 36).

Entre os dias 1 e 2 de setembro de 2005, o Governo Federal através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), promoveu em 2005 o I Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua.

O Encontro teve como objetivo geral discutir os desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para a população em situação de rua, e contou com a participação de representantes de municípios - pertencentes aos governos municipais, entidades não-governamentais e representativas da população em situação de rua - especialistas no tema e representantes das Secretarias do MDS (BRASIL, 2006, P. 7).

Na lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 onde se estabelecem as normas, critérios para a organização da assistência social, também conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) instituída em 1993, teria uma alteração no art. 23 graças a Lei nº 11.258 de 30 de dezembro de 2005, no qual se incluiria a orientação da criação de programas de amparo dentro da rede organizacional de assistência social para a PSR (BRASIL, 2006).

Com uma representatividade popular do MNPR já estabelecida no Brasil, o Presidente da República nesse momento, Luiz Inácio Lula da Silva, o 25 de outubro do ano 2006 criou o (Decreto S/N) Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), que tem o objetivo de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. Foi um processo concomitante à criação da normativa no Decreto No. 5.940 (Brasil, 2006), que institui a coleta seletiva nos órgãos da administração pública federal com destinação de materiais recicláveis a associações e cooperativas de catadores. O ato público foi um fato transformador e cheio de simbolismo na história de luta dos segmentos mais marginalizados do Brasil, devido que a PSR ingressou ao Palácio Presidencial em condição do pleno exercício de seus direitos e cidadania. O evento também mostra como o MNCR e o MNPR são movimentos que durante suas conquistas estiveram juntos, sendo uma força que compartilham objetivos análogos ao serviço de um segmento populacional gradualmente mais excluídos (FERRO, 2011, p. 108).

O GTI teve pouco comprometimento dos representantes dos ministérios nos encontros pactados, existindo apenas o engajamento do Ministério da Saúde (MS) e o MDS. Essa precária organização criou um cenário pouco produtivo dentro do GTI, além que os atores sociais envolvidos tinham pouco entendimento de gestão pública, fez que implementar serviços e programas se tornasse uma tarefa inviável, assim também como a construção de políticas públicas ao serviço da inclusão da PSR. Embora não tudo foram falências no GTI, e mais quando aprovaram a realização de um censo em todo o Brasil, sobre a coordenação do MDS, denominado Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (Ibid. p. 115-16).

Com a realização do censo nacional da PSR, se possibilitou reconhecer as especificidades locais e estaduais no território brasileiro, oportunizando ferramentas para a construção de estratégias de intervenção e políticas públicas mais bem planejadas a partir do reconhecimento da população.

A Pesquisa revelou que a População em Situação de Rua é composta predominantemente por homens (82%), sendo a proporção de negros (67%) consideravelmente maior que o percentual de negros na população brasileira (50,7%, segundo Censo Demográfico de 2010), e que a maioria dessa população é composta por trabalhadores que exercem alguma atividade remunerada (70%). Os principais motivos que os levaram à situação de rua foram: desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e alcoolismo/drogas (35,5%) (BRASIL, 2014, p. 13).

A pesquisa foi realizada entre outubro de 2007 e janeiro de 2008, envolveu 71 cidades brasileiras e 48 municípios com mais de 300 mil habitantes, além também de 23 capitais sem levar em conta o tamanho populacional. São Paulo, Belo Horizonte, Recife

e Porto Alegre foram descartadas do estudo devido que já existiam pesquisas similares nesse período. Foram identificadas 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo nas calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, tuneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferros-velhos ou locais de acolhimento institucional. Se percebe na grande maioria dos locais onde foram realizadas as entrevistas, a preocupação de atingir às pessoas em situação de rua dentro das suas realidades, cada uma diferente de outra (BRASIL, 2009, p. 85).

Em junho de 2008 se deu início à segunda etapa do GTI, sendo colocada a consulta pública uma proposta inicial denominada Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. O documento sistematizava as discussões acontecidas até esse momento no GTI, embora sendo discussões preliminares de assuntos relevantes para a garantia de direitos da PSR, constituía uma problematização ainda embrionária da política nacional oferecida pelo GTI (FERRO, 2011, p. 117).

Devido à exposição da política nacional por meio digital, manifestando sua natureza ainda superficial na fase de consulta pública, acabou-se gerando uma mobilização da comunidade que tinha vínculo com a temática. Em São Paulo as Organizações da Sociedade Civil (OSC) junto com o GTI acabariam coordenando uma série de eventos ao serviço da discussão, debate e construção de novas propostas para a política nacional. Além disso, dez municípios de Rio de Janeiro também se uniriam à mobilização através da participação do seminário organizado pelo Fórum Permanente sobre População Adulta em Situação de Rua – RJ. Os acadêmicos também se uniriam ao debate como por exemplo a Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, Universidade de Brasília – UnB e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas. Foi um período no qual o GTI buscou incorporar discussões e novas contribuições por meio da participação em quatro seminários junto com a comunidade civil em São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Fortaleza, todo organizado com a coordenação do MDS (Ibid. p. 117-119).

A segunda versão da política nacional foi finalizada o 30 de janeiro de 2009 e foi iniciada uma revisão de todo aquele conteúdo gerado nas distintas partes do país com ajuda do MDS, finalmente foram realizados mais encontros com a sociedade civil para discutir alguns pontos da política nacional e dar culminação na etapa de análises e reestruturação (Ibid. p. 120).

Em maio de 2009 foi realizado em Brasília o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, após ser colocada a consulta pública a Política Nacional para a População em Situação de Rua sua validação através deste evento seria o objetivo

principal. O ambiente que marcou aquele encontro foi de muita inquietude, desconforto e conflito devido a uma precária organização do MDS, o pouco compromisso de alguns ministérios e o dificultoso exercício em acordar estratégias conjuntas para a implementação da política nacional. Inclusive existiu resistência por parte dos ministérios aos compromissos dos quais só alguns deles estavam dispostos a assumir. Em síntese o encontro não se mostrou frutífero na adesão dos ministérios, não existiu uma discussão competente das propostas levadas e, por último não foi possível pensar em estratégias para a política nacional, nem para futuras iniciativas de continuidade (Ibid. p. 122).

Em vista do inefetivo que foi o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, a sociedade civil ou seja o MNPR, a Pastoral Nacional e diversos atores que deram seguimento ao projeto, se decidiu criar o “Fórum Nacional Provisório da População de Rua” com a finalidade de garantir a implementação da política nacional. Após uma luta política bastante intensa, readequações do texto e negociações com o governo sobre a política nacional, em dezembro de 2009 finalmente é instaurada a Política Nacional para População em Situação de Rua assinada pelo presidente Luiz Inacio Lula da Silva com o Decreto No. 7.053 (Ibid. p. 125-126).

No final, a PNPSR foi estabelecida pelo Decreto Federal nº 7.053/2009 junto com o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional. O MNPR junto com outras organizações da sociedade civil através de anos de luta puderam concretizar uma das maiores conquistas para a PSR do Brasil, que o reconhece como sujeito de direito e especifica objetivos relevantes, como a garantia de acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que compõem as políticas públicas de saúde, educação, assistência social, habitação, segurança e polícia cultural, etc. deixando de lado as ações assistencialistas e também as políticas higienistas já existentes no país. O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP Rua) tinha como objetivo ser um espaço de diálogo entre os representantes da PSR e os representantes de diferentes setores do Estado para articular trabalhos intersetoriais das políticas públicas da PSR, monitorar e planejar o desenvolvimento e divulgação da PNPSR, acompanhar as 3 esferas de governo na implementação da PNPSR e análise conjuntural e definir metas e objetivos e responsabilidades (BRASIL, 2014, p. 16).

Grande parte dos serviços públicos que a PSR acaba utilizando com mais frequência na rede, tem sua origem em ações da assistência social no âmbito do governo federal. A Lei 12.435/2011 que dispõe sobre a organização da Assistência Social, tem

intuito de reduzir o impacto dos riscos sociais em pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social e violação de direito, organizando seus serviços em Proteção social Básica e Proteção social Especial. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) em harmonia com a PNPSR, ainda assim com suas complexidades e individualidades da PSR, foram construindo portas de entrada assegurando a aquela população seu ingresso na rede socioassistencial. A assistência social organizou-se com os tipos de proteção, como o CREAS que oferta o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e o Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS); o Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro POP) com o intuito de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades; República como serviço de acolhimento institucional que oferece proteção, apoio e moradia; Abrigo institucional com serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes; casa de passagem como serviço de acolhimento institucional para adultos e famílias e por último o Cadastro Único para Programa Sociais (CadÚnico) para a distribuição de recursos a indivíduos cadastrados no CadÚnico e que preencham os requisitos necessários para a transferência de renda. (GOMES; ELIAS, 2016, p. 153-155)

Conforme ao referido, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) conseguiu estabelecer uma rede de proteção social abrangente com a realidade da PSR. Porém o Sistema Único de Saúde (SUS) abraçaria um projeto chamado Consultório de Rua para ser implementada como estratégia específica para a PSR na rede de atenção básica a saúde.

A proposta do Consultórios de Rua surge como resposta a um cenário que apresenta uma ausência histórica de políticas públicas capazes de abordar a PSR como sujeitos de direito, agravando a situação ao encaminhar aquelas demandas para órgãos de justiça e segurança pública. Em reconhecimento a essa problemática, o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas, decide dar maior cobertura de atendimento por meio de políticas voltadas à redução de danos, o que contribui para o surgimento de consultórios de rua, que oferecem serviços de saúde e atenção integral a usuários de rua. Tais serviços foram inspirados na experiência exitosa do município de Salvador (Bahia, Brasil) entre 1999 e 2006, com a proposta do Consultório de Rua Dr. Antônio Nery Filho, permitindo assim que esse serviço fizesse parte do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e, em 2010, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Devido ao amplo relacionamento dos primeiros Consultórios de Rua com as políticas voltadas para a redução de danos, as

primeiras equipes seriam formadas por grande parte dos agentes de redução de danos, que poderiam ser qualquer pessoa escolhida na comunidade que tivesse um real compromisso com a promoção da saúde da cidadania, com ênfase nos usuários de drogas (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014, p. 806-807).

Em 2011 decidiu-se incluir a estratégia de Consultório na Rua na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como parte das equipes de atenção básica para populações específicas. Essa inserção traria ao serviço alguns diferenciais na sua gestão, estrutura e estratégias de campo. As ações desenvolvidas na modalidade de atendimento, consultório de rua, estavam voltadas para a saúde mental e aos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, porém, isso mudaria de foco, por oferecer uma maior atenção integral por meio de sua composição padronizada de equipes, que possui um sistema de modalidades que busca garantir a existência de profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais em sua estrutura.

Atualmente, a maioria das equipes voltadas para o atendimento à população em situação de rua está vinculada ao departamento de Atenção Básica, com o nome de Consultório na Rua. Conclui-se então que esta estratégia teve uma construção voltada para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, porém, segundo seus mesmos princípios e diretrizes, passou a ser um serviço de atuação muito mais amplo, distanciando-se dos modelos de cuidados que se baseavam na doença e fortalecendo um cuidado mais humanizado (SANTANA, 2014, p. 1798 e 1800).

### 3. ANTECEDENTES E IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL-PR

Cascavel é um município do estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil que, segundo uma investigação recente de relato de experiência *in loco*, possui população aproximada de 332.333 habitantes (IBGE, 2020), atendimento organizado através de 3 distritos de saúde e 49 equipes da família os quais pouco mais da metade fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e mais de 80% pertencem à cobertura da Atenção Básica em Saúde (ABS). De acordo com o Decreto nº 12.831, do 23 de março de 2016, foi criada a equipe de Consultório na Rua, ainda ativa na rede de ABS, composta por: assistente social, enfermeira, médico clínico geral, médico psiquiatra, técnica de enfermagem, técnica de saúde bucal e motorista do veículo que permite essa característica itinerante, essa equipe realiza aproximadamente 250 atendimentos ao mês a pessoas em situação de rua. Portanto, é por meio da estratégia eCR que o município de Cascavel manifesta seu propósito de oportunizar, além dos cuidados físicos, atenção sanitária aos aspectos biopsicossociais dos moradores de rua (SILVA, *et al.* 2020, p. 6).

#### 3.1. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA

No processo de implantação estão compreendidas as fases de concepção, formulação, estratégias e todas aquelas diligências que fizeram parte do processo anterior à execução ou inserção do serviço Consultório na Rua na rede de APS cascavelense. O relato dos primeiros profissionais da eCR de Cascavel que fizeram parte ativa ou tomaram conhecimento do processo, ganha relevância nesta primeira fase de idealização da estratégia.

##### 3.1.1. Barreiras

No processo de implantação, foram identificadas as barreiras mais relevantes que impossibilitaram a execução do serviço Consultório na Rua na rede pública de saúde no Município de Cascavel. Os entrevistados afirmaram que houve sim uma resistência e inefetividade pela prefeitura municipal de Cascavel em implantar o serviço, “engavetando” o projeto na primeira tentativa de implantação no ano de 2012, apenas conseguindo ser executado após 4 anos por um processo estabelecido pelo Ministério

Público no ano 2016, como se corrobora em: “o Município de Cascavel tinha habilitação para implementar o consultório na rua, mas é um serviço que normalmente ele não traz voto né, então os gestores, eles estavam postergando a implementação do serviço” (entrevista 10),

bom, eu não me lembro que data foi que a saúde mental fez o projeto né, do Consultório na Rua por essa portaria que estava ligada à saúde mental. Aí depois em 2012 [...] reformularam essa proposta né, que veio pra atenção primária [...], aí eles engavetaram, [...] o projeto foi engavetado, o município resolveu não implantar (entrevista 11),

porque na verdade, foi colocado goela abaixo do município né, o governo, uma ordem judicial do promotor que era para ele montar até tal dia o Consultório na Rua. O governo não queria implementar né, por causa do custo que dá com município, [...] o município estava meio se restringindo para implantar o serviço por causa da verba, então nada favorável, só tinha contra (entrevista 6),

[...] isso foi uma decisão da gestão né, o que levou a gestão não implantar, talvez não entendessem como uma necessidade, talvez entendessem, sei lá, um investimento né, [...] só sei que eles entenderam que não era viável né, naquele momento já estava feito tudo. Acho que foi mudança de gestão, agora estou me lembrando aqui, foi uma mudança de gestão de secretário que de uma certa maneira isso ficou de lado assim, sabe, [...] a gente estava com o secretário discutindo tudo isso, se fez toda essa reformulação né, das portarias e depois eu acho que teve mudança de gestão, acho que foi isso, e daí esse projeto ficou engavetado (entrevista 11).

Seguidamente, para a formulação e planejamento da implantação no ano 2016, foi identificada uma falta de suporte pela gestão, provocando uma sobrecarga na profissional designada para a implantação, como se depreende em:

eu sei que a equipe na época, ela sofreu bastante para montar viu, a \*\*\*, ela sofreu muito para poder fazer com que eles entendam que eles tinham que ajudar também de certa forma né, mas não, simplesmente encarregarão para ela, jogaram para ela, teve que montar (entrevista 4),

a implantação, que eu saiba, foi uma luta muito grande para poder montar a equipe, uma por falta de funcionário, por causa da relutância que o povo tem né, [...], então eu sei que a \*\*\*, a coordenadora na época ela teve que recorrer a muitos lugares para poder montar essa equipe. Tinha que pôr dentista, psicóloga né, que na verdade, no caso da psicóloga, ela era coordenadora e psicóloga, ela fazia as duas funções a \*\*\* né, e ela se doava muito para esse trabalho né, porque ela via a importância de ter alguém atendendo essas pessoas né. Eu sei que foi muito difícil a implantação, fiquei sabendo né, não participei, mas fiquei sabendo que foi pra ela... quando conseguiram montar a equipe foi uma vitória (entrevista 7),

[...] mas é meio que ele era um programa que era coordenado por mim, cuidado por mim, que a própria gestão ela não tinha muito nem preocupação né, porque eu acabava que fazendo tudo, mas não que... eu acho que assim, desfavorável é que essa população é uma população que ninguém quer olhar e que ela fique em segundo plano sempre e aí a gente não tinha, por exemplo, todas essas facilidades né, pra poder... apoio maior, enfim né, próprio, acho, olhar, acho que é olhar mesmo né, da gestão (entrevista 9),

inicialmente a gente não teve muito tempo né, porque quando eles... assim a implantação mesmo né, porque daí assim definiu que em um mês tem que implantar, mas não se achou equipe nenhuma né, [...] e daí em um mês se foi



olhando pra tudo isso, se foi ajustando de tantas questões burocráticas né, do concurso pra chamar, pra isso, pra aquilo, enfim, dessas coisas burocráticas de gestão mesmo, mas o tempo que nós tivemos pra implantar, pra dizer: “esse serviço está funcionando”, um mês, claro que ele não começou a funcionar com todo mundo né, que era eu, mais uma técnica, daí depois eu fui angariando as pessoas assim sabe (entrevista 11).

Adicionalmente, os recursos materiais à disposição por parte da gestão para o correto desenvolvimento das atividades do serviço Consultório na Rua, não eram os ideais, como se verifica em:

então, o município ele tem que ceder também né, em fazer isso. Essa demanda que a gente tem de abrir, abre, você abre, como que vai abrir?, não sei, mas tem que estar funcionando tal dia, mas esquece que precisa de uma sala né, esquece que precisa de mesa, de computadores. Esse computador tem que estar ligado na rede para colocar o sistema, esquece que precisa ter uma geladeira, esquece que tem que estar a caixa de medicamento pronta, isso aí eles esquecem (entrevista 4),

mas a secretaria de saúde não deu esse respaldo pra nós, então a \*\*\* acho que teve que conseguir uma ambulância que estava no inservível, que era uma ambulância que já tinha rodado, não sei quantos mil quilômetros e a gente adaptou aquela ambulância para o nosso serviço. [...]. Ninguém mais queria entendeu, isso, aí ela conseguiu a plotagem né, do Consultório na Rua (entrevista 10).

Segundo o relato dos entrevistados, pode-se perceber que a fase da implantação do serviço Consultório na Rua de Cascavel se caracteriza por uma precipitada e imprudente gestão, sobrecarregando o processo de implantação apenas numa profissional e, por consequência, dificultando a mesma, privilegiando a resposta rápida por cima dos requerimentos necessários ou ideais para o desenvolvimento da implementação do serviço.

