

Avaliação da implementação do Consultório na Rua: uma proposta metodológica

Evaluation of the implementation of the Consultório na Rua: a methodological proposal

Afrânica Hemanuely Castanho DUARTE*

 <https://orcid.org/0000-0001-5986-9243>

Líria Maria Bettiol LANZA**

 <https://orcid.org/0000-0003-45983-3762>

Resumo: O estudo tem como objetivo apresentar o processo de elaboração da metodologia avaliativa e dos indicadores de implementação do Consultório na Rua da região Sul do país. O trabalho, de caráter misto, estruturou-se em uma pesquisa documental para análise das normativas do Programa e uma pesquisa de campo, na qual entrevistamos 42 trabalhadores(as), quatro coordenadores(as) e um representante do Movimento Nacional da População de Rua. Dentre os resultados, estão os 16 indicadores elegidos como essenciais para a avaliação. Concluímos que, para a implementação do objetivo a que o Programa se propõe, é preciso ter clareza da sua operacionalidade. Por isso, são fundamentais indicadores alternativos que permitam captar, em termos operacionais, as particularidades do trabalho em saúde desenvolvido, pois seu desempenho, à luz de seus objetivos, dependerá da estrutura operacional implementada.

Palavras-chave: Metodologia de pesquisa avaliativa. Avaliação de implementação. Indicadores. Eficácia. Consultório na Rua.

Abstract: The study aims to present the elaboration process of the evaluative methodology and the implementation indicators of the Consultório na Rua in the southern region of the country. The research, of a mixed nature, was structured through a documentary research to analyze the Program's regulations and a field research, in which we interviewed 42 workers, four coordinators and a representative of the National Population Movement of Road. Among the results are the 16 indicators chosen as essential for the evaluation. We conclude that, for the implementation of the objective in which the Program is proposed, it is necessary to have clarity of its operation. For this reason, alternative indicators are fundamental to capture in operational terms the particularities of the work carried out in health, as its performance in light of its objectives will depend on the operational structure implemented.

Keywords: Evaluative research methodology. Implementation evaluation. Indicators. Effectiveness. Consultório na Rua.

* Assistente Social. Doutora em Serviço Social e Política Social. Assistente Social na Prefeitura Municipal de Cambé (PR). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina. (UEL, Londrina, Brasil). Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445, Km 380, Campus Universitário, CEP. 86057-970, Londrina (PR). E-mail: afrannia@gmail.com.

** Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina. (UEL, Londrina, Brasil). Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445, Km 380, Campus Universitário, CEP. 86057-970, Londrina (PR). E-mail: liriabettiol.j@gmail.com.



INTRODUÇÃO

A pesquisa de avaliação de políticas públicas constitui um campo vasto de diferentes tendências para as diversas intenções de um desenho investigativo. As escolhas entre as técnicas e os procedimentos tomados pelo(a) avaliador(a) pesquisador(a), à luz de seus objetivos, definirão o tipo de avaliação e a metodologia adequada ao processo investigativo. Independentemente do desenho, entendemos que o objeto da avaliação é a intervenção em uma dada realidade social a ser desenvolvida nas diferentes fases (diagnóstico, programação e execução) de uma política ou programa de caráter público.

O debate público sobre a avaliação de políticas e programas sociais tem sido cada vez mais emergente frente aos desafios impostos na realidade. O processo avaliativo pode propiciar conhecimento para tomada de decisões, para aprimorar o desenvolvimento das políticas, melhorar a aplicação de recursos, identificar seus impactos, entre outras questões oportunas, sejam de ordem técnica e