### 3.1.2. Fatores cruciais

No relato dos entrevistados foram identificados os fatores que, segundo a visão dos participantes, foram determinantes ou favoráveis à implantação do serviço. O fator com maior preponderância nos depoimentos relacionados a sua grande relevância no processo de implantação foi o termo de audiência nº 838/2015 - Ação Civil Pública nº 0013234-58.2006.8.16.0021 que conseqüentemente suscitaria o decreto nº 12.831 de 23 de março de 2016 que estipula a criação do Consultório na Rua no município de Cascavel, como se observa em: “me falaram que foi uma ordem do governo federal para implantar, que nem foi ordem do governo federal para implantar o SAMU né, que é um programa federal o Consultório na Rua. Aí montaram, aí acharam uma sala, carro pequeno, equipe pequena, horário alternado” (entrevista 6), então em Cascavel foi uma demanda judicial,

então foi demandado pelo promotor de saúde que em trinta dias o município tinha que implantar o programa (entrevista 11),

Cascavel foi uma demanda judicial que precisou né, porque o povo estava morrendo em vias públicas e ninguém queria atender [...] então como estava tendo isso, o promotor de saúde, enfim, resolveu trazer o consultório na rua para Cascavel, só que ele foi muito devagar porque teve que ser construído, não se tinha nada, só tinha a base que era os papéis e fazer com que o prefeito desse o carro tudo, então isso demora um tempo (entrevista 4),

o principal fator que favoreceu a implantação foi ter financiamento do governo federal, [...] se não fosse como uma política nacional, provavelmente não existiria nada em relação a essa população em Cascavel e o fator judicial né, teve uma determinação do poder público pra dar o start no funcionamento do serviço (entrevista 10),

Uma das características mais favoráveis no processo de implantação é o compromisso e perfil da profissional encarregada do processo da formulação e planejamento do serviço, conforme se evidencia nos seguintes relatos: “a \*\*\* nem se fala né, se não tivesse ela na ocasião, provavelmente não sei se teria sido implantado, ou se teria sido idealizado da maneira como foi” (entrevista 10),

a questão deles terem procurado naquele momento uma profissional que estava de acordo com isso né, que tinha experiência, pelo menos, o mínimo de experiência possível nessa área, porque os outros profissionais que eu lembro assim, que foi que entraram lá no comecinho, não tinham essa experiência né. Então acredito que eles terem procurado uma profissional que tinha já um pouco de conhecimento da área né, que trabalhava, nesse sentido, inclusive antes da implantação ter ido conhecer outros locais quais tinham isso, foi um fortalecimento (entrevista 5).

Ainda assim com as dificuldades e o curto tempo de implantação foi realizado um trabalho de reconhecimento da rede de saúde e da assistência social, assim também como um levantamento *in loco* de informações pertinentes referentes ao perfil da população em situação de rua de Cascavel, conforme se evidencia em:

então, quando o serviço iniciou a \*\*\*, que foi a idealizadora, que trouxe tudo, ela sentou com a equipe e a gente montou os moldes do consultório na rua para aquele momento, para aquilo que a gente achava mais interessante, então a nossa ideia naquele momento era atender a população de rua nos pontos específicos que eles ficavam, nos serviços que acolhem a população de rua né, então aqui em Cascavel a gente tem o Centro POP, a Casa POP, tem um albergue, a gente tem algumas instituições religiosas (entrevista 10),

eu fui pra rua pra entender melhor o que era essa população né, conhecê-los, porque na verdade a gente não conhecia né, [...] vou rodar a cidade pra entender onde era os lugares que eles ficavam entender qual era as dificuldades que eles tinham ou dificuldade de acesso, olhar pra eles como mesmo alguém que precisava desse cuidado, entender melhor um pouco dessa visão deles sobre eles mesmos né, [...]. Então eu fiz, acho que fiz umas vinte perguntas meio que envolvendo esse processo todo, o que eles entenderiam que seriam o atendimento adequado pra eles, quais eram as maiores queixas né, enfim, tudo isso e em cima disso eu fui organizando o trabalho né, os campos que a gente chamava, os locais né, a onde eles estavam, aí eu conversei com todos os coordenadores das unidades de saúde, depois de pronto eu mostrei todo o programa, qual que era a função né, o que é importante que eles fizessem parte da rede e quais seriam os né, enfim, os trabalhos

em comum que a gente teria, os programas né, da assistência, daí o que eu fiz meio que um... os campos eles estão muito ligados a locais de acesso, por exemplo, assistência né, com a Casa POP, o Centro POP, aqui em Cascavel tem o albergue né (entrevista 11).

Pode se concluir que a criação da equipe Consultório na Rua em Cascavel, além de ser resultado da pressão do poder público, teve uma sensibilidade e preocupação em conhecer as demandas, inquietudes e dificuldades do público-alvo através de uma comunicação horizontal. O fato da gestão da APS ter designado uma pessoa que tenha um perfil profissional próximo com a rede assistencial e do público-alvo foi um acerto para efetivar a eCR, devido que levou em consideração aspectos em prol de construir uma relação mais estreita entre o serviço e a PSR cascavelense, inclusive antes da implantação deste. Também, ganha notoriedade, a diligência que teve a coordenação do serviço durante o processo de implantação na criação de vínculos com a rede socioassistencial e com a atenção básica, dessa forma reconhecendo a natureza do serviço como braço da APS, fortalecendo a intersetorialidade para garantir o acesso à PSR.

#### 4. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL-PR

No processo de implementação serão abordadas as 3 categorias de análise que abordam todos aqueles aspectos relevantes do processo posterior à inserção do serviço CR na rede APS de Cascavel, desde fatores essenciais como o recrutamento do pessoal técnico e as primeiras atividades, como as mais recentes realizadas pela equipe, até o impacto do CR na PSR de Cascavel.

##### 4.1. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL-PR

Nesta categoria são apresentados os fatores técnicos de funcionamento da equipe mais relevantes do processo de implementação, assim como os obstáculos e estímulos para materializar os objetivos do serviço.

###### 4.1.1. Recrutamento do pessoal técnico

Os depoimentos dos entrevistados evidenciaram que a maioria dos profissionais que ingressaram para trabalhar na equipe tinham escasso conhecimento sobre a estratégia do serviço específico, inclusive um profissional não sabia da existência do serviço. Além disso, o perfil profissional como critério de seleção não teve relevância para o recrutamento dos profissionais, como se evidencia nos seguintes relatos:

foi um pedido de transferência da secretaria que eu pedi pra vir trabalhar na saúde, até então eu não tinha muita informação sobre o consultório da rua não. sabia que existia, mas não sabia como que era a rotina, o trabalho, aí eles me fizeram a proposta de vir e eu vim, fiquei” (entrevista 3),

não, simplesmente nós ia lá, assumia nosso concurso, “ah! Você foi designado para no consultório na rua”, “meu Deus! O que é isso”, eu morando em Cascavel há anos, nem conhecia, nem sabia que tinha. Porque às vezes a gente vê as ambulâncias correndo na rua, a gente não para pra ler né, quem que é, é uma ambulância, mas eu nem sabia o que era” (entrevista 4),

um recrutamento específico?, não. Quando eu cheguei lá, tinha uma \*\*\* que era antes de mim né, aí ela passou pra mim né, a rotina, o que fazer né, o que fazia, o que fazer na rotina. Ai a gente não teve assim, a uma preparação né, na verdade (entrevista 7).

Por conseguinte, pode-se afirmar que o recrutamento ou o processo de seleção dos profissionais para comporem a equipe, não teve necessariamente relação com

o perfil profissional, conhecimento sobre o trabalho com populações vulneráveis ou habilidades necessárias para atuar no campo de trabalho em rua.

#### 4.1.2. Composição da equipe multiprofissional

Conforme a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, as eCR podem estar compostas pelos profissionais de nível superior como enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e, por profissionais de nível médio como agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista e profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação (BRASIL, 2012).

As eCR podem ser organizadas em três modalidades, modalidade I – formada minimamente por 4 profissionais, entre os quais 2 destes obrigatoriamente deverão ser de nível superior e os demais entre o nível superior e nível médio; modalidade II – formada minimamente por 6 profissionais, entre os quais 3 destes obrigatoriamente ser de nível superior e os demais entre nível superior e médio; modalidade III – formada da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012).

De acordo com as declarações sobre os profissionais que fizeram parte dos primeiros anos de implementação do serviço entre 2016 e 2017, a equipe foi composta pelos seguintes profissionais, conforme se observa em: “aí ficava sempre assim um médico, uma técnica né, e sempre ficava o enfermeiro e um técnico pra poder fazer uma equipe mais coeso entende, aí tem assistente social, daí a menina que é técnica bucal (entrevista 11), “assistente social, psicóloga, o médico, enfermeiro, duas técnicas, o motorista e a técnica de saúde bucal. Essa era a nossa equipe, que é da modalidade três” (entrevista 4),

a gente andou com dois técnicos de enfermagem na época. Entrei e era \*\*\* [referência ao médico], a \*\*\* [referência à assistente social], \*\*\* que era coordenadora, mas ela fazia atendimento de psicologia, tinha o enfermeiro que era o \*\*\*, o motorista que era o \*\*\* (entrevista 10),

Para o ano 2018 a equipe continuaria com aquela formação de 8 profissionais segundo o Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 de Cascavel, devido que se descreve que o serviço é de modalidade III e conformada por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 assistente social, 02 técnicos de enfermagem, 01 técnico em saúde bucal que cumprem carga horária de 30 horas semanais (CASCAVEL, 2018, p. 51).

Porém esta situação mudaria para uma mais desfavorável conforme descrita na ata da 286ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel –

CMS realizado o 9 de março de 2022, na pauta - Discutir sobre o Programa Consultório na Rua. Segundo a Sr. Lindamar, representante da SESAU durante o encontro, o serviço teria 5 profissionais e que estariam esperando a reposição de outros que foram perdendo para o serviço:

[...] são equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde desenvolvem atividades itinerantes e ações em parceria com as unidades básicas de saúde do território as atividades começaram em dois mil e dezesseis a equipe é composta por um clínico geral um enfermeiro um técnico de enfermagem um psicólogo uma assistente social estamos aguardando a reposição de um técnico de saúde bucal e um motorista que estamos aguardando reposição [...] (CASCAVEL, 2022).

Já com relação à composição da equipe no momento de realização das entrevistas, pode se apreciar uma diminuição dos profissionais, conforme se evidencia em: “um médico, um enfermeiro, eu que sou técnica de enfermagem, e uma insistente social que é a coordenadora são 4. No começo tinha técnica de saúde bucal, mas agora não tem mais, por enquanto” (entrevista 2).

Pode-se apreciar que nos primeiros anos de funcionamento da equipe, ela estava composta pelo mínimo de profissionais requeridos para ser categorizado como modalidade 3, porém ao longo dos anos de implementação se percebe uma tendência de diminuição de profissionais num 50%, não correspondendo a sua própria organização ou estrutura de modalidade 3, pelo menos neste momento.

#### 4.1.3. Perfil profissional

Para a maioria dos profissionais entrevistados, a eCR foi o primeiro serviço que os aproximou à PSR, para muitos deles um serviço desconhecido até então, como se evidencia em: “na rede pública [referindo-se à esfera na qual trabalha], mas na unidade básica de saúde e pronto atendimento. Eu nunca trabalhei anteriormente a um serviço desse modo [referindo-se a eCR]” (entrevista 9), “mas quando o profissional da equipe entrou ele nem sabia o que era o consultório na rua” (entrevista 11),

antes do consultório eu trabalhava na política de assistência social e atuei como assistente social, até mesmo coordenadora em alguns programas, mas voltado especificamente pra atendimento à população de rua não, essa é minha primeira experiência” (entrevista 3),

enfim, então assim eu entrei com essa visão que a gente tinha dentro de uma unidade básica ou mesmo da UPA, que era levar a galera que às vezes estava em surto na rua, falava: “aí vem o pessoal do consultório na rua, com essa galera da rua aí” né, que às vezes estava em surto, alcoolizados, enfim. Então quando eu entrei, eu entrei já com uma visão um pouco preconceituosa em relação ao serviço, pensava que era até mesmo desnecessário né, daí eu comecei a atuar, realmente atuar e vi assim a extrema necessidade (entrevista 5).

A experiência de trabalhar na eCR gerou um impacto positivo nos profissionais, suscitando essa sensibilidade com aquela pessoa em situação de vulnerabilidade, em constante violação de seus direitos fundamentais e no processo concretizar vínculos profissionais marcantes dentro da equipe, como se aprecia em: “nunca me aconteceu nada em relação às pessoas em situação de rua, nunca, não tive nunca nenhum probleminha, pelo contrário ainda quando eles me veem:

“oi \*\*\*!” Um me chama de mãe, outros me chamam de uns nomes que eles inventam, mas tudo bem, eu quero que eles tenham esse respeito comigo, pra mim poder fazer parte também ali um pouco para poder ajudar eles né, seja eles no que eles estão necessitando naquele momento (entrevista 4),

quem está de fora não entende como a gente tenta, como a gente cresce, crescimento da gente fazendo esse trabalho, em todo sentido de pessoas né, assim de coração, de vontade, de fazer melhor, de ser grata para aquilo que você tem também entendeu, de pensar que tem pessoas vivendo nessas condições que a gente começa a entender, entender o porquê que está nessa condição né (entrevista 7),

ainda brinco que eu saí hoje da saúde, mas consultório na rua foi uma das minhas grandes experiências assim, de vida. Não só como profissional, de vida mesmo, assim, de aprender muita coisa e isso se deve principalmente a questão da equipe, equipe foi bem importante nesse sentido. Uma coordenação na época, também muito com uma experiência gigantesca (entrevista 5).

A concepção do perfil profissional como o respeito e compreensão dos princípios éticos do profissional frente a sua conduta respondendo ao trato humanizado com o outro, é um conceito recorrentemente mencionado durante as entrevistas em função a ser um atributo relevante para o trabalho na equipe, como se depreende em: “eu acho que a equipe tem que ser uma equipe preparada, a equipe que realmente goste do que faz né, comprometida né, porque não é fácil, não vai pensar que é fácil, não é fácil, é muito desafiante porque muitos deles não tem nem um nome” (entrevista 7),

tem que entender, ter paciência, não pode cair no esquecimento de pensar que: “ah! É só mais um”, não, se não, não vai adiantar nada o consultório na rua. Só para atender ele e dar um diazepam ou dar um medicamento para dor, isso é fácil, isso é muito fácil, mas você tem que entender o que vê, verificar o que ele precisa e o que pode ser feito para ele, para ele sair desse meio que ele se encontra né, e ali é um processo muito longo, porque agora ele quer internamento daqui meia hora ele não quer mais e quando sai o internamento é aquela guerra mundial pra fazer, então tem que ter todo o entendimento, todo um trabalho. Então quando eu falo que não é fácil, porque não é fácil (entrevista 4),

quando a gente começa a trabalhar com a população de rua, a gente não pode ter preconceitos né, então a gente não pode querer talvez o que a gente quer para nós em relação ao outro né, porque para nós, talvez viver na rua não é uma situação, mas para muitos que vivem em situação de rua, a rua para eles é a casa deles né, isso sendo usuário de droga, tendo doença mental ou até mesmo as profissionais do sexo que na verdade, elas usam a rua, mas muitas vezes não estão em situação de rua (entrevista 10),

quando eu fui trabalhar com redução de danos fui fazer uma pós na PUC [Pontifícia Universidade Católica do Paraná] de dependência química pra poder trabalhar com aquela população, porque quando eu entrei era pra trabalhar com AIDS ou com drogas, mas eu não sabia o que né, aí caí, fiz um teste seletivo lá, passei e caí na redução de danos (entrevista 11).

É evidente que as vivências, experiências e trabalho dentro da eCR foram marcantes, tanto para o crescimento profissional como o pessoal da maioria dos entrevistados, mudando de paradigma por uma humanizada e sensível com o outro. O perfil profissional como compromisso, aptidão e vocação profissional tomou relevância nos depoimentos dos entrevistados quando foi assinalado como uma faculdade necessária e até substancial para se desenvolver profissionalmente no serviço, apesar que tal especificação ia acompanhado de relatos de experiências de trabalho não muito felizes com outros profissionais.

#### 4.1.4. Atividades de rotina

Assim como foi realizado o trabalho de territorialização durante a implantação da eCR, também foi uma prática constante na implementação do serviço, com maior ênfase nos primeiros anos de funcionamento, conforme se evidencia em: “na verdade a primeira atividade foi de conhecer a quantidade de população nas condições de rua né, [...], foi fazer um levantamento de quantas pessoas tinha na rua, saber de onde era, saber um pouco da história deles” (entrevista 7),

a gente fazia muita atividade de territorialização né, conhecer a população primeiro né, se apresentar, você precisa criar um vínculo com eles, muitos tem medo né, ele sempre tem um pouco de receio em relação à população de saúde né, às vezes entender a dinâmica deles no dia a dia [...], a gente ficou acho que um mês só meio que rodando assim sabe (entrevista 10),

então a gente ia mapeando sempre né, claro que isso com alguns campos muito fixos que não tinham como mudar pela própria característica né, da relação, outros que a gente marcava muito pra que eles entendessem, eles poderiam tá em outros lugares, mas a gente estaria sempre naqueles horários, naqueles lugares, então portanto eles iam lá (entrevista 11).

As atividades de consulta médica, busca ativa, prevenção, registro e rastreamento em saúde foram características das primeiras atividades da eCR, assim também como atividades de promoção em saúde e atenção em saúde, como se identifica em:

eles começaram a fazer exame, fazer coleta de exame na rua, por isso que era de manhã, porque assim, como que você ia pegar à tarde, já tinham comido. Enfim, vamos trabalhar de manhã e ficava lá no ponto do cemitério central, lá tinha uma grande concentração de pessoas em situação de rua, hoje não tem mais, porque



daí vai eles vão aprontando, fazendo bagunça e o prefeito mandou tirar né, para a imagem da cidade, mas começou com coleta de sangue e daí fizeram um acordo lá com Cedip, com as doenças infecciosas (entrevista 4),

essas coisas mais básicas mesmo né, depois vai-se colocando exames, encaminhamentos, mas no início que o pessoal falava assim: 'ah! A gente faz, faz curativo, uma medicação, uma consultinha médica ali pra né, pra as queixas', e depois vieram outros né, veio a questão da higiene bucal, que é bem precária, então veio as palestras [...] e a questão de redução de danos, que é diferente do atendimento do restante da rede (entrevista 5),

Aí a gente começou, a gente saía né, perto das oito e meia, nove horas a gente voltava para a sede e lançava tudo num prontuário eletrônico, que a vantagem que a gente viu do prontuário eletrônico é que se em algum momento esse morador de rua, essa pessoa em situação de rua, necessita-se de algum outro serviço, outro profissional teria acesso às informações que a gente tinha. A gente fez alguns trabalhos bem legais em relação a pacientes com tuberculose tá, a sífilis em algumas gestantes. Então a gente teve, acho que teve um paciente acho que um ou dois pacientes, eu não me lembro do nome, que eram pacientes com falha terapêutica de tuberculose, em que a gente assumiu TDO [Tratamento Diretamente Observado] deles né, então a gente fazia o tratamento diretamente observado, então a gente levava a medicação todos os dias tá (entrevista 10).

No primeiro e parte do segundo ano de implementação da eCR, entre 2016 e 2017, durante dias específicos na semana se desenvolveram atividades de promoção, comunicação e prevenção em saúde sexual e reprodutiva com as profissionais do sexo da região. Apesar que estas atividades foram informadas por apenas um profissional, considera-se relevante registrá-lo para caracterizar e diferenciar a eCR de Cascavel nos seus primeiros anos de ação, conforme se observa em:

a gente fazia abordagem das profissionais do sexo à noite, então a gente começou a ofertar o teste rápido para elas e fazer um trabalho de conscientização em relação ao uso da camisinha no ato sexual, aí a \*\*\* que tem como formação psicóloga e na época era \*\*\* que era assistente social. [...] em relação ao uso do preservativo feminino né, que tem muito preconceito das mulheres usarem né, por causa que: 'ah! Os homens não vão aceitar', mas elas fizeram um trabalho bem interessante que a gente conseguiu conscientizar muitas mulheres de fazerem uso do preservativo feminino (entrevista 10),

por encontros [referência à modalidade das atividades], porque todo esse pessoal a gente acaba gerando um vínculo de amizade mesmo né, então todas as segundas e quartas a gente explicava, elas explicavam o uso aí no início tinha um preconceito e aí a gente vai trabalhando, trabalho de formiguinha por insistência (entrevista 10),

essas abordagens elas ocorriam em pontos específicos, então existem pontos em que elas trabalham. A gente também fazia alguns trabalhos nesse período em pequenos prostíbulos né, isso nem sempre é muito fácil, porque não tem muita boa aceitação talvez do dono (entrevista 10).

A organização de trabalho nos períodos iniciais de ação contava já com ações multissetoriais e de apoio nos locais da rede municipal onde se concentrava a PSR, além também de priorizar atendimentos por demanda espontânea na rua, como se evidencia em:

a gente acho que tinha [...] dois dias na semana que a gente fazia abordagem em locais específicos onde esses moradores ficavam, à noite, Casa Pop, albergue, tinham os franciscanos que eles ficavam, tinha uma outra igreja que fornecia alimentação, então a gente se reunia com eles lá e tinha um dia na semana que a gente usava um dia livre né, então a gente andava por toda a cidade tentando conhecer novos pontos de moradores de rua né, a gente viu que nesse período existem casos pontuais em alguns bairros né (entrevista 10),

então geralmente na sexta-feira a gente tinha essa característica e até ria né, porque era o dia sexta-feira e a gente chamava isso de campo mais flexível que é livre, que daí a gente ia rodando, vamos olhar pra isso, vamos olhar pra aquilo, tem lugares abandonados, olha eles invadiram aqui, eles estão aqui, que não entendia na pesquisa né, que tinham vários tipos de moradores com características diferentes e que a abordagem precisa ser diferente né (entrevista 11).

A coordenação, mais significativamente nos primeiros anos do serviço, teve muita influência da prática de redução de danos, isto devido à anterior aproximação da primeira coordenação da eCR no programa de redução de danos. Para os seguintes anos até a realização das entrevistas, os informantes manifestaram um trabalho de equipe mais definida, uma rotina mais restrita e mais conservadora comparado com os primeiros anos, além de também ser um serviço que está mais próximo da rede da assistência: “a gente trabalha com as parcerias com a Secretaria de Assistência Social, com os abrigos, acolhimentos né, e também no atendimento direto à população de rua” (entrevista 3),

tem o Centro POP, o Albergue e Casa POP que são locais fixos, que tem estrutura né, que a gente vai lá atender que são pessoas em situação de rua que ficam e frequentam esses lugares. Então nesses locais a gente faz consulta médica, então triagem né, que cabe a nós triagem, o médico atende a gente médica se precisar... albergue e Casa Pop mesma coisa e também na rua no geral” (entrevista 2),

então, na segunda-feira, atendemos Centro POP, busca ativa quando tem paciente que tem indicação de atendimento médico que não está localizado no Centro POP, então nós vamos atender os pacientes em situação de rua né, e aí damos atendimento para eles, fazer uma anamnese, aferimos os sinais vitais né, conversamos com ele, nós, como posso te falar, oferecemos para ele se tem interesse de tratamento, se tem interesse de ficar na Casa POP (entrevista 9).

Nas falas dos profissionais mais recentes da equipe, se registraram atividades de prevenção, promoção em saúde, busca ativa, monitoramento e avaliação em saúde, atividades mais pontuais e concretas, como se aprecia em: “a gente fazia aferir os sinais vitais né, a gente fazia medicação, puncionava, coletava exame né, acompanhava, fazia curativo nesses pacientes né, a gente marcava consulta para o dentista” (entrevista 7),

consulta médica, ação de prevenção, essas medicações diárias que é da tuberculose, a gente oferece pra as mulheres também se elas têm interesse de tomar contraceptivo ou tomar injeção trimestral né, então tem mulheres assim que a gente oferece, elas aceitam, a gente faz e é isso mais assim (entrevista 2),

o Consultório na Rua não tinha o hábito antes de eu trabalhar lá, de fazer testagem rápida, então eu introduzi como rotina, fazer em todos os atendimentos. Um índice

de sífilis e hepatite C, até inclusive HIV também deu bastante, é muito alto nessas pessoas em situação de rua, muito alto [...] fiz um estudo, eu comparei o número de teste rápido reagentes para todos os quatro exames HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C na população geral e comparei com a porcentagem das pessoas em situação de rua, é muito mais alto, extremamente mais alto (entrevista 8).

Em síntese, as atividades da eCR foram evoluindo com o passar dos anos, começando nos primeiros anos com ações de territorialização para a construção de um perfil ainda embrionário da PSR de Cascavel, a sua vez acrescentando ações de promoção, prevenção, reabilitação em saúde e uma maior quantidade de atendimentos próprios na rua com sua característica itinerante do serviço. Em contrapartida nos últimos anos, os entrevistados informaram atividades de prevenção e reabilitação em saúde mais sujeitos ao suporte físico que dá os locais que fazem parte da rede de assistencial e proteção social de Cascavel, perdendo em certa medida a característica da eCR em se adaptar ao entorno ou meio físico próprio da PSR.

#### 4.1.5. Fatores cruciais

No relato dos entrevistados foram identificados os fatores que, segundo a visão dos participantes, são ou foram de grande impacto ou que se mostraram favoráveis à implementação do serviço em seu trabalho. Algumas ações diferenciadas da eCR que potencializaram o desempenho no atendimento nos primeiros anos foi a iniciativa de facilitar o acesso da rede pública de atenção à PSR, por meio do fortalecimento físico dos documentos pessoais. A ação foi relatada por apenas um entrevistado, mas pela especificidade e benefício da ação, torna-se necessário seu registro:

foi no primeiro ano, foi a \*\*\* ela fornecia o cartão SUS em PVC para toda a população de rua, ela pegava os dados, eu não sei como, não sei se era algum setor da secretaria ou da prefeitura e aí eles imprimiam os dados do morador num cartão de PVC (entrevista 10),

a gente fazia muita reunião de equipe né, então as reuniões de equipe antes da gente sair para a rua, a gente tentava delinear a nossa ação [...], mas muitas das demandas que foram criadas teve que ter retaguarda da secretaria né, então a ideia de emitir um cartão de PVC pra população de rua porque o cartão de papel pode molhar e eles podem perder. Então as estratégias, muito das ideias demandam de um feedback da administração, mas a principal estratégia é a conversa de equipe, tá (entrevista 10).

Também a gestão da equipe teve contato com o projeto Território Cidadão para atividades de reinserção social, empregando à PSR do município, mais uma vez a ação foi relatada por apenas um entrevistado, não existindo registro da ação por meio digital:

a \*\*\* conseguiu bastante coisa em relação à inclusão deles na rede né, essa questão do Território Cidadão (TC) foi superboa. Eu não lembro se foram dez, doze que eles abriram vagas sabe, então eles que tinham que preparar as hortas nas feiras. A gente tem a feira do pequeno produtor, isso, não sei o que contém essas pequenas feiras ficava uma equipe desse Território Cidadão que ajudava a manter o entorno limpo. Então eles usavam, naquela ocasião, eles usavam os moradores de rua pra fazer esse tipo de ação de maneira remunerada (entrevista 10).

O TC visa a mudança rápida e eficiente de uma determinada região ou bairros, para adequação a novos conceitos urbanísticos, que em um primeiro momento deve objetivar a construção de um Sistema de Atualização Automática dos Diagnósticos Comunitários; considerando Aspectos Físicos, Topográficos, Habitacionais, Sociais e Outros, e na sequência, a implementação de Ações Integradas de todas as áreas da administração pública em um curto espaço de tempo, para rápida mudança do perfil do território trazendo desenvolvimento e equalização com padrões de outras áreas mais desenvolvidas do município (TERRITORIO,2019).

A aproximação dos acadêmicos ao serviço CR como estagiários, é uma prática feita faz alguns anos, inclusive gerando pesquisas acadêmicas por ser uma experiência pré-profissional diferenciada e enriquecedora na formação dos discentes. Segundo o mesmo informante, a eCR de Cascavel teria feito uma parceria com a comunidade universitária de medicina, recebendo estagiários do curso e contribuindo para sua preparação nos primeiros anos de implementação do serviço, como consta em:

a gente teve um período que a gente teve um trabalho em conjunto com uma universidade que a gente tinha acadêmicos de medicina junto com a gente, entendeu. Então os acadêmicos saiam, faziam visita, tinham acesso à população e conheciam a realidade da população de rua, tinha mais essa, eu lembrei agora, que a gente teve um projeto que eles ficaram eu acho que foi quase um ano acompanhando a gente né, acaba rotando, a cada um mês vinham novos acadêmicos de medicina acompanhar o serviço do consultório na rua (entrevista 10).

Uma experiência de capacitação lembrada por uma grande quantia de entrevistados na época de 2018 e 2019 é a experiência em Rio de Janeiro com o curso da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua (com Ênfase em Consultórios na Rua) permitindo a discussão, debate e crescimento prático junto com as eCR implementadas no território nacional. O curso foi conformado pelas modalidades presencial e Educação a Distância (EAD), conforme se identifica em: “teve, eu acho que teve uma capacitação que eles foram pro Rio, mas eu não consegui ir nessa ocasião. Eles fizeram uma visita in loco no consultório na rua lá do Rio de Janeiro” (entrevista 10),

nós tivemos uma capacitação no Rio de Janeiro pela Fiocruz, que foi assim, maravilhosa. Eu acho que tem que voltar. Tudo bem que a gente teve um processo covid onde parou tudo, mas tem que ser retomado. Foi quatro encontros, cinco, não me recordo com todas as regionais né (entrevista 4),

e ele foi todo de gratuito para nós, profissionais do Consultório na Rua, ele foi totalmente gratuito, tanto os encontros presenciais, a prefeitura de Cascavel viabilizou também os que não eram pagos pela Fiocruz. Foram questão de

passagem, hotel foi né, tanto a prefeitura de Cascavel quanto a própria universidade custeou tudo. Então foi um curso gratuito e assim diversas atividades, atividades práticas para se colocar. Então foi bem legal, um material muito bom, eu tenho todos os livros em casa ainda, que são livros bem legais (entrevista 5).

Os entrevistados ao refletir sobre as características da estratégia de Consultório na Rua, tiveram uma opinião muito parecida em definir que a característica itinerante da equipe e a capacidade de oferecer uma atenção adequada e rápida no local são os aspectos mais fortes do serviço, como se aprecia em: “então esse trabalho móvel que vai até o paciente, então acaba ajudando e somatizando favorável né para que a gente possa tá oferecendo um serviço mais rápido e mais eficiente” (entrevista 1),

atendimento aí na hora é o ponto mais forte que tem. A equipe multi é um ponto forte, por exemplo, sempre tem o médico com nós né. Então eu vou atender o paciente, se ele tá com uma queixa, já o médico vai avaliar ele aí na hora entendeu [...] dá para avaliar com o médico já na hora e se precisar de alguma outra coisa, também a gente faz tudo na hora, coleta de exame de sangue, injeção, medicação (entrevista 2),

ponto forte é que faz atendimento, faz a busca ativa no local e atende no local né, resolve o problema na hora do morador de rua. Isso é um ponto forte do consultório, que é móvel né, vai atrás dos moradores de rua que eles não vão até a unidade (entrevista 6).

Podemos inferir que, segundo os depoimentos relacionados aos primeiros anos do serviço, os fatores cruciais ou favoráveis em prol da PSR são ações que extrapolam a atenção em saúde de rotina efetivando estratégias que facilitem o acesso para as populações vulneráveis junto com a comunidade universitária. A capacitação na Fiocruz foi a única capacitação de grande impacto registrada na pesquisa oportunizando conhecimento específico para o trabalho em saúde na rua. Além disso, os entrevistados reconhecem a característica do CR como um trabalho baseado numa estratégia mutável às particularidades da PSR.

#### 4.1.6. Barreiras do serviço

As barreiras na implementação da eCR são os obstáculos ou inconveniente evitáveis que fogem do domínio ou poder de decisão da equipe, ligada à própria gestão ou realidade macro de saúde ou assistencial de Cascavel. Novamente é mencionada a falta de recursos humanos para completar a equipe de modalidade 3 como uma das mais grandes barreiras para a equipe, limitando a efetividade do serviço e pauperizando a estratégia do CR, como se aprecia em: “agora tem menos [se referindo a quantidade de profissionais da eCR] ela foi caindo, caindo e não teve, não assumiram, não quiseram, gostei menos” (entrevista 4), “então acho que a maior dificuldade foi, funcionário e as

peças aceitem trabalhar com esse tipo de paciente né, que são em situação de rua” (entrevista 7),

falta profissionais da equipe para compor para fechar a equipe mesmo, por exemplo assim, eu sou uma técnica de enfermagem, era para ter duas, então assim essa questão de falta de profissional, às vezes, você poderia fazer mais, mas não pode por que também sobrecarrega muito (entrevista 2),

mas teve bastante gente que saiu porque quando a gente pensa no programa [...] é de seis anos né, teve duas assistentes sociais, já passou acho que [...] uns enfermeiros, já passaram dois. Você não tem essa mudança muito grande nas unidades de saúde né, técnica já mudou algumas vezes (entrevista 11),

eu acho que os principais obstáculos para efetivar o trabalho que a gente se propunha a fazer, que tínhamos que fazer era a equipe muito pequena, teve um período que a gente ficou sem motorista, daí era o médico que tinha que dirigir ou a coordenadora. Para você dirigir um carro que é do município, é uma responsabilidade que a maioria das pessoas ninguém quer, porque se ocorre um acidente no trânsito, você que é responsável, ninguém quer, o que a gente quer? Se tem uma pessoa só para fazer o trabalho de dirigir né, então falta de profissional, entra em gestão. Não só isso, não só motorista, eu acho que a equipe devia ser composta por mais profissionais mesmo (entrevista 8).

Tendo em consideração a característica mais pronunciada da dinâmica no serviço como a itinerância da equipe multiprofissional, a condição dos recursos físicos como a van ou furgão são recursos que garantem a efetividade da estratégia. No entanto, as condições da ambulância e o carro da equipe, contrário aos primeiros anos, se mostraram como uma barreira para o deslocamento, agilidade e otimização do serviço, como se verifica em:

a gente tinha ambulância para atender na rua, era mais fácil; hoje em dia não tem mais que ela foi pro conserto. A gente tem um carro pequeno e a gente atende da mesma forma né, vai pra rua, oferece, conversa, vê os vitais, conversa, vê o que o paciente tem a queixa dele atende (entrevista 2),

quando a ambulância estava quebrada, que a nossa ambulância era bem ruim né, se tinha um projeto de fazer uma ambulância mesmo, de consultório na rua [...] mas só ficou no papel, não saiu porque é lógica, na época custava mais de 200 mil, hoje seria 400 mil e daí né, como que vai ter verba depois do covid as portas vem fechando e cada dia vem fechando mais (entrevista 4),

falta de equipamento, veículo adequado. Tinha ambulância, só que a ambulância, quando eu saí, quando eu saí de lá ambulância fazia 7 meses que tava quebrado, né? Uma ambulância muito, não que era naquela velha, foi bastante usada. Ela tinha 500 e poucos 1000 rodados, aí fundiu o motor (entrevista 6),

a gente tem um carro, hoje em dia... antes a gente tinha uma ambulância e o motorista que dirigia a ambulância né, então era mais fácil para a gente atender na rua, tipo: “ah, passa lá na esquina tem um paciente lá quer atendimento”, a gente oferece (entrevista 2),

então não tem mais ambulância. A ambulância era muito bom né, conseguia fazer pequenos curativos dentro da ambulância né, esse era um ponto muito legal. Então a gente tinha material de curativo, tinha isso, levava os insumos junto as vezes você precisa pra fazer o atendimento na rua, a gente precisa ter um espaço fechado dependendo do que a gente for, o tipo de abordagem que a gente for fazer, então a

ambulância era um ponto interessante né, mesmo que ela não fosse adaptada né, então tinha um lugar pra se sentar e cê conseguia conversar com o pessoal. Eu acho que isso é bem importante, era um ponto forte. A equipe completa, a equipe apesar das diferenças, era uma equipe integrada e esse era um outro ponto, a gente ter a ambulância, a ambulância e o carro era um outro ponto superimportante e o acesso aos pontos da rede (entrevista 10).

A discriminação e exclusão social da PSR não é apenas uma conduta manifestada pelas pessoas do cotidiano, é um problema estrutural e sistemático que revela um papel marginalizante e hostil da própria máquina social em que nos encontramos inseridos. Com a inserção da eCR na rede da atenção básica, surgiu também com ela a interpretação da rede, mal-intencionada, que a equipe tem por objetivo atender ou até tirar todas aquelas pessoas que não merecem atendimento na rede socioassistencial e de saúde no Município de Cascavel. Assim se verifica em:

a gente tem aqui em Cascavel ali perto da rodoviária [...] a gente tem uma aldeia indígena que fica ali em laranjeiras e a gente tinha muito índio que viam pra cá e eles ficavam ali na região da rodoviária e aí eles ligavam pra gente pra tirar os índios dali entendeu, só que não é função, a gente nunca fez esse tipo de serviço (entrevista 10),

eu recebia vários telefonemas de posto de saúde que tinha um morador de rua que era pra gente lá tirar, mas aí pensando que é o direito dele que ele está dentro de uma unidade de saúde, por que que o médico não atende? Fazer com que eles entendam isso é um processo bem difícil viu (entrevista 4),

então, por exemplo, a gente teve algumas cenas assim da unidade de saúde me ligar e dizer oi \*\*\*, tudo bem? Tudo, “então, tem morador de rua dentro da minha unidade aqui, vem atender”, eu falei: “quê! Não entendi, ele está dentro da sua unidade de saúde e você está me chamando pra ir atender um paciente que é seu dentro da unidade de saúde? O morador de rua é paciente de todo mundo, não é meu”. Então aí o que eles fizeram pra eles? Foi bom porque daí eles linkavam tudo, tem o Consultório na Rua, chama o Consultório na Rua, claro que eu não ia, não deixava ninguém ir e fui discutindo isso com eles né, mas é sempre pra demanda que eles não queriam, eu sempre rebatia de volta, né, ah essa é uma demanda do Consultório na Rua: “ah! Tem um morador de rua caído aqui, liga pro Consultório na Rua”, “tá, mas ele está bem, ele não isso, ele não aquilo, ele não sei o quê, não sei o que”, então tudo era consultório na rua (entrevista 11).

Segundo o relato de alguns entrevistados, a falta de vagas na Unidade de Acolhimento Institucional para população adulta e família em Situação de Rua – Casa Pop, se aprecia como uma dificuldade para um atendimento mais abrangente à PSR, como se indica em:

eu acho que poderia abrir mais, como pensar assim, outra situação que eu acabei não relatando na Casa POP, por exemplo, às vezes falta lugar, espaço físico para comportar esses pacientes, então podia ter mais um espaço maior. Além do que eu acabei de relatar do centro de especializando né, poderia ter mais espaço físico nesses centros, que é o Centro POP, Casa POP ou albergue, mais leitos, fica mais assim. Eu achei que, na minha opinião né, que nós temos essa dificuldade para encaminhar também quando precisa (entrevista 9),

não há vagas para todo mundo, isso é muito assim não tem vagas. eu não sei, essa semana não conversei com a coordenação da Casa POP, mas né, às vezes

converso, normalmente ela está no limite dela, nunca tem vaga, albergue muito menos ainda. Então assim, não tem vaga para todo mundo. Se todo mundo quisesse acolhimento, não tem acolhimento pra todo mundo né, acho que o pessoal pode falar, tem tantas vagas e tal, mas, pelo menos naquele momento que eu trabalhei não existiam vagas. Se todo mundo quisesse para algum lugar: "eu não quero ficar na rua, eu quero um acolhimento", não tem onde for né, existe a barreira do eu não quero acolhimento porque existem regras, existem coisas que tem que se seguir lá dentro que a pessoa não quer, não quer aquilo. Começou: "há se eu quisesse, eu ia ficar na casa da minha mãe", alguns respondiam exatamente isso. Então são as barreiras que encontram né, que é da pessoa e também acho que essa barreira, se todo mundo quisesse realmente acolhimento, não teria vaga" (entrevista 5),

nunca tem vaga na Casa POP, quase difícil ter vaga porque lá são bem cuidados também, eu não sei se agora tem, mas tinha uma parte da enfermagem, uma cuidadora, tem os cuidadores que todos eles têm a medicação lá, aí eles dão a medicação de manhã, de tarde a noite (entrevista 7).

Segundo o relato dos entrevistados, pode se apreciar uma tendência de perda de profissionais, além de uma rotatividade frequente desde a implantação em 2016, seja porque se deduz nos relatos uma falta de vocação dos profissionais que ingressam a fazer parte da equipe ou porque o serviço não é necessariamente estimado para o trabalho dentro da atenção básica. A gestão da eCR se evidenciou ausente ou ineficaz às demandas do serviço em aspectos essenciais como reparar numa equipe completa ou conseguir nos 7 anos de implementação um veículo adequado à estratégia. Perto de 9 meses de ausência da ambulância, com uma equipe reduzida e sem motorista por quase 4 meses é o retrato de quanto perdeu a equipe desde sua implantação até o período de realização das entrevistas para esta pesquisa, é necessário entender que a ambulância e o carro foram recursos materiais conseguidos durante um contexto de urgência em atender a ação civil pública que demandava a criação imediata da eCR, recursos que por suas características são transitórios, mas que foram necessários para a implantação e que para sua correta implantação deveria se concretizar como um serviço minimamente com um veículo adequado e específico para a estratégia de CR, porém os relatos apresentam um cenário de esquecimento do serviço, que harmoniza com seu desenvolvimento detido nos primeiros anos.

O fato de não ter a disposição uma unidade móvel que agilize e facilite um suporte físico para ações de promoção e prevenção em saúde em locais degradados, ajuda a entender como as intervenções do serviço foram, até certo ponto, se restringindo para serem ofertadas em locais da rede assistencial, perdendo em parte a fortaleza da estratégia em ser adaptar ao contexto socioeconômico da PSR.

É bastante visível distinguir a iniquidade de acesso na atenção à saúde que quando a própria rede de APS relega e exclui as demandas da PSR para uma equipe que



existe para oferecer atendimento de maneira intersetorial e integrada com as demais unidades administrativas, manifestando uma ignorância evidente sobre a finalidade, objetivos e história da eCR.

#### 4.1.7. Dificuldades

No primeiro ano de trabalho se apresentaram dificuldades no atendimento pelas noites, com maior destaque a situação delicada pela conduta hostil dos moradores de rua que se encontravam sobre os efeitos de substâncias entorpecentes, resultando um impedimento para concretizar o diálogo ou aproximação à PSR, como se observa a seguir:

segundo colegas que trabalharam ali, diz que o início foi um pouco difícil mesmo né, trabalhava em um horário, em horários que era um pouco mais difíceis de realizar atendimento, porque o início deles era bem no sábado, das quatro às dez da noite, então às vezes acabava chegando, o pessoal já estava um pouco mais alterado por ter ingerido bebida alcoólica, outro tipo de droga, enfim. Então o trabalho no período da noite, que foi no início ali da implantação, foi um pouco difícil (entrevista 5),

eu acho com o desconhecido né, então assim a gente tem que respeitar eles, muitas vezes a gente fazia o atendimento, dependendo do horário, a gente fazia o atendimento e eles estavam sobre efeito do álcool ou de outras drogas, de crack né, e a gente teve que vencer esse, mas não sei, não vou te dizer esse medo né, mas essa é a ideia de que eles são perigosos né, tem alguns que podem até ser, mas a gente nunca sofreu nenhum tipo de perigo assim tá (entrevista 10),

à noite eles já estavam muito alcoolizados, já estavam dormindo às vezes, não queriam atendimento, estavam muito agressivos com a gente né, teve situações bem difíceis, a gente não conseguia intervir, não tinha uma rede de apoio, por exemplo que seria serviços de saúde abertos. Então a gente foi entendendo que a gente não conseguia muito atendê-los nesse horário, porque daí a gente tinha que acordar eles, ficavam bravos, às vezes estavam escondidos, eles já estavam recolhidos, as situações de crise que a gente encontrava eram muito críticas (entrevista 11).

Segundo a percepção dos profissionais da eCR em sua rotina de trabalho, a dificuldade mais aludida nas entrevistas é a complicação de não poder concretizar um atendimento longitudinal ou acompanhar a evolução e melhoria da maioria dos pacientes que se encontram fora dos acolhimentos institucionais, como se indica em:

o médico encaminha daí tem que passar por setor de internamento, passa no setor de internamento, aí tem toda a avaliação do auditor [...] e quando sai o internamento as vezes nós vamos para buscar o paciente para levar para o devido local onde surgiu a vaga do internamento e aí nós não encontramos o paciente [...] e as vezes acaba perdendo a vaga naquele momento né. Então as vezes dificulta bastante nosso trabalho (entrevista 1),

porque assim, quando faz um exame lá, uma coleta de exame lá na rua, quando o exame tá pronto, a equipe também tem que ir lá e dar a devolução para ele, tá assim, assim, assim, explicar. Eles não vão entender na primeira vez [...] então, tem que ir novamente explicar. Isso faz com que às vezes cansa a própria equipe ela cansa né, você falar três, quatro, cinco vezes a mesma coisa (entrevista 4),

é uma população bem diferente se for comparado com a população geral, eles possuem características diferentes, é diferente a linguagem, a orientação se torna, de certa forma, diferente, eles acabam tendo pouca adesão. Existe também, por outro lado que né, que eu acho negativo, que é a dificuldade né, a gente acaba tendo que fazer muita busca ativa, indo, literalmente, indo atrás deles, caçando nessas ruas por aí as criaturas para que elas possam dar continuidade a um determinado tratamento (entrevista 8),

então essa: “ah, vai, consegue, que ele vai, consegue uma vaga pra ele ir pra clínica tal”, aí consegue tudo, ele faz tudo, chega na hora, morador de rua some, não vai, não quer, desiste, foge porque todo esse trabalho é muito burocrático, é muito difícil de você fazer, de articular com todo mundo, sei lá, a gente tinha um caso, uma vez, de uma haitiana descobriu que ela estava faz uns três meses dormindo embaixo de uma casa do porão, de uma casa abandonada e daí a população avisou a gente, a gente começou ir pra lá... ela parecia um bicho e aí a gente tentava, tentava, tentava, a gente ficou mais de um mês tentando (entrevista 11).

A situação que impede a aproximação da equipe à PSR é a atitude agressiva de alguns pacientes, seja porque aquelas pessoas que precisam da atenção nesse momento estão alcoolizadas ou sobre os efeitos de substâncias psicoativas, como se observa em:

às vezes ele relutava um pouco, então tal, tal, tal e vai, chora. ele gritava, xingava, mas depois a gente falava: “é pro seu bem” e tal, tal, tal e às vezes a gente tinha que falar alguma coisa: “ó se você não for, a gente tem que chamar a guarda para ajudar a gente” né, aí ele deixava a gente fazer porque ele ficava agressivo na rua, ele usava o thiner, às vezes tava com a latinha de thiner e a gente tinha... é perigoso né, então para a população a gente tinha lá um controle certinho das medicações para tomar, não só ele, como os outros (entrevista 7),

eles estavam às vezes muito agressivos, a gente foi assim, várias vezes ameaçado porque eles estavam em surto né, a própria dificuldade da equipe em entender também por que era muito cansativo né, você vai atender a pessoa sempre assim né. Acho das dificuldades também de todo o trabalho que a gente fazia pra encaminhar daí na hora ele não ia, ele recaía, ele voltava ao mesmo entende, sei lá, a gente tem uma equipe muito boa assim (entrevista 11),

a gente tinha um paciente na época, que eu fazia extra numa unidade básica, e era um paciente muito difícil, muito, muito, muito. É usuário de substância e vindo de uma família muito difícil também assim. Todas as pessoas da família tinha algum tipo de vício, então vivia uma questão de higiene naquela família bem precária e esse menino era um cadeirante, só que ele nunca ficava na casa. Ele morava praticamente na rua, mas ele tinha uma residência né, quando ele queria ir lá. E a gente ah! Nossa senhora, quando esse menino aparecia lá as vezes ele quebrava, atendia ele na UPA, ele era um paciente difícil, agressivo (entrevista 5).

Pode se apreciar que o trabalho em saúde da PSR demanda ter uma boa capacidade de estabelecer vínculos com os usuários, da mesma forma ter a faculdade de observar seu comportamento individual como do grupo para garantir sua segurança e bem-estar como da equipe. O profissional precisa ter compromisso e paciência com o usuário para não desistir e tentar constantemente resguardar a saúde do público mais vulnerável, lidando inclusive com o sentimento de desgosto ou aflição durante a rotina de trabalho.

## 4.2. PLANEJAMENTO E PRÁXIS

Nesta categoria se expõe como foram evoluindo as diferentes estruturas organizações de trabalho, da mesma maneira se explora os objetivos que geraram essas mudanças e parte dos resultados que ocasionaram para eCR de Cascavel. Também se aborda a comunicação dentro da equipe e com outros setores, inclusive alheios à saúde.

### 4.2.1. Estratégias de abordagem

O serviço começou suas atividades no ano de 2016 e parte do 2017 com dois horários de atendimento, conforme descrito no quadro abaixo.

**Figura IV** - Organização de trabalho inicial da equipe Consultório na Rua de Cascavel.

Equipe da manhã/ 08:00 h – 14:00 h	Equipe da noite/ 16:00 h – 22:00 h
Motorista	Assistente social
Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem
Enfermeiro	Médico
Psicóloga/ coordenadora	Psicóloga/ coordenadora

A coordenadora do serviço, acompanhava as atividades seja de manhã ou de noite dependendo da estratégia a ser executada: “era uma turma ficava de manhã, geralmente era o motorista, o técnico, enfermeiro e a noite ficavam assistente social, médico e uma técnica e alguns dias da semana mudava, era um enfermeiro, mas depois caiu” (entrevista 4), “foi dividida a equipe em duas, uma que trabalhava de manhã e outra que trabalhava à noite. Então a coordenadora e psicóloga ficava o tempo inteiro pra lá e pra cá né, então uma trabalhava das oito às quatorze e a outra das dezesseis às vinte e duas” (entrevista 11), “eu ainda nessa época o consultório na rua tinha dois horários, era de manhã e das quatro às dez da noite, que era que o médico estava. Então assim, não se teve preparação. A gente ia assim: ‘vamos! Vamos! Vamos ver o que vai dar’” (entrevista 4),

então a gente é um serviço que ele funcionava do meio da tarde para a noite, então o nosso serviço acho que começava em torno, acho era das quatro horas mais ou menos até as vinte duas horas. Então a população de rua durante o dia você não consegue muito acesso a eles tá (entrevista 10).

A estratégia de abordagem que teve sua implementação no primeiro ano do serviço, abraçava mais a cotidianidade do público alvo, porém devido à complexidade

de tratar com uma equipe reduzida o frequente comportamento errático nas noites, junto com a inatividade nas manhãs da PSR, foi necessário replanejar o horário de atendimento das 13:00 h – 18:00 h, conforme se indica em: “daí unificou pra um período só, das treze horas às dezenove, que é seis horas né” (entrevista 4), “mas o horário tava excelente por que de manhã eles estão tudo mocó, muito cedo. Se for muito cedo não acha, aí o horário tava excelente das treze às dezenove, acho que até hoje está esse horário né” (entrevista 6),

então a gente foi entendendo que a gente não conseguia muito atendê-los nesse horário, porque daí a gente tinha que acordar eles, ficavam bravos, às vezes estavam escondidos, eles já estavam recolhidos, as situações de crise que a gente encontrava eram muito críticas então era o SAMU que tinha que atender, então a gente né, acionava o SAMU né, claro foi importante, mas a gente entendeu que essa rede de atendimento, de suporte a gente não tinha pra atender essa população, pra dar sequência nessa população né, então de manhã também não dava porquê de manhã eles estavam dormindo, eles não apareciam muito, a gente não conseguia acessá-los, então daí a gente optou, depois de um ano né, de muito estudar isso, enfim, vivenciar, a gente ficou no período da tarde, das treze às dezenove (entrevista 11).

Dentro dos princípios éticos do Consultório de Rua como o respeito ao sofrimento e ao *ethos* humano, *ethos* entendida como as significações dos costumes e hábitos do grupo, expressa o respeito às razões implícitas nos atos e circunstâncias de vida do outro, ou seja, consiste em tomar uma atitude reflexiva frente a conduta da pessoa em situação de rua (SENAD; SETAD, 2011, p. 37). Nos relatos se mostrou como fundamental a escuta ativa e a atitude compreensiva do profissional para o correto acolhimento e fortalecimento de vínculos com a PSR, como se depreende em: “a gente procura não mostrar nenhum tipo de preconceito para poder manter um vínculo mais próximo; para que a hora que a gente procure encontrar ele nos devidos locais, eles também aceitem nossos tratamentos” (entrevista 1),

quem começava sempre era eu, como a gente tem que ter uma habilidade para trabalhar com eles, ter paciência, saber escutar, entender o processo deles de rua. Quando eu chegava já perguntava, como eles estavam [...] esse trabalho ele é um pouco lento, porque esse público de rua tem que ser devagar, primeiro para a gente conquistar eles você tem que ter laços de amizade ali com eles, assim, de imediato (entrevista 4),

então ela [se referindo à psicóloga] tinha sempre aquele sorriso, aquele olhar bondoso para eles. Então eles dificilmente alguém atacar a gente, pelo menos na minha época, nunca ninguém atacou nunca ninguém foi assim, agressivo com a gente, nunca, nunca teve nenhuma dificuldade com relação a isso né, sempre foi uma boa conversa no diálogo (entrevista 7),

eu gosto de perguntar o porquê o que está acontecendo, claro quando geralmente as pessoas têm saúde física né, escuta bem, enxerga bem o qual é motivo que está nessa situação, como né, aí eles relatam problemas familiares né, se separações, problemas financeiros, variados (entrevista 9),

quer tratamento? Se tem alguma outra doença, algum outro tratamento que tá parado, quer continuar? Se tem alguma queixa, alguma coisa, a gente faz assim, cria o vínculo ali na hora, na hora de conversar tenta ser o mais humano possível, não ficar julgando assim, com fala grossa assim sabe, ríspido, é o meu método né, é o que eu tento fazer né, para criar um vínculo aí mesmo né (entrevista 2).

Quando a abordagem se impossibilita porque o paciente recusa o atendimento ou não se encontra a disposição de tratar, a equipe prefere dar o espaço e retornar depois. Segundo os depoimentos é para não forçar o atendimento e manter o vínculo com o paciente, conforme se evidencia em: “às vezes, acontece o paciente, você vai lá atender e tá meio de cara virada dizendo que não quer atendimento, beleza a gente volta amanhã, é normal, como se não tivesse acontecido nada sabe” (entrevista 2), “você tem que ter assim, bastante jogo de cintura né, pra tentar você vai aos poucos, é hoje, talvez de tardezinha, de novo, uma conversa com eles, amanhã você vai pegando, você vai se aproximando para criar vínculos” (entrevista 4),

quando a gente percebe que a pessoa tá alterada, então a equipe já tem uma certa experiência para não se expor a equipe, não provocar risco nem para a pessoa, nem para a equipe e nem para as pessoas da sociedade né. Então a pessoa em surto a gente procura chamar o apoio do SAMU, apoio da Guarda Municipal, para conter essa pessoa de forma que não machuque essa pessoa e que ela também não machuque alguém da nossa equipe (entrevista 1),

se a pessoa de repente a gente vê que está no uso, que está muito alterada, apresenta agressividade, não tem como chegar perto, né? a gente não é um serviço compulsório que amarra a pessoa, não tem como, a gente tem que respeitar e tenta procurar outra hora, outro momento (entrevista 3),

Durante a pandemia de covid-19 que teve início no ano 2020, na ata da 2ª reunião extraordinária do CMS realizada o 30 de novembro de 2020, na pauta 1 – Discutir e deliberar sobre ofício 1056/20 da 9ª Promotoria da Comarca de Cascavel, se faz ênfase sobre o que estaria fazendo o Consultório na Rua para o enfrentamento da pandemia no município de Cascavel, como se indica em:

o Sr. Elves indaga como está o apoio do Consultório de Rua do Comboio o que esses serviços estão fazendo para ajudar nesse período de pandemia para ajudar as unidades e nessa bandeira vermelha onde estão as unidades que eram referência para o covid e que a SESAU faça uma recomendação para as empresas para a importância da notificação do Centro de Atendimento ao Trabalhador (CAT) o trabalhador está exposto a todo momento e ninguém sabe como vai ficar essas sequelas (CASCAVEL, 2021, p. 3).

Para junho do ano 2021 a PSR de Cascavel, por meio da eCR, começaria a ser imunizada contra a Covid-19 com a vacina Janssen de dose única, ação oportuna para uma população muito rotativa ao efetivar uma estratégia que mitiga a dificuldade de uma vacinação periódica, como é o caso de outros esquemas vacinais, conforme se explica em:

a aplicação é feita pela equipe Consultório na Rua, da secretaria de Saúde do Município. A cidade recebeu 395 vacinas da Janssen – dose única – reservadas para esse grupo. Até agora mais de 80 pessoas foram imunizadas em entidades assistenciais ou mesmo na rua e áreas públicas [...]. A equipe fez o mapeamento do público-alvo e monitora os locais para garantir a aplicação. “Vamos fazer esse trabalho de campo até que estejam imunizados. É uma maneira de dar a essa população mais qualidade de vida e assim prevenir a circulação do vírus. Essas pessoas andam por toda a cidade, muitas vezes sem máscaras”, ressalta a psicóloga Gabrielle Muller Sarolli Dall’Igna, responsável e integrante da equipe Consultório na Rua (BRASIL, 2021).

Para uma população que vive diariamente o desafeto e a agressividade da sociedade, o Equipamento de Proteção Individual (EPI) nos atendimentos de rotina, às vezes pode reforçar a impressão da PSR de um suposto desagrado por parte dos profissionais da eCR. Esta situação pode ser ainda mais problemática dentro do contexto da pandemia no qual o EPI tornou-se fundamental, como se verifica em:

a gente não podia fazer a primeira chegada neles, com máscara e luva, porque eles entendiam que se a gente estava usando máscara e luva, quer dizer que a gente estava tendo algum tipo de preconceito, tinha nojo ou algo assim. Então isso foram coisas que eu fui aprendendo aos poucos, a gente não usava luva, chegava boa tarde, vou fazer o curativo, vou fazer o procedimento, a gente usava a luva ali e tal, mas assim a forma de chegada é muito diferente (entrevista 5),

na pandemia a gente não podia atender porque tipo assim, ele sentia-se mal a gente chegando e atendendo eles com máscara e luva, não pode. A gente atendia sem máscara e sem luva aos pacientes, só na hora de fazer o procedimento [...] você não pode chegar lá na praça aqui cheio de luva, cheia de coisas, não, você vai fazer um procedimento? Aí sim, aí você coloca a luva. Não chegar igual antigamente o povo chegava com a máscara, com a luva, e pode ser que eles têm aquela né, aquela barreira da gente ficar com nojo deles (entrevista 7),

então assim, a gente foi ali que a gente começou a aprender, mesmo assim há tem coisas que não dá, por isso que ainda brinquei, falei: “meu Deus, na pandemia, como é que está funcionando né”, porque era o primeiro atendimento até criar um vínculo ali, tinha que ter todo esse cuidado, de criar um vínculo com o paciente. Tem essa dificuldade de mostrar que você está ali para atender, não para julgar, não importa o que você fez ou deixou de fazer, né (entrevista 5).

As estratégias da equipe foram mudando e se adaptando à realidade das ruas de Cascavel em virtude que a coordenação do serviço, participando ativamente das ações, soube reconfigurar a rotina de trabalho prevalecendo o critério de acesso à PSR. Segundo os relatos, mais uma vez o aperfeiçoamento de habilidades de comunicação para realizar a abordagem da PSR foram estratégias que garantiram o primeiro contato, e com o tempo ter uma relação próxima com a público-alvo.

#### 4.2.2. Multiprofissionalidade

O trabalho multiprofissional em saúde trata-se de uma modalidade de trabalho na relação recíproca e cooperativa entre as técnicas e saberes dos diferentes

agentes de distintas áreas profissionais, que tem por intuito oferecer uma atenção integral em saúde ao usuário (PEDUZZI, 1998, p. 229). Nos relatos dos entrevistados, a multiprofissionalidade na equipe foi materializado por meio da comunicação transversal e continua, também com o fato de cada profissional trabalhar na sua competência, como se indica em: “cada um dentro da sua área, mas a gente sempre vai trabalhando junto em conjunto cada um com a sua formação né, completando a nossa ação diante deles” (entrevista 1), “o outro fala assim: ‘ah, não, faz você que você leva mais jeito né’, e fazer com que esse entendimento ocorra dentro da equipe é um pouco meio difícil também, mas o impacto, né” (entrevista 4),

você tem que construir uma relação e ter todos esses profissionais dentro da equipe, além dessa troca de experiência de: “eu sei fazer isso, você sabe aquilo”, que também tirou um pouco dessa visão preconceituosa que talvez eu tinha devido às ideias que o pessoal que já estava ali desde o início de Consultório na Rua, um pessoal tinha entrado um pouquinho depois também. Então foi uma troca de experiência bem legal e de várias áreas (entrevista 11),

eu gosto de uma equipe que fala, que faz entende, que gosta do que faz, que sabe assim, que se dedique. Eu acho que no tempo que eu estava tinha assim, claro, tem sempre uns problemas obviamente né, mas as diferenças e tal, mas dentro de tudo eu me esforçava muito assim pra fazer sabe, as pessoas pensarem nessa multidisciplinaridade no sentido de ser responsável (entrevista 11),

eu acho tão difícil falar em equipe multiprofissional porque quando a gente fala em ser em equipe multiprofissional, geralmente é todo mundo ter bastante hierarquia né, de decisões assim né [...] eu sou muito que todo mundo ter o seu papel, fazer, compartilhar né, [...]. Então às vezes você vai ter acesso aquele, ninguém vai ter acesso a todo mundo. Igual, cada um tem um gosta mais de um, de outro, então é essa multidisciplinaridade é importante né, no cuidado, mas multidisciplinar não é só diversidade de pessoas, de funções né, mas é a capacidade de cada um ter e deixar o outro ser o que ele é né (entrevista 11).

Durante a implementação do serviço, a equipe teve a inclusão de um psiquiatra na rotina de trabalho, dando suporte nos casos mais complexos entre os usuários, como se depreende em: “isso a nossa secretaria, ela forneceu uma vez por semana um psiquiatra, isso ajudou muito, muito nossa, seria maravilhoso se a saúde também visse esse outro lado né, ter esse olhar diferenciado para poder ajudar o clínico (entrevista 4),

um psiquiatra [...], se tinha conseguido antes né, um psiquiatra que ele fosse... ele ia duas vezes por semana com o médico, com a equipe do Consultório na Rua, mais né, mais um médico psiquiatra. Então o médico e mais um psiquiatra e acho que duas vezes pra dar conta dessa população até por conta da resistência da própria né (entrevista 11),

a gente não sabe o que mais fazer, continua dando trabalho na rua, o medicamento já não atua mais e a gente repassa o caso para o Psiquiatra. Geralmente, às vezes, psiquiatra não ia em vias públicas. A gente ia, pegava no Centro POP ou até mesmo aqui na época e trazia profissional aqui, eles traziam acolhido aqui também, o usuário tá (entrevista 4),

tem o médico e inclusive tem até o psiquiatra que às vezes, não sei se hoje ainda está, mas ele atendia de vez em quando. Então assim essa questão de ter uma equipe completa ali eu acho que é um dos pontos fortes que tem o consultório na rua de Cascavel (entrevista 5).

Segundo a narrativa dos entrevistados, durante as diferentes coordenações foi mantido e levado em consideração a tomada de decisões em conjunto, comunicação constante entre os profissionais da equipe e uma boa relação laboral. A experiência de trabalho da equipe com o psiquiatra por mais de um ano, profissional que não está contemplado nas modalidades das eCR, mostrou um suporte robusto nas estratégias e capacidades da equipe nos casos em que a saúde mental estava muito comprometida.

#### 4.2.3. Multissetorialidade

A comunicação da eCR com a gestão da rede de saúde e assistencial, por meio do planejamento em conjunto, foi favorável aos encaminhamentos e ações estratégicas para ampliar o fluxo de atendimento e fortalecer a integralidade nos atendimentos à PSR, conforme se evidencia nos seguintes relatos: “posto de saúde a gente não tinha nenhuma dificuldade, a gente ligava por telefone, marcava desmarcava por telefone pra gente às vezes não precisava nem ir lá né, então eu na minha época não tinha dificuldade nenhuma” (entrevista 7),

é muito bom [se referindo à multissetorialidade], existem canais diretos né, a equipe conversa diretamente com profissionais de outros setores, unidade de saúde, USF [Unidade Saúde da Família], PSF [Programa Saúde da Família], aqui no CEDIP [Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias], consultório na rua, UPA [Unidade Pronto Atendimento], os serviços de assistência social né, CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], esses de saúde mental. CAPS, Casm [Centro de Atenção em Saúde Mental], o SIM [Serviço Integrado de Saúde Mental] que é para internação de pessoas com problemas com álcool, drogas e a comunicação é muito boa, isso sim (entrevista 8),

foi se fazendo cronograma, que como a coordenação fazia tudo né, tinha que... ir pra campo, coordenava e fazia tudo vindo a demanda e foi organizando, por exemplo: "ah, eu preciso falar com eles, com isso, com isso, com isso", a gente foi agendando e foi discutindo, foi uma coisa meio sistemática a partir das demandas assim sabe, o primeiro foi com a assistência né, que a gente mais precisava porque os nossos pacientes eram os mesmos, as pessoas eram as mesmas, então... aos primeiros lugares que ela foi, foi na assistência e aí os... daí os programas e a gente foi, aí depois o que que acontecia, Cascavel tem uma rede né, de serviços, uma rede intersectorial que eles se reúnem... todos os serviços têm, encaminham um representante, então eles vão discutindo todas as demandas de todos os serviços, toda a rede né, mas a coordenadora foi acontecendo assim, foi organizando, foi montando, foi fazendo porque daí tinha que começar né, então as coisas elas aconteceram simultaneamente (entrevista 11).



Os diferentes setores de atendimento à PSR estiveram à disposição das ações e contingências na rotina de trabalho da equipe, respeitando a prioridade de atendimento das pessoas mais vulnerabilizadas, como se indica em:

os outros serviços são bem tranquilos assim, todos eles ajudam a gente. Tipo se eu preciso de uma vacina vou num postinho de saúde, falo que preciso da vacina e eles entregam, pegam nome, CPF do paciente e são bem... auxiliam bem a gente, assim bem tranquilo (entrevista 2),

a gente tinha acesso nos postos de saúde, a gente tinha facilidade para marcar consulta, eles marcavam pra gente entendeu, na secretaria de saúde a gente tinha facilidade, facilidade de ser aprovado algum exame que era difícil né, a gente colocava como prioridade, eles passavam na frente para a gente. Então não tinha dificuldade com relação ao posto de saúde, laboratório né, depois se adequa certinho e que mais, dentista também a gente marcava (entrevista 7),

a onde que a gente ia, a gente era bem-quisto né, a gente tinha uma boa relação com a farmácia, com as UPAs, com as unidades de saúde né, a gente sempre que trazia, a gente sentava e dava solução para eles, nunca dava o problema né, porque a ideia do consultório na rua é atender o morador de rua na rua, porque eles não vão até unidade né (entrevista 6),

queria colocar um dentista né, no Consultório na Rua, mas como a gente não tinha muito incentivo [...] não se conseguiu, mas foi conseguido um dentista aqui porque conhecia a gente, porque trabalhava lá no PAID [Programa de Atenção e Internação Domiciliar], também porque daí gostava da causa, uma pessoa superbacana e aí ele fazia hora extra. Daí a gente conseguiu uma coordenadora de uma unidade de saúde muito boa, muito humana que daí ela sedia lá o consultório, daí a gente conseguiu hora extra pra ele, daí a técnica lá que gostava também porque gostava do dentista, daí ela também fazia hora extra daí eu conseguia pagar hora extra, daí ele conseguia né, com a gestão justificar pagar hora extra, daí ele ia lá e atendia, daí toda a população ia pra essa unidade, mas quando ele saiu a gente perdeu (entrevista 11).

A SESAU e a SEASO realizaram uma ação para fortalecer a referência do Centro POP como local específico onde poderiam ser alimentados e receber o atendimento que fosse necessário. Esta atividade foi feita por meio de centralizar as doações de marmita nas ruas ofertando o Centro POP como porta de entrada para vincular a PSR com a rede assistencial, como observa-se em:

a gente fez um trabalho bem importante, que eu achei bem interessante, que é as pessoas dão muita comida na rua né, e muitas entidades, por exemplo, elas iam pras ruas pra dar comida à noite né, no inverno principalmente e aí elas acabavam que muita gente de igrejas, enfim, aí eles falavam pra gente que eles às vezes não gostavam porque o morador de rua escolhia ou não queria ou eles não sabiam onde era, eles pediam pra gente onde eles estavam pra poder fazer essa doação. Aí junto com a assistência né, foi um trabalho bem legal que a gente trabalhou muito tempo com essas instituições pra que elas viessem então na Casa POP, o Centro POP pra fazer comida lá, daí o Centro POP aumentou o horário de permanência, eles ficavam abertos. Primeiro eles ficavam só durante o expediente né, tipo das oito da manhã às cinco da tarde, aí depois eles aumentaram até as dez horas da noite, sábado e domingo. Então eles ampliaram isso, foi muito interessante. Então essa população eles fizeram... tinha uma escada para essa população podia ir lá, usar, cozinhar lá, conversar com eles, enfim (entrevista 11),

eles estavam tentando fazer em Cascavel, lá uma campanha de assim: 'ha tem um centro de referência, tem um Centro POP, tenta não dar marmita e comida na rua, encaminha pra lá', o pessoal que fazia os atendimentos na rua ali, tipo a igreja que dava sopa essas coisas. Foi nesse momento tentando fazer uma conscientização, consultório na rua participou junto assim, de que essas pessoas fossem fazer né, o seu ato de caridade, enfim, dentro do Centro POP para começar a referenciar ao pessoal de alimentação no Centro POP, tomar banho no Centro POP e tentar retirar um pouco isso da rua né, deu certo, parcialmente, porque tem pessoas que não querem ir para o Centro POP (entrevista 5).

O projeto Rede de Atendimento Humanizado (RHUA) foi uma ação multissetorial entre as secretarias de segurança, saúde e assistência realizado no ano de 2020, com o objetivo de garantir com os efetivos da segurança pública uma abordagem mais humanizada na estratégia assistencial, como se aprecia em:

foi tentado implementar o programa rua, que era rede humanizada, como que era? RHUA, rede humanizada de... enfim, que era uma rede que unia a secretaria de saúde, secretaria de assistência social e vários programas, junto com a guarda municipal, que era criar uma guarda pra fazer uma abordagem mais humanizada a essas pessoas mesmo né, porque, por exemplo, assim, às vezes a gente tem que fazer um atendimento com o paciente que não estava muito bem, que estava em surto, a gente precisava de uma questão de segurança né, naquele momento foi se criando uma guarda municipal que ia com a gente, mas era uma guarda diferente, não chegava abordando da forma como a guarda municipal ou a polícia aborda eles né, chegava de uma forma realmente humanizada, conversando numa boa para, tanto que, assim, teve guardas que a gente chegou e falou: "se o fulano for, a gente não vai, vai só o fulano", porque assim, a forma de abordagem de um morador de rua né, da pessoa em situação de rua ali frente a forças de segurança e como ele recebe isso é muito diferente né, do que ele receber a gente. Então, naquele momento estava se criando esse programa a onde estava se capacitando profissionais também da segurança para aprender né, pra ir junto com a gente, mais uma abordagem humanizada (entrevista 5).

A atividade ficou registrada pelo ex-diretor da Secretaria de Política Sobre Drogas e Proteção à Comunidade (SEMPRO), Rafael Tortato que participou do encontro:

RHUA (Rede Humanizada de Atendimento) – Prevenção, Cuidado e Segurança; Programa intersetorial em desenvolvimento com a GUARDA CIVIL PATRIMONIAL, envolvendo a ABORDAGEM SOCIAL E CONSULTÓRIO NA RUA.

Ação sistêmica e integrada nas áreas segurança, saúde e assistência social; disponibilização de equipamentos e serviços; apoio à rede de serviços para atendimento a usuários e família; estímulo à participação e apoio da sociedade; aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários; enfrentamento ao tráfico de drogas e às organizações criminosas; fortalecimento dos fatores de prevenção e reduzir fatores de risco. Essa proposta funciona para os próprios do município, praças, quadras, teatro, escolas, entre outros (TORTATO, 2020).

A comunicação e relação com outros setores para garantir os objetivos da eCR parecem ser frutíferas para o desenvolvimento da equipe, da mesma forma a SESAU e SEASO estão em constante trabalho conjunto quando trata-se oferecer um atendimento mais abrangente à PSR.

#### 4.2.4. Resolutividade

A resolutividade do serviço, segundo a percepção da equipe, se corresponde como muito efetiva no atendimento às demandas de doenças agudas ou moléstias de rápida assistência (demanda espontânea). No caso de acompanhamento em doenças crônicas (demanda programada) existe uma insatisfação nos profissionais, aludida a uma inconsistência por parte dos pacientes em dar seguimento ao tratamento, situação já explorada nas dificuldades do serviço. A sensação de frustração da equipe se torna evidente quando o alvo do trabalho é que o paciente consiga sair da situação de rua, situação complexa por sua multifatorialidade: “tem muitos pacientes que pedem atendimento para passar por clínica de reabilitação para largar o vício né, nessa parte alguns tem resolutividade, poucos na verdade, porque a grande maioria pede, vai, fica um tempo e depois volta pra rua” (entrevista 2),

às vezes se torna um pouco frustrante por isso, porque você às vezes nem sempre consegue concluir um atendimento, um tratamento né, não tendo sucesso no que você começou a fazer por conta de muito uso, abuso de drogas e bebidas, também existe uma certa dificuldade (entrevista 8),

a gente pensa em resolutividade no ponto de vista de quantas pessoas eu atendi, [...] acho que sim né, porque eles têm esse espaço de entender, eles atendem muita gente entendeu, [...], mas continuam lá, então é resolutivo isso? Não sei se é resolutivo né, na nossa percepção de que ele estaria numa vida melhor e tal né (entrevista 11),

então assim, essa questão de efetividade ela frustrava a equipe, eu acho, como um todo, o que às vezes não depende tanto só da equipe né, que realmente que daí entra aquela barreira do a gente, às vezes cria expectativa sobre o que é do outro né, não é da gente. Até a onde foi possível foi feito, mas tem uma questão que é do outro, que é da vivência dele, que é da vida dele e que às vezes a gente não entende, porque né, nossa criação nossa, nossas condições são diferentes né, isso frustrava um pouco acho que a equipe como um todo (entrevista 5).

O trabalho nas ruas exige para o profissional a capacidade técnica e inteligência emocional para poder saber lidar com a frustração muitas vezes ocasionada nas atividades de rua. Contudo, a própria condição de trabalho e público-alvo do serviço, força a equipe em lidar com situações complexas tornando o trabalho desafiante, por consequência os profissionais devem ser capacitados continuamente com o estudo de temas que contemplem a realidade vivenciada (SENAD; SETAD, 2011, p. 59-60).

### 4.3. PANORAMA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE CASCAVEL

Nesta categoria serão abordados os fatores relevantes para entender o cenário na qual se encontra inserida a PSR de Cascavel, compreendendo toda a rede

assistencial conformada tanto por serviços governamentais como não governamentais, características marcantes e impacto das atividades da equipe sobre a PSR local.

#### 4.3.1. Rede assistencial

A rede assistencial para a PSR abrange todos aqueles serviços de saúde, acolhimento e proteção que, por suas características, utilizam em decorrência da extrema vulnerabilidade social provocada pela vida nas ruas. Essa rede se caracteriza por serem serviços direcionados a pessoas em situação de violação de seus direitos ou expostas a uma significativa degradação social.

O Centro POP no Município de Cascavel foi implantado o 03 de março de 2010 (CASCAVEL, 2011) e é uma unidade pública voltada a realizar atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua, funciona de segunda a segunda das 07:00 às 19:00 (CASCAVEL, s.d). A Casa da Passagem para População em Situação de Rua (Casa POP) de Cascavel é um serviço de Acolhimento Institucional (AI) para adultos e famílias ou pessoas de ambos os sexos, que tem por finalidade oferecer acolhimento provisório a pessoas com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento (CASCAVEL, s.d), como se indica em: “na Casa POP tem mulher também, só que a Casa POP, como é uma população muito menor, eles conseguem controlar muito mais as intercorrências que acontecem lá” (entrevista 10).

um local é só de passagem, vai durante o dia e a noite vai embora, daí pode retornar no dia seguinte de manhã para tomar café, almoço, janta, pode passar o dia e a Casa POP já é diferente lá a pessoa já fica acolhido por alguns dias ou meses, e algumas pessoas ficam até mais de um ano nessa Casa POP” (entrevista 1),

o Centro POP as pessoas entravam, abria às sete horas da manhã e ficava até as vinte horas, até as vinte horas ou dezenove horas, uma coisa assim. Nesse Centro POP, lá tinha comida, tinha café da manhã, tinha almoço, tinha café da tarde e tinha janta e banho (entrevista 7),

A Associação Espírita Irmandade de Jesus – Albergue Noturno André Luiz é um serviço de acolhimento implantado o 27 de agosto de 1967 e está direcionado para a população adulta ou famílias em situação de rua. Trabalha na modalidade da Casa de Passagem, possui 50 vagas e tem como objetivo o atendimento de forma qualificada e personalizada, de modo a promover a construção conjunta com o usuário do seu processo

de saída das ruas, com dignidade e respeito a sua vontade e nível de autonomia (SOBRE, s.d).

Segundo os entrevistados, a atenção feita pelo acolhimento é de um bom nível e o tempo de permanência costuma ser relacionado diretamente ao bom comportamento dentro do estabelecimento, como se depreende em:

albergue funciona assim, ele é uma instituição espírita né, aí eles têm ajuda lá dos espíritos e tem uma parte da prefeitura que ajuda também. Só que daí a gente também cuidava lá e bem, bem mais rígido lá, bem rígido mesmo lá para as pessoas entrarem né, por exemplo assim, se você sair e beber, tomou, bebeu alguma coisa você não volta nunca mais lá (entrevista 9),

recaiu e pronto e no albergue já aconteceu de voltar na Casa Pop que já é mais maleável, tem mais espaço, não sei se agora se está maior, se reformaram, mas tinha lá. Eu lembro que eles comiam muito bem, faziam bolo, café da tarde. Não era qualquer comida, era comida bem-feitinha, tinha doce, era coisas, comia muito bem, frutas, bem mesmo. O café da tarde, tudo com fruta com suco, bem interessante (entrevista 7).

Dentro do território cascavelense existem também instituições não governamentais que estão ao serviço do acolhimento e tratamento para dependentes de substâncias psicoativas, como as comunidades terapêuticas ou fraternidades que acabam recebendo as pessoas em situação de rua. Segundo um entrevistado, a eCR dentro da rotina de trabalho abrangia também aqueles locais fora das unidades da rede pública, como se indica em: “segunda-feira, fazia rua, terça-feira tinha os lugares pra visitar a Casa POP, era tipo assim Casa POP, Centro POP, daí tem os frades lá que eu nem sei se estão indo aos frades” (entrevista 7), “frades é um lugar onde, se fala casa dos irmãos, é um sítio lá onde fica as pessoas que ficam para se cuidar das drogas né, então a gente tem atendimento médico lá também. Tem as meninas, as meninas também têm, tem os frades que é aqui para cima” (entrevista 7), “as meninas é um lugar onde ficam as freiras, são os meninos também com essas condições, usuário de droga que estão lá para se recuperar” (entrevista 7).

Este último depoimento estaria em harmonia com aquilo retratado na pesquisa “Moradores em situação de rua: Uma etnografia urbana da cidade de Cascavel/PR” publicado em 2021, quando se alude aos locais frequentados pela PSR do município:

com isso, passei a localizá-los e compreender o modo como se movimentam, como se articulam, o viver na rua a partir dessas categorias. Encontrei-os em “manchas Institucionais”, que são serviços ou locais, organizacionais ou não, mas utilizados por eles, aos quais se apresentaram como um espaço de cuidado, acolhimento e permanência, tais como: unidade de acolhimento do SIMPR, Casa Pop, Centro Pop, Freis, Freiras, Albergue e Comunidades Terapêuticas (GIACOMELLI, 2021, p. 67).

Estas instituições não governamentais ganhariam mais visibilidade na pandemia ao serem contempladas nas estratégias da SEASO para o acolhimento da PSR. Com a finalidade de abrigar mais pessoas e diminuir o risco de proliferação do vírus, o 24 de março de 2020 o prefeito de Cascavel Leopoldo Paranhos liberaria recursos como medida de emergência para o enfrentamento da pandemia, ampliando os dispositivos de acolhimento. Segundo a SESAU, as parcerias com as comunidades terapêuticas seriam necessárias para o contexto emergencial:

caso haja necessidade de abrigar mais pessoas em situação de rua, a Secretaria de Assistência Social, abriu a possibilidade de acolher junto ao Serviço Integrado de Saúde Mental (SIM-Paraná), mais 30 pessoas, desafogando o sistema do município e ainda trabalha com a possibilidade de firmar parcerias com as comunidades terapêuticas para aumentar o número de vagas a pessoas em situação de rua (BRASIL, 2020).

No quadro abaixo se registram os serviços da rede de assistencial para a PSR de Cascavel, levando em consideração os depoimentos dos entrevistados, o fluxograma da SESAU (anexo A e B), e outros serviços não governamentais dentro do território cascavelense que os acolhem:

**Figura V** - Rede Assistencial para a População em Situação de Rua de Cascavel.

Rede Assistencial para a População em Situação de Rua de Cascavel	Política de Assistência Social	Proteção Social Básica	CRAS (9 Unidades)
			CCI (6 Unidades)
		Proteção Social Especial de Média Complexidade	CREAS (3 Unidades)
			Centro Pop
			Abordagem Social
		Proteção Social Especial de Alta Complexidade	Casa Pop
			República do Idoso
			Residência Inclusiva (2 Unidades)
			Família Acolhedora
			Abrigo de Mulheres
			Unidade de Acolhimento Institucional Feminina
			Unidade de Acolhimento Institucional Masculina
	Política de Saúde	Atenção em Saúde Mental	CAPS AD
			CAPS III
			CASM
		Atenção Especializada	Consultório na Rua
			CEDIP
			PAID
		Atenção de Urgência Emergência	UPA (3 Unidades)
			CONSAMU
			SIATE
Hospital de Retaguarda			
Instituições não governamentais	Albergue Noturno André Luiz		
	Fraternidade o Caminho (Casa de Acolhida Feminina para Moradores de Rua)		
	Fraternidade o Caminho (Casa de Acolhida Masculina para Moradores de Rua)		
	Comunidade Terapêutica Renascer		
	Comunidade Terapêutica Molivi		
	Comunidade Terapêutica Primeiros Passos		

#### 4.3.2. Perfil

Durante os questionamentos, os entrevistados foram descrevendo particularidades e características significativas da PSR baseados em sua experiência de trabalho, tal como aspectos comportamentais, comorbidades e experiências com pacientes específicos. As consequências do uso abusivo do álcool e outras drogas foram tema recorrente na descrição, junto com a frágil situação dos vínculos familiares que a maioria das vezes é inexistente, como se indica em: “infelizmente o problema principal deles de saúde é a questão da dependência química [...] e outra situação é também a tuberculose” (entrevista 3), “muitos deles foram como entrou na droga e não conseguiu sair, muito deles também morreu a mãe e o pai, ficou sem base, entendeu? Foi morar com os tios, parentes, novinho aí ficaram sem base, sem referência” (entrevista 7),

uma grande parte dos filhos as vezes já tá com família acolhedora por que ela perde a guarda por que não tem capacidade para estar cuidando das crianças devido ao uso de substâncias psicoativas, que grande porção são usuários de crack, cocaína, de bebida alcoólica (entrevista 1),

eu percebo que são questões sociais e familiares de muito tempo. Então às vezes é violência desde a infância, é muito comum a gente escutar esse tipo de história, uso e abuso de álcool e droga desde bem jovem, então tudo isso uma coisa vai levando a outra sabe, parece que estão tudo essas coisas entrelaçadas, casadas (entrevista 8).

A saúde mental foi problematizada pelos entrevistados, devido que continuamente os pacientes atendidos tinham apresentado complicações ou condições em que existia compromisso na sua sanidade mental, conforme se evidencia em: “é o que prevalece e na maioria eles tem alguma doença psiquiátrica né, alguma coisa apresenta na maioria das vezes” (entrevista 3),

tem pessoas que entram pro mundo do álcool, do mundo da droga, por ter algum problema psiquiátrico, pode ser doença mental certo, e alguns estão no álcool, na droga, entra posteriormente na doença mental [...] então geralmente as doenças mentais está associada ao uso de entorpecente (entrevista 9),

eles têm problemas com drogas né, [...], psiquiátricos né, então tem muitas comorbidades psiquiátricas na rua a aí, por exemplo, o profissional quer tratar aquela pessoa como se ela fosse bem saudável, ela não é, então ela não vai entender, ela não vai dar valor pra aquilo que a gente está fazendo, ela não dá importância, ela não entende isso né. Então ela tem muitas comorbidades psiquiátricas, muitas na rua (entrevista 11).

Por último, foi assinalada a característica nômade e a grande rotatividade no município por pessoas de cidades vizinhas ou de outros países, inclusive sendo complicada a comunicação com pacientes que não utilizam o português para se comunicar: “a maioria provém de Foz, Medianeira e vem pra Cascavel daqui vai para frente ou vice-



versa” (entrevista 6), “[...] as famílias do Haiti, da Venezuela né, tem os índios, estão vindo para as cidades grandes em busca do dinheiro né, busca de renda” (entrevista 4), “é que as vezes são pessoas que são de outras cidades, de outros estados, inclusive pessoas de outros países né, nós atendemos venezuelanos e várias outras... aquela questão, por exemplo, procurando entender um pouquinho do espanhol” (entrevista 1),

tem gente que vem para Cascavel sem família, vem procurar emprego porque aqui é uma região que falam que é muito boa de emprego e quando eles vêm aqui verificam que não é nada daquilo né, a pessoa gasta todo o dinheiro e acaba vivendo em situação de rua por falta de opção (entrevista 11),

a nossa região aqui, incrível que pareça é uma região que vem muitas pessoas de várias cidades quase capitais, não só do Paraná como de outras regiões do Brasil que vem pra cá por certa indicação. Pessoas que estão em situação de rua lá em São Paulo aí um colega dele fala: ‘não, em Cascavel é bom o atendimento quem está em situação de rua’, e vem pra cá, eles estão de andarilhos né, e tem pessoas que vêm para cá a busca de serviço e por algum motivo não consegue o serviço né, o trabalho, e fica em situação de rua (entrevista 9).

Podemos apreciar mais um pouco daquela heterogeneidade na PSR de Cascavel na pesquisa etnográfica realizada no município:

são pessoas novas na cidade, a maioria estrangeiros: venezuelano, argentinos e haitianos. Os venezuelanos, com cartazes pedindo ajuda nos sinais. Os argentinos, com seus malabares nos semáforos. Os haitianos morando e dormindo pelas ruas. Outros, estrangeiros ou não, estavam ali por terem perdido emprego e não terem onde morar, outros que ainda não tem as características estereotipadas. Ficam mais para as periferias do centro, adentrando aos bairros, bem como as famílias com crianças que vivem na rua (GIACOMELLI, 2021, p. 61).

Para os entrevistados as características mais marcantes são aquelas sujeitas a condições mentais, uso abusivo de substâncias psicoativas, assim também como os vínculos familiares vulneráveis e a conduta nômade; características que comumente são os delimitantes conceituais para definir a complexidade da situação de rua.

#### 4.3.3. Condição de saúde

Segundo os relatos, o consumo de ilícitos e uma qualidade de vida precária da PSR provocaria os altos casos de tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) naquela população, como se indica em: “paciente com tuberculose, paciente com HIV não adere ao tratamento e muitas vezes não só ele está em risco, por que a saúde dele, se ele fazer tratamento de forma correta” (entrevista 1), “são doenças sexualmente transmissíveis, são, como eu te falei, tuberculose, são outras questões de doenças mentais” (entrevista 3), “consulta de médico e em cima disso das consultas, em cima dos diagnósticos que são feitos em cima desses atendimentos, é tuberculose e sífilis as doenças que a gente mais trata” (entrevista 2),

porque infelizmente, essa população tem uma boa parte dela que faz uso de ilícitos né, que compartilham material para o uso deles, e a gente acredita que por ali havia muita essa disseminação de algumas ISTs no geral. Então assim, essa questão de IST principalmente de sífilis (entrevista 5).

A condição de saúde da PSR de Cascavel possui uma grande relação com as Doenças Negligenciadas (DN), doenças infecciosas ou parasitárias consideradas endêmicas em populações pobres, com a influência dos Determinantes Sociais (DSS) e a iniquidade em saúde, acabam contribuindo sobre o perfil epidemiológico das populações mais vulneráveis, gerando o ressurgimento de doenças tipicamente provocadas pelo nocivo ambiente em que habitam as populações mais vulneráveis.

#### 4.3.4. Impacto da equipe Consultório na Rua

O fato que o serviço consiga organizar um fluxo de atendimento, garantir o acesso à saúde e aos serviços da assistência social, não apenas significou uma atenção mais integral, mas conquistou a visibilidade daquela população ignorada pela sociedade quanto pela rede de atenção em saúde, como se depreende em:

só a questão da visibilidade né, deles poderem ter um lugar, eles poder ser inseridos no próprio processo do existir, da saúde, ser cuidados porque é um afeto também né. Então, de uma certa maneira eles tinham uma família ali né, que todo dia tava lá, toda semana tava se vendo, perguntava como tava. Esse cuidado, inserir eles em todas as discussões de fluxos, inseri-los na discussão (entrevista 11),

dá para dizer que quase a totalidade dessa população não tinha acesso à saúde e a muitos serviços até da própria assistência social. Então a gente conseguiu fazer com que essa população tivesse visibilidade né, a visibilidade não é só eles terem um atendimento, mas no simples fato deles terem um cadastro no sistema de saúde aqui (entrevista 10),

eu ficava estimulando eles a fazer isso sabe, “Viu, vamos montar hein, o movimento de vocês, uma associação né, pra vocês reivindicarem, pra vocês ter voz nos planos de saúde”, [...] que a população leva as demandas pra saúde e algumas passam e outras delas vão ser implementadas [se referindo à Conferências Municipais de Saúde] (entrevista 11).

Com relação à receptividade da PSR com o trabalho desenvolvido pela eCR, foi descrita como positiva com um vínculo de afeto e respeito com os profissionais, conforme consta em:

eu acho que eles se sentem bem acolhidos por nós sabe, por que as vezes a gente tá na rua, a gente vai passar, aí assinam assim pra gente, como é semana toda de atendimento, todos eles já conhecem, todo não né, mas a grande maioria que tá por aqui mais tempo conhecem já o consultório na rua (entrevista 2),

a gente conhecia já pelo nome, a gente chamava pelo nome já. Um vínculo, eu sabia o que eles gostavam, qual local que eles mais ficavam entendeu, o local que eles

se alojavam ali né. Então tinha aquele respeito por eles né, e eles tinham aquele respeito pela gente, que já tinha aquela confiança, né (entrevista 7),

eles [se referindo à PSR] em si elogiavam, agradeciam muito, muito, muito. Então acredito que sim, eu acredito que eles entendiam muito em relação a isso, porque eles né, falavam sobre né, agradeciam os atendimentos: “nossa, aquilo lá que eu estava aquele dia, melhorei. Tô bom agora, olha aqui como é que tá” (entrevista 5).

Pode se apreciar nos depoimentos que o serviço se tornou um articulador para a visibilidade e garantia de direitos da PSR, um trabalho desafiador, mas muito gratificante quando se aprecia o resultado das intervenções. O fato que o usuário reconheça e valorize a equipe é fruto de um acolhimento e cuidado bem-sucedido feito pelos profissionais que, se bem não tinham anteriores experiências de trabalho no campo, souberam se adaptar e oferecer um atendimento humanizado e adequado para os usuários.

## 5. REPERCUSSÃO E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO DO CONSULTÓRIO NA RUA EM CASCAVEL

Para elucidar o impacto na comunidade cascavelense da implementação da equipe CR e explorar as perspectivas dos profissionais para a melhoria da estratégia se abordaram as duas últimas categorias de análise, categorias que contemplam o presente e futuro da equipe.

### 5.1. DINAMISMO ENTRE O SERVIÇO E A COMUNIDADE CASCAVELENSE

Nesta categoria é apresentado o impacto das intervenções sobre a comunidade cascavelense, assim como a percepção da população sobre o serviço.

#### 5.1.1. Reconhecimento

Para a comunidade cascavelense, o serviço parece ser desnecessário até uma estratégia desmerecida por ter como público-alvo uma população como a PSR, como se nota em: “olha, é um serviço que na verdade é pouco valorizado socialmente até mesmo né, mas falta uma reflexão nas pessoas de entenderem” (entrevista 3), “demora tempo para ser reconhecido [...]. No começo disseram que era um serviço que ficava passeando, uma equipe circulando na rua, mas na real ninguém sabe o que é ali” (entrevista 4),

para a população, a pessoa que não conhece né, que não sabe essa parte, elas julgam né, não acha interessante, não acha bom que a gente atenda essas pessoas, acham que são melhores do que eles porque eles estão ali porque eles querem. Então acho que a própria população elas vão contra (entrevista 7),

então quando a gente conversava com pessoas, sei lá, que entendiam mais de saúde pública, nossa, a gente era supervalorizado, elogiados pelo nível do trabalho que a gente tinha e tal com a população. Mas aí quando você vai lá pra uma outra população que não gosta de morador de rua e morador de rua de uma certa forma, está atrapalhando, eles ficam de certa forma raivosos assim né, hoje eu não sei como que está, mas não foram tantas vezes né, não era uma rotina, mas a gente vivenciou isso muitas vezes assim né (entrevista 11).

Para os profissionais, o desconhecimento do serviço provocou a atribuição de um objetivo higienista à equipe, acarretando demandas do tipo “limpeza cidadã”, como se indica em: “ha, liga aqui: ‘pode vir buscar fulano, que está caído na frente da minha casa’, não é um serviço... e a pessoa está tão azeda ali, porque ela não queria, porque tá incomodando né, porque é feio” (entrevista 4), “alguns quer que pegue eles por dentro do ônibus e soltar em outro lugar entendeu, como já fizeram em outros estados, aí, colocaram todos dentro do ônibus” (entrevista 7),

eles ligam porque o cara está fazendo sujeira na frente da casa dele e alguém tem que resolver, a gente recebia assim: “ha, olha, me passaram esse número, tem um cara aqui deitado na minha calçada”, às vezes o cara só tava dormindo né, não tinha nada de saúde ali nesse sentido assim, de saúde como em si, para o consultório na rua ser deslocada, é mais uma questão social, da assistência social, mas eles ligavam para a gente porque aquilo incomodava, [...] em si é uma questão de higienização, não está legal (entrevista 5).

Segundo as informantes, ainda pode se apreciar que, inclusive com o tempo que já tem implementado a eCR, a comunidade cascavelense, como a rede de atenção à saúde, está desinformada do objetivo do serviço. Nesse cenário torna-se necessária uma divulgação local contínua das ações e resultados das intervenções com o intuito que o serviço possa ser reconhecido conforme seu trabalho desempenhado.

#### 5.1.2. Impacto da equipe Consultório na Rua

Segundo os entrevistados, foi positivo o impacto nas intervenções da eCR sobre a comunidade cascavelense por executar ações em saúde de caráter preventivo, diminuindo a proliferação de doenças infectocontagiosas, conforme consta em: “acho que é bom [se referindo ao impacto da eCR] por que, por exemplo, paciente de tuberculose que trata a tuberculose até o final do tratamento já é... vale por cinco ou seis né, para uma unidade de saúde normal, que o tratamento é bem diferente” (entrevista 2), “você já pensou se tiver quatro, cinco com TB? Quantos que não vai pegar? Por isso que tem que ser emergencial naquele momento ali né, só que a população em si eles não, eles não aceitam, né” (entrevista 4),

minimiza todo e qualquer quadro da enfermidade, entendeu, porque assim, são moradores de ruas, mas eles estão na sociedade, eles tão andando nas ruas e eu também, você também, todo mundo entendeu. Então também tem as doenças transmissíveis pelo ar, então o máximo que a gente consegue é alcançar eles, tratar, acompanhar, minimizar toda e qualquer situação de doença (entrevista 3),

#### 5.2. PROVIDÊNCIAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA

Nesta categoria serão abordadas todas as ideias, recomendações e sugestões dos entrevistados em prol da melhoria e o aprimoramento da estratégia Consultório na Rua na rede de APS.

### 5.2.1. Desafios

Foram considerados como desafios aquelas sugestões concernentes à organização estabelecida pela gestão do serviço, respostas a falências que merecem especial urgência para garantir sua estrutura atual de funcionamento.

Os profissionais apontaram como desafios a serem superados, a falta de profissionais em função de garantir uma equipe completa em consonância com sua modalidade, conforme consta em: “eu acho que tem que ampliar mais a equipe por exemplo, se tem todos esses locais, esses locais para visitar” (entrevista 7), “talvez essa parte da gestão está melhorando com relação de mandando mais apoio para a equipe, aumentando a equipe eu acho que esse é um desafio grande ainda ser enfrentado” (entrevista 8), “mas o fato de ter uma equipe completa, eu acho que é muito importante” (entrevista 10),

em questão de estrutura, estrutura do corpo da equipe né, de repor os profissionais e de insumo né, ambulância que a gente poderia fazer muita mais coisa, enquanto que uma equipe tá no Centro POP atendendo outra equipe poderia estar lá fazendo busca ativa sabe (entrevista 2).

Por outro lado, manifestaram que a falta de recursos materiais, em especial de um veículo adequado, é uma situação que precisa de uma atenção urgente, rigorosa e inexorável, devido ao caráter fundamental no desenvolvimento do serviço, conforme se evidencia em: “a questão também de suportes né, coisas materiais pra gente poder trabalhar melhor e uma equipe maior também pra poder abranger mais né” (entrevista 3),

eu acho eu acho que os principais desafios, eu acho que tem que ter, deveria ter, um financiamento maior do Governo Federal, principalmente pra fornecimento de insumos [...] então deveria ter verbas específicas pra, por exemplo, adquirir uma ambulância específica né, então isso quando vem uma verba destinada do governo federal pra aquele serviço, o gestor não consegue desvirtuar aquela demanda (entrevista 10),

precisa de um carro que... é umas coisas caindo aos pedaços lá, tem uma ambulância que pelo amor de Deus, tem que jogar fora aquilo não tem conserto, sempre com um problema mecânico, horrível de usar. Eu só queria que a gente usasse uma ambulância, mas assim daí tinha um outro carro, tudo velho (entrevista 8),

o ideal seria que a gente tivesse uma ambulância bem projetada né, nesses moldes que a \*\*\* pensou no início. Ainda não conseguiu ser concretizado em que a gente conseguisse ter uma mini farmácia dentro do consultório [...] que a gente conseguisse levar ao dentista até essa população por questões de transporte, eu acho que são alguns pontos que poderiam ser mais fortes (entrevista 10).

Esta situação referente ao veículo poderia mudar para um cenário mais favorável para o serviço, devido que na 297ª Reunião Ordinária do CMS, realizada o 13 de fevereiro de 2023, na pauta 3.1.8 – Discutir e deliberar sobre a aquisição de veículos para

as equipes de atenção primária conforme Resolução da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) 858/2022, se expressa o seguinte:

foi lido o parecer favorável da Comissão de Acompanhamento da Atenção à Saúde e Avaliação de Projetos e Convênios (Casp). A Sra. Gessica disse que serão vinte e quatro veículos com valor de sessenta e cinco mil cada um esses veículos vão para a atenção primária as unidades que vão receber esses veículos são Consultório na Rua, Cancelli, [...]. Foi colocado em votação e com dezessete votos favoráveis, nenhum contrário e nenhuma abstenção foi aprovada a aquisição de veículos para as equipes de atenção primária conforme Resolução SESA oitocentos e cinquenta e oito de dois mil e vinte e dois (CASCAVEL, 2023).

### 5.2.2. Mudanças estruturais

Segundo o relatado nas entrevistas, é necessária uma intervenção aprofundada para o aperfeiçoamento do serviço, uma reestruturação organizacional que consiga garantir os princípios éticos e técnicos necessários para o trabalho da equipe com a PSR.

A ampliação do horário de atendimento surge nos relatos como resposta à aparente dificuldade para realizar uma intervenção adequada, abrangente e mais adaptada à rotina vivenciada nas ruas, como se identifica em: “as vezes podia prolongar um pouco mais à noite” (entrevista 6), “duas equipes por exemplo, uma equipe que entra às sete e sai a uma hora da tarde, uma equipe que entra uma hora da tarde e sai às sete, aí teria consultório na rua o dia todo, não só a tarde, o dia todo. Tem só a tarde às vezes é pouco para você fazer” (entrevista 7),

eu acho que deveria ter pelo menos 12 horas por dia esse serviço tá, para você pegar eles já de manhã até a noite porque, como que é a rotina de pessoas que estão em situação de rua, eles bebem até o corpo cair né, vão dormir. Cedo você consegue acordar uma pessoa que fez uso de álcool a noite toda? Não vai conseguir, como que você vai conversar com ele e ver o que ele tá precisando? Vai ficar um pouco difícil (entrevista 4),

pelo fato da gente também trabalhar só no período das treze às dezenove, muitas vezes acaba deixando alguma coisa que poderia ter feito nesse período, por exemplo, do período manhã até as treze horas, a gente acaba... teve essa dificuldade devido a trabalhar, praticamente, somente no período da tarde né... talvez trabalhar no período integral teria uma condição maior, não sei, tal vez futuramente ainda consiga isso, né (entrevista 1).

A iniciativa de aplicar um processo de recrutamento e capacitação que minimize o prejuízo causado pela falta de perfil ou vocação profissional, foi uma inquietude presente durante as falas, conforme consta em: “então tem que ter essa valorização né, esse diferencial e a gente consegue isso com currículo né, com especialidade e daí a pessoa pensa daquele jeito, olha daquele jeito, é uma pessoa mais técnica né, recebe pra isso, tem esse valor” (entrevista 11), “se eu tivesse poder de decisão melhoraria a equipe,

talvez alguns profissionais tendo mais aptidão para a função, para atender, [...] eu traria para a equipe pessoas com melhor perfil para o tipo de atendimento” (entrevista 8),

o contexto de ter pessoas não tão comprometidas, tá ali porque foi designada a estar ali, ou foi transferida né, mas não que tem aquele compromisso né. Eu acho que o consultório na rua tem que colocar gente comprometida, que gosta de fazer né, que sabe que vai ter desafios, que não é fácil né (entrevista 7),

então o concurso não é específico pro local de lotação, então é quem eles acham na rede, então não tem treinamentos prévios né, tem que ter alguma... acho que também seria interessante ter algum tipo de política nacional de encontros, em financiamento do governo pra se reunir né (entrevista 10),

só vai ter um serviço resolutivo se tiver pessoas que para além né, de uma capacidade técnica, uma capacidade mesmo afetivo emocional pra olhar pra essa população, pro cuidado mesmo, no sentido de responsabilidade né, mais ainda né [...]. Então eu acho que o concurso, tem que ter um concurso público específico né, com exigências específicas (entrevista 11).

Pode se apreciar o perfil profissional como critério de recrutamento dentro dos relatos de experiências de projetos vinculados aos Consultórios de Rua, anteriores à implantação na PNAB (2011) como a equipe Saúde (de cara) na Rua no Município do Salvador:

o processo de seleção considerou os seguintes critérios: experiência com o trabalho no território, concepção da temática a partir do referencial da saúde coletiva, conhecimento na utilização da estratégia da redução de danos consequentes do uso abusivo de substâncias psicoativas e experiências artísticas que favorecessem a interação com a comunidade (SENAD; SETAD, 2011, p. 95).

Também no Município de Lauro de Freitas o perfil profissional foi levado em consideração para o recrutamento na equipe Consultório de Rua:

a seleção dos profissionais foi realizada através da análise dos currículos e entrevistas pela coordenadora de equipe do Consultório de Rua [...]. Todos apresentavam experiências anteriores na sua área de atuação e perfil profissional para atuarem no atendimento a crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, principalmente usuários de substâncias psicoativas (SENAD; SETAD, 2011, p. 111).

Em razão do profissional enfrentar muito estresse no trabalho, estar em constante risco físico ao tratar pessoas em uso e abuso de substâncias psicoativas além disso, lidar com uma rotatividade importante dos recursos humanos na equipe, parecem ser características da rotina do trabalho na rua que merecem um atrativo ou incentivo financeiro segundo alguns entrevistados, conforme se evidencia em:

então eu acho que é o próprio do olhar mesmo da gestão, sei lá, do entendimento né, que talvez tenha dificuldade, dificultado um pouco assim essa falta de incentivo, por exemplo, nós pra conseguir que eles tivessem insalubridade foi difícil pra caramba, eu nunca tive insalubridade mesmo fazendo todo o trabalho de rua, então insalubridade, os salários sem incentivo (entrevista 11),

eu acho que quem trabalha com alguns tipos de serviços eles tem que ter algum tipo de plus né, então assim, não que a população de rua seja mais difícil do que a



população habitual, mas é uma população que demanda muito da parte psicológica. [...] eu acredito que, por exemplo, uma maneira de você conseguir profissionais bons, de fixar esses profissionais era com que a gestão tivesse algum tipo de atrativo para quem trabalha nesse tipo de serviço com populações específicas né, então não existe isso, por exemplo, o cara que trabalha no médico e trabalha no posto, a assistente social que trabalha na unidade ela ganha a mesma coisa que o profissional do consultório na rua (entrevista 10).

Conforme o relatado, se faz necessário repensar o processo de recrutamento do pessoal técnico para o CR, como uma fase relevante na avaliação das capacidades técnicas e habilidades interpessoais dos profissionais que aspirem fazer parte da equipe. O serviço merece uma seleção diferenciada por tratar com um público complexo e cheio de particularidades individuais e coletivas por demandar do profissional uma entrega e compromisso em lidar com situações desafiantes no contexto de rua. Além disso, precisa-se uma capacitação contínua para potencializar as habilidades em campo, se atualizar às novas tecnologias do trabalho em rua e para se instruir de como lidar com situações de risco, prevenindo situações de violência.

A equipe CR, materializando sua característica de se adaptar ao contexto de rua, expressa sua vontade em que o serviço possa ser ofertado de maneira integral para a PSR, reavaliando a estratégia organizacional dos primeiros anos de trabalho e dessa vez com uma gestão mais ativa e presente em relação às demandas da equipe em reparar nos recursos físicos e humanos indispensáveis para o desenvolvimento das atividades.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na idealização da pesquisa dentro do campo das políticas públicas constatou-se que as contribuições para o nicho de estudos sobre a implementação de estratégias diferenciadas de atenção à saúde destinadas a populações vulneráveis, ofereceria resultados para auxiliar a elaboração de estratégias de implementação de serviços de saúde que alcancem resultados de maior eficiência e eficácia na estratégia Consultório na Rua.

Constituiu objetivo geral desta pesquisa elucidar o processo de concepção, formulação, implantação e implementação da eCR no município de Cascavel. Com base nos resultados encontrados no desenvolvimento da pesquisa, pode-se indicar que o objetivo proposto foi alcançado, tendo sido possível identificar uma frequência importante destes conteúdos nos relatos dos entrevistados, favorecendo a descrição e análise de cada etapa do processo de efetivação do serviço, desde sua implantação até os desafios a futuro da equipe.

A caracterização da rede de atenção em saúde dirigidas à PSR antes da implantação da equipe, como objetivo específico da pesquisa, assim também como sintetizar a conjuntura social do município durante a mesma, foram conteúdos que não geraram subcategorias de análise, mas que puderam ser apreciados durante estas, fazendo parte complementar da descrição como um todo dos processos de implantação, implementação e contexto socioassistencial da PSR de Cascavel. Situação contrária aos objetivos específicos que tinham como finalidade a descrição e análise dos processos de constituição, dificuldades, estratégias e desafios que efetivamente foram muitas vezes abordadas pelos entrevistados permitindo sua análise detalhada.

Entre os principais achados, destacam-se as barreiras da implantação como a resistência do Município de Cascavel em efetivar a equipe Consultório na Rua por muitos anos, e as barreiras de implementação como a ausência de recursos materiais específicos para o serviço, obstáculos que são as mesmas desde a criação até a realização das entrevistas. No que se refere às inquietudes dos profissionais, se destacam a falta de reconhecimento do serviço na rede socioassistencial e de saúde, assim também como da comunidade cascavelense muitas vezes confundindo o serviço como um elemento que está a serviço de ações higienistas. Também se destacou a capacidade da equipe em se adaptar ao entorno de rua, capacidade mais visível nos primeiros anos e que, por causa das barreiras, foi diminuindo com o passar dos anos. Da mesma forma constatou-se que o perfil

profissional como critério de recrutamento, desempenho e vocação para o trabalho no serviço precisa ser problematizado e preconizado como imprescindível para o desenvolvimento e avanço do serviço. No que tange a avanços ou resolutividade do serviço teve um resultado de insatisfação ligado ao estresse do profissional, muitas vezes ligada à complexidade do objetivo que a PSR supere a situação de rua.

Os resultados aqui apresentados oferecem evidências sobre o processo mutável e dependente das estruturas e dinâmicas do contexto no município de Cascavel, no exercício de implantar e dar continuidade a um serviço com um público complexo e que envolve uma série de fragilidades e particularidades próprias do local. Assim, este estudo contribui para a melhoria e refinamento na gestão da estratégia Consultório na Rua, tanto para município de Cascavel como para outras localidades que já tenham implementado ou pretendam implantar.

Quanto a limitações da pesquisa, ressalta-se a falta de registros de atendimento que permita a evolução periódica dos atendimentos, o estudo do perfil demográfico do público atendido, as demandas mais frequentes nos atendimentos e as comorbidades com maior preponderância; informações que poderiam complementar o contexto socioassistencial da PSR de Cascavel. Outra limitação constatada foi a indisposição da documentação interna que favoreça a complementação dos relatos apresentados nesta pesquisa, fornecendo uma descrição com maior precisão das etapas de implantação e implementação.

É importante destacar que esses resultados não são conclusivos. Sugere-se, portanto, que para a análise em saúde da implementação de estratégias sobre populações específicas, sejam utilizadas documentações internas e registros produzidos pelo serviço e gestão, com o intuito de aperfeiçoar a descrição e detalhamento das etapas, assim também como o impacto e falências próprias do serviço. Por fim recomenda-se pesquisas que avaliem o desempenho e impacto da estratégia de Consultório na Rua, do mesmo modo a investigação da resolutividade dos serviços socioassistenciais para populações marginalizadas ou em risco pessoas e social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, F. **Ato em São Paulo lembra 11 anos do massacre de moradores de rua na Praça da Sé.** Agência Brasil, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-08/ato-em-sao-paulo-lembra-11-anos-da-massacre-de-moradores-de-rua-na-praca-da-se>. Acesso em: 6 de ago. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70 LDA/Almedina Brasil, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 11 de jul. de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 25 jul. de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 5.940, de 25 de outubro de 2006.** Institui a separação dos resíduos recicláveis descartados pelos órgãos e entidades da administração pública federal direta e indireta, na fonte geradora, e a sua destinação às associações e cooperativas dos catadores de materiais recicláveis, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 out. 2006. Seção 1, p. 4. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/dnn/Dnn11024.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/dnn/Dnn11024.htm). Acesso em: 31 de ago. 2022.

BRASIL. **Decreto S/N, de 25 de outubro de 2006.** Constitui Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 out. 2006. Seção 1, p. 4. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/dnn/Dnn11024.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/dnn/Dnn11024.htm). Acesso em: 31 de ago. 2022.

BRASIL. **Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006.** Institui a Política Nacional de Assistência Social da Inclusão da População em Situação de Rua. Brasília, 2008. Disponível em: [https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua\\_.pdf](https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf). Acesso em 30 de jul. de 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2 jan. 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm#art1). Acesso em: 20 de ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil**: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Biblioteca Virtual em Saúde, Brasília, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psi-quiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 6 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SABERES E PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/saberesepraticasnaaps.pdf>. Acesso em: 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua**: um direito humano. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf). Acesso em: 11 de jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da população em situação de rua**: um direito humano. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf). Acesso em: 31 de ago. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistencial Social PNAS/2004**: Norma operacional básica – NOB/SUAS. Brasília. 2005. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 20 de ago. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**: relatório. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/relatorio-do-i-encontro-nacional-sobre-populacao-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 30 de out. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua**: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf). Acesso em: 5 de set. 2022.

BRASIL. **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jan. 2012. Seção 1, p 46. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_122\\_25\\_01\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_122_25_01_2011.pdf). Acesso em: 14 de out. 2023.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Cascavel. **Cartão Promover será ampliado para beneficiar famílias em situação de vulnerabilidade social**. Cascavel. 2020. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/noticia/cartao-promover-sera-ampliado-para->

beneficiar-familias-em-situacao-de-vulnerabilidade-social. Acesso em: 15 de ago. de 2023.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Cascavel. **População em situação de rua é imunizada contra a Covid-19, em Cascavel**. Cascavel. 2021. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/noticia/populacao-em-situacao-de-rua-e-imunizada-contra-a-covid19-em-cascavel>. Acesso em: 15 de ago. 2023.

BRITO, C.; SILVA, L, N da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 31 de Oct. de 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/>. Acesso em: 11 de Jul. de 2022.

CASCADEL. Assistência Social – DPSE Alta Complexidade – Casa da Passagem para População em Situação de Rua. **CASA POP** – Casa da Passagem para População em Situação de Rua. Cascavel. [s.d]. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/assistencia-social-dpse-alta-complexidade-casa-de-passagem-para-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 10 de out. de 2023.

CASCADEL. Assistência Social – DPSE Média Complexidade – Centro POP e Abordagem Social. **Centro Pop e Abordagem Social**. Cascavel. [s.d]. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/assistencia-social-dpse-media-complexidade-centro-pop-e-abordagem-social>. Acesso em: 15 de out. 2023.

CASCADEL. Divisão de Proteção Social Especial. **CENTRO POP E SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ABORDAGEM SOCIAL**. Cascavel. 2011. Disponível em: [https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/material\\_de\\_apoio/PSE/Cascavel.ppt](https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/material_de_apoio/PSE/Cascavel.ppt). Acesso em: 15 de ago. 2023.

CASCADEL. Prefeitura Municipal de. Conselho Municipal de Saúde. **Convocação para a 286ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel – CMS**. Cascavel. 2022. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1697298160336&file=E973B08FD8F4A1F22D160D5326E99CE93366A9A4&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 14 de ago. 2023.

CASCADEL. Prefeitura Municipal de. Conselho Municipal de Saúde. **Convocação para a 2ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel – CMS**. Cascavel. 2021. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1697329844851&file=EC1FF6C82D46DF42B2D27982490EF99D13A44CA3&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 20 de ago. 2023.

CASCADEL. Prefeitura Municipal de. Conselho Municipal de Saúde. **Convocação para a 297ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel – CMS**. Cascavel. 2023. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1697427534705&file=36F51377E0D1312E3764F81B8287AB5B653C6BDC&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 15 de ago. de 2023.

CASCADEL. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal

de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2018 – 2021: 13ª Conferência Municipal de Saúde.** Cascavel. 2018. Disponível em: [http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018\\_planomunicipalsaude\\_livreto.pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf). Acesso em: 30 de ago. 2022.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização da vulnerabilidade a “desfiliação”. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 26/27, jan./dez, ano 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18664/12038>. Acesso em: 23 de jul. de 2022.

CORREIO, R.; COSTA, A. Os limites de um discurso abstrato: Políticas públicas, população em situação de rua e Direitos Humanos no Brasil. **Revista HENDU**, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/hendu/article/view/1932/2326>. Acesso em: 11 de jul. de 2022.

FERREIRA, W. A. F. et al. O fenômeno da urbanização com o advento da revolução industrial e a promoção da saúde no espaço urbano. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, São Paulo, Vol. 5, n. 14, 2011. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/1583/1/Artigo%203.pdf>. Acesso em: 23 de jul. de 2022.

FERRO, M. C. T. **Desafíos de la participación social: Alcances y límites de la construcción de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle en Brasil.** Tesis (Maestría en Ciencias Políticas) – Facultad Latinoamericana de ciencias sociales – FLACSO. 2011. Disponível em: [https://www.academia.edu/38762432/Desaf%C3%ADos\\_de\\_la\\_participaci%C3%B3n\\_social\\_alcances\\_y\\_l%C3%ADmites\\_de\\_la\\_construcci%C3%B3n\\_de\\_la\\_pol%C3%ADtica\\_nacional\\_para\\_la\\_poblaci%C3%B3n\\_en\\_situaci%C3%B3n\\_de\\_calle\\_en\\_Brasil\\_The\\_challenge\\_of\\_social\\_participation\\_the\\_democratic\\_construction\\_of\\_the\\_National\\_Policy\\_for\\_Street\\_Population\\_in\\_Brazil](https://www.academia.edu/38762432/Desaf%C3%ADos_de_la_participaci%C3%B3n_social_alcances_y_l%C3%ADmites_de_la_construcci%C3%B3n_de_la_pol%C3%ADtica_nacional_para_la_poblaci%C3%B3n_en_situaci%C3%B3n_de_calle_en_Brasil_The_challenge_of_social_participation_the_democratic_construction_of_the_National_Policy_for_Street_Population_in_Brazil). Acesso em: 31 de ago. 2022.

FILGUEIRAS, C. A. C. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. **Cad. Metrópole**, São Paulo, v. 21, n. 46, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/JDs5DqSqSxZqjCb4mhtJs6D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 de ago. de 2022.

GIACOMELLI, E. T. **MORADORES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA ETNOGRAFIA URBANA DA CIDADE DE CASCAVEL/PR.** Tese (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação – PPG da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, 2021. Acesso em: 1 de out. de 2023.

GOMES, D. F.; ELIAS, F. T. S. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/politicas\\_publicas\\_%20assistencia\\_%20social.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/politicas_publicas_%20assistencia_%20social.pdf). Acesso em: 10 de dez. 2022.

MEDEIROS, C, R, S; CAVALANTE, P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.3, p.754-768, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNJjBC5ypbdWxZHzK64dqQh/?lang=pt>. Acesso em: 11 de jul. de 2022.

MELO, T. H. A. G. Apontamentos sobre a trajetória de formação e organização do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR): desafios identitários e políticos. In: **Jornada dos Alunos do PPGA - UFF**, 2013, Niterói. Anais da Jornada dos Alunos do PPGA - UFF, 2013. Disponível em: <https://silo.tips/download/apontamentos-sobre-a-trajetoria-de-formacao-e-organizacao-do-movimento-nacional-da>. Acesso em: 6 de ago. 2022.

MIRANDA, N. C. de J. **População de rua em Salvador: Estudos dos territórios e do direito à cidade (2005-2015)**. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Bahia, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21042/1/Nadja\\_Conceicao\\_Jesus\\_Miranda.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21042/1/Nadja_Conceicao_Jesus_Miranda.pdf). Acesso em: 10 de jul. de 2022.

ONU. **First-ever United Nations Resolution on Homelessness**. Department of Economic and Social Affairs Social Inclusion. Suíça, 2020. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/2020/03/resolution-homelessness/>. Acesso em: 6 de ago. de 2022.

ONU. **Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto**. Conselho de Direitos Humanos. Suíça, 2015. Disponível em: [https://terradedireitos.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio\\_Popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf](https://terradedireitos.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio_Popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf). Acesso em: 25 de jul. de 2022.

PAIVA, K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/?lang=pt>. Acesso em: 11 de jul. de 2022.

Peduzzi, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas. 1998. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Marina-Peduzzi/publication/47868233\\_Equipe\\_multiprofissional\\_de\\_saude\\_a\\_interface\\_entre\\_trabalho\\_e\\_interacao/links/5780461b08ae01f736e4a569/Equipe-multiprofissional-de-saude-a-interface-entre-trabalho-e-interacao.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marina-Peduzzi/publication/47868233_Equipe_multiprofissional_de_saude_a_interface_entre_trabalho_e_interacao/links/5780461b08ae01f736e4a569/Equipe-multiprofissional-de-saude-a-interface-entre-trabalho-e-interacao.pdf). Acesso em: 15 de ago. 2023.

REDE RUA. **REDE RUA Documentário - Nós da Rua - MNPR – 2011**. YouTube, 22 de ago. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8YT35mABNW0&t=235s>. Acesso em: 6 de ago. 2022.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/t4HQncdWJHn5CG3MHZpJYcb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SANTOS, N. D. dos. **O movimento nacional da população de rua/núcleo londrina: Uma**



trajetória de luta. TCC – Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina – UEL. 2012. Disponível em: [http://www.esedh.pr.gov.br/sites/direitos-fundamentais/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-11/11032016150347\\_tcc\\_nara\\_damiao\\_dos\\_santos.pdf](http://www.esedh.pr.gov.br/sites/direitos-fundamentais/arquivos_restritos/files/documento/2020-11/11032016150347_tcc_nara_damiao_dos_santos.pdf). Acesso em: 6 de ago. 2022.

SAS; FIPE. **LEVANTAMENTO CENSITÁRIO E A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DA POPULAÇÃO MORADORA DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO**. SAS, São Paulo, 2000. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao\\_de\\_editais/2000.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/2000.pdf). Acesso em: 25 de jul. de 2022.

SENAD; SETAD. **Guia do projeto Consultório de Rua**. Brasília. 2011. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/510.pdf>. Acesso em: 3 out. 2021.

SILVA, F.; FRAZÃO, I.; LINHARES, M. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hms3nnTsGgFhCXdP4kQ9mfN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SILVA, G. F. et al. Pessoas em situação de rua: estratégias adotadas na pandemia. **Revista Atlante Cuad. de Educación y Desarrollo**, 2020. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2020/10/rua-pandemia.html>. Acesso: 25 nov. 2021

**SOBRE o Albergue Noturno André Luiz**. Albergue Noturno André Luiz. Cascavel, [s.d]. Disponível em: <https://alberguenoturnoandreluiz.com.br/>. Acesso em: 10 de out. de 2023.

**TERRITORIO Cidadão** – Cascavel Desenvolvimento Territorial. Prêmio Gestor Público Paraná. Curitiba. 2019. Disponível: [https://pgp-pr.org.br/old/projeto\\_page/1286/territorio-cidadao-cascavel-desenvolvimento-territorial](https://pgp-pr.org.br/old/projeto_page/1286/territorio-cidadao-cascavel-desenvolvimento-territorial). Acesso em: 14 de ago. 2023.

TIENGO, V. M. O fenômeno população em situação de rua e a ideologia. **Revista Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, Espírito Santo, v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25336>. Acesso em: 23 de jul. de 2022.

TORTATO, Rafael. **RHUA (Rede Humanizada de Atendimento)** – Prevenção, Cuidado e Segurança; Programa intersetorial em desenvolvimento com a GUARDA CIVIL PATRIMONIAL, envolvendo a ABORDAGEM SOCIAL E CONSULTÓRIO NA RUA. Cascavel, 23 de set. 2020. Instagram: Rafael.tortato. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/CFeYZMJleb1/?img\\_index=6](https://www.instagram.com/p/CFeYZMJleb1/?img_index=6). Acesso em: 15 de ago. 2023.

WIJK, L. B. V.; MÂNGIA, E. F. **Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua**: uma revisão integrativa. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, 15 de fev. de 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jkVXqj4J7w4FmxXVZ3YnWFy/?lang=pt>. Acesso em: 10 de jul. de 2022.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES DO SERVIÇO

- 1 – Qual é a sua formação profissional?
- 2 – Qual é o seu cargo/função na gestão do serviço de Consultório na Rua?
- 3 – Você teve anteriormente alguma experiência de trabalho relacionada com a População em Situação na Rua?
- 4 – Segundo sua percepção, qual era a efetividade das redes de atenção à saúde no atendimento à população em situação de rua antes da implantação do serviço de Consultório na Rua em Cascavel?
- 5 – Quais foram os motivos que levaram à implantação do serviço de Consultório na Rua no município de Cascavel?
- 6 – Para a implantação do serviço de Consultório na Rua foi realizado algum estudo prévio sobre as características da população de rua no município de Cascavel?
- 7 – Como ocorreu o processo de formulação e planejamento para a implantação do Serviço de Consultório na Rua no município de Cascavel?
- 8 – Quais fatores considera que foram favoráveis para a implantação do serviço de Consultório na Rua em Cascavel?
- 9 – Quais fatores considera que foram desfavoráveis à implantação do serviço de Consultório na Rua em Cascavel? Quais foram as estratégias adotadas para superá-los?
- 10 – Como foi feita a seleção dos profissionais para comporem a equipe do Consultório na Rua?
- 11 – Qual era o grau de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as características da população em situação de rua no momento de implantação do serviço de Consultório na Rua?
- 12 – Quais foram as primeiras atividades a serem desenvolvidas pela eCR e como foi seu planejamento para concretizá-las?
- 13 – Quais são as atividades desenvolvidas pela Ecr atualmente?
- 14 – Como acontece o trabalho intersetorial para atingir as demandas da população em situação de rua?
- 15 – Quais são as principais dificuldades apontadas pela equipe do Consultório na Rua e quais as estratégias para superá-las?

16 – Segundo sua percepção, quais são as principais demandas da população de rua frente aos serviços de saúde? Quais são os principais problemas de saúde dessa população?

17 – Como você descreveria o impacto do serviço de Consultório na Rua sobre a população de rua do município de Cascavel?

18 – Qual sua percepção sobre o impacto do serviço de Consultório na Rua sobre a comunidade cascavelense?

19 – Em sua avaliação, quais são os principais desafios a serem superados para o futuro do Consultório na Rua?

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DA ECR

- 01 – Qual é a sua formação profissional?
- 02 – Você teve alguma experiência de trabalho relacionada à população em situação de rua anteriormente à sua participação na equipe de Consultório na Rua?
- 03 – Como foi feito seu recrutamento para a equipe de Consultório na Rua?
- 04 – Há quanto tempo você compõe a equipe de Consultório na Rua de Cascavel?
- 05 – Quais são suas atribuições e responsabilidades na equipe de Consultório na Rua?
- 06 – Como você avalia a experiência de trabalhar com a população em situação de rua junto a uma equipe multiprofissional?
- 07 – Você acompanhou a fase de implantação do serviço de Consultório na Rua de Cascavel? Como poderia descrevê-la?
- 08 – Segundo você se recorda, quais foram as primeiras atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua, na fase de implantação do serviço?
- 09 – Quais eram os principais problemas com os quais a equipe lidava na fase de implantação do serviço? Quais foram as estratégias adotadas para superá-los?
- 10 – Houve fatores que favoreceram a implantação do serviço Consultório na Rua em Cascavel? Quais foram?
- 11 – Quais são as atividades rotineiramente desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua durante o tempo em que você atua/atuou?
- 12 – Em suas atividades de rotina, quais os principais obstáculos à efetividade do trabalho da equipe do Consultório na Rua de Cascavel, durante o tempo em que você atua/atuou?
- 13 – Durante o tempo em que você atua/atuou na equipe de Consultório na Rua de Cascavel, quais foram as estratégias adotadas para a superação desses obstáculos? Como você avalia a eficácia dessas estratégias?
- 14 – Durante o tempo em que você atua/atuou na equipe de Consultório na Rua de Cascavel, quais fatores se mostraram favoráveis à implementação das atividades do serviço?
- 15 – Como você avalia a integração do trabalho da equipe do Consultório na Rua com outros serviços de saúde da rede municipal?

16 – Segundo sua percepção, quais são as condições de saúde da população em situação de rua de Cascavel?

17 – Quais são as principais demandas que a população em situação de rua de Cascavel possui frente aos serviços de saúde?

18 – Como você avalia a resolutividade dos serviços do Consultório na Rua?

19 – Segundo sua percepção, há barreiras que limitam a resolutividade do serviço de Consultório na Rua? Quais são elas, e qual sua importância?

20 – Segundo sua percepção, quais são os pontos fortes do serviço de Consultório na Rua? Como esses pontos fortes podem ser utilizados para ampliar a resolutividade dos serviços de saúde prestados?

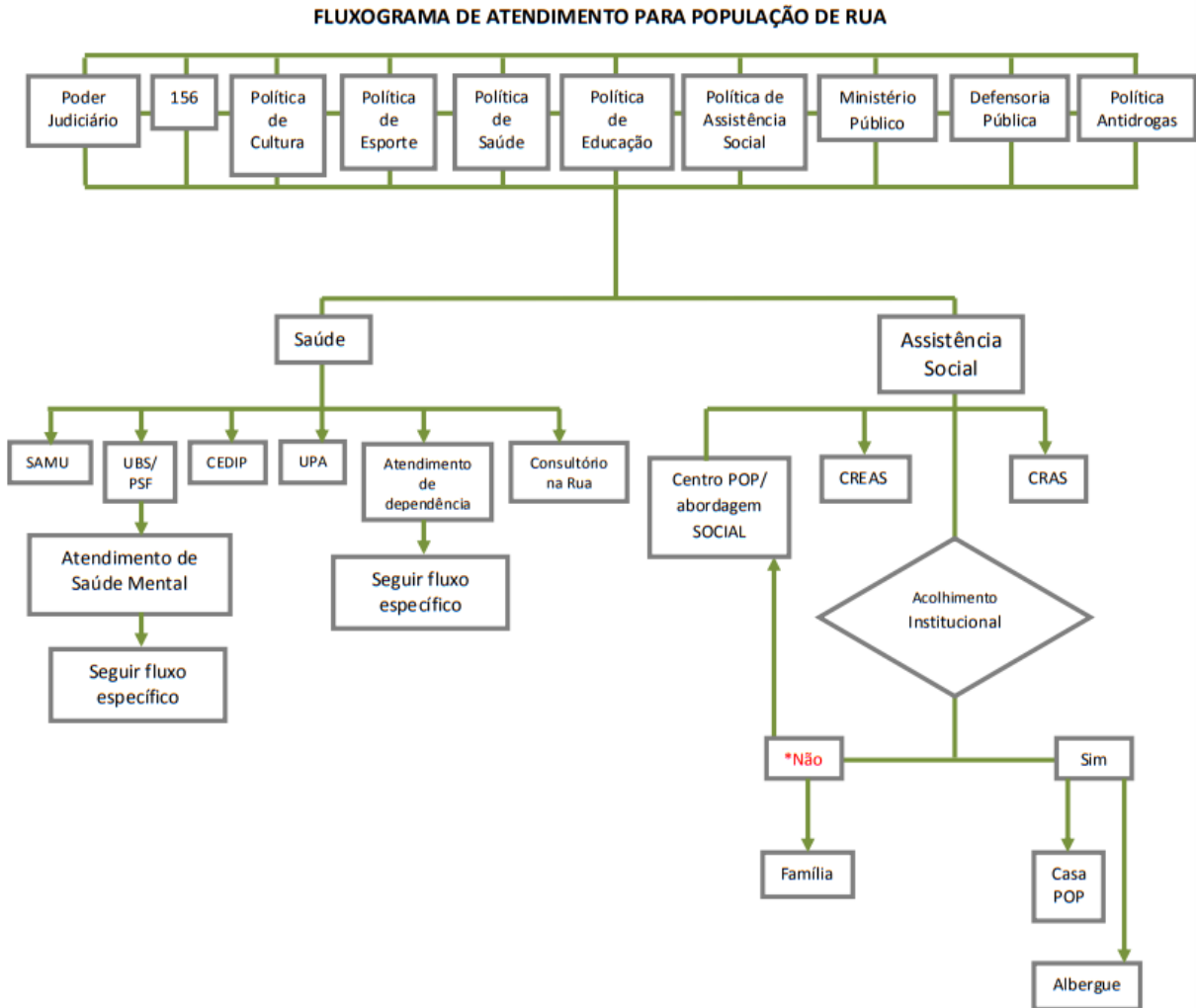
21 – Em sua avaliação, qual o impacto das atividades do Consultório na Rua sobre as condições de vida e saúde da população em situação de rua de Cascavel?

22 – Em sua avaliação, qual o impacto das atividades do Consultório na Rua sobre a comunidade cascavelense?

23 – Em sua avaliação, quais são os principais desafios a serem superados para o futuro do Consultório na Rua?

### ANEXO A

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA A POPULAÇÃO DE RUA DE CASCAVEL



**Legenda:**  
Obrigatório →  
Não obrigatório .....→  
\* Quando o usuário optar pela moradia na Rua, deve ser referenciado ao Centro POP.

Atualizado em outubro de 2016

## ANEXO B

## AÇÕES DOS SERVIÇOS OFERTADOS NO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA POPULAÇÃO DE RUA DE CASCAVEL

SERVIÇOS	AÇÕES
CRAS	-Atendimento, acolhida, escuta qualificada, inserção no IRSAS; Encaminhamento para o CENTRO POP; -Encaminhamento e solicitação de benefícios eventuais (documentação civil);
CREAS III	-Acolhida; escuta qualificada; estudo Social; estudo de caso interdisciplinar entre a própria equipe e com a rede de serviços socioassistenciais e intersetoriais; diagnóstico socioeconômico; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; orientação sociofamiliar; atendimento psicossocial; orientação jurídico-social; referência e contrarreferência; informação, comunicação e defesa de direitos; apoio à família na sua função protetiva; acesso à documentação pessoal para os usuários do CREAS III; mobilização, identificação da família extensa ou ampliada; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de outras políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização para o exercício da cidadania a partir da realização de campanhas educativas, de sensibilização e orientação à comunidade; trabalho interdisciplinar e intersetorial; elaboração de relatórios e/ou prontuários; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; desenvolvimento de capacitações e orientações a comunidades e rede de serviços para identificação de situações de violência e procedimentos.
CENTRO POP	-Acolhimento, escuta qualificada, inserção no IRSAS, estudo de casos; -Encaminha documentação civil para CRAS SANTA CRUZ; -Encaminha para rede de saúde para tratamento; -Encaminha para o PRONATEC; -Articulação com outros serviços de políticas pública assistenciais; -Realiza o CAD. ÚNICO;
CASA POP	-Acolhimento, escuta qualificada, inserção no IRSAS, abrigamento de usuários pelo período máximo de trinta dias, onde são desenvolvidas atividades de rotinas domésticas, cuidados básicos de higiene e alimentação, oficinas de artesanato. -De acordo com a necessidade este período pode ser estendido.
ABORDAGEM SOCIAL	-Realiza a abordagem social; -Encaminha para o CENTRO POP; -Fornecimento de passagens para cidade de origem, quando localizada a família;
UBS/USF	-Atendimento ambulatorial clínica; -Encaminhamento para o Plantão Social; -Realiza atendimento familiar quando solicitado;
UPA	-Atendimento de urgência e emergência; -Realiza encaminhamentos setoriais e faz contato com a família; -Encaminhamento para o CENTRO POP;
CASM	
CAPS III	- Realiza o acolhimento de pessoas com transtorno mental grave ou dependente químico e insere nas atividades internas: -Tratamento individual (acolhimento, avaliação psiquiátrica, tratamento medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros). - Grupos terapêuticos a pacientes; - Grupos de apoio a familiares; - Grupos cidadania e educação em saúde; -Atendimento à família, através de grupos de apoio/orientação e visitas domiciliares; - Ações de educação em saúde, envolvendo o usuário, família e comunidade; - Encaminha para a UBS/USF para acesso a rede de serviços. - Aciona o Centro POP para avaliação social.
EDUCAÇÃO MUNICÍPIO	- Quando identificado pessoa em situação de rua é solicitado atendimento do Plantão Social;
EDUCAÇÃO ESTADO	-Quando identificado pessoa em situação de rua é solicitado atendimento do Plantão Social;
MINISTÉRIO PÚBLICO	
PRONATEC/ACESSUAS	-Realiza divulgação dos cursos gratuitos; -Faz mobilização do público prioritário; -Encaminha para o Cad. Único; -Realiza abertura e encerramentos dos cursos; -Encaminha para a Agência do Trabalhador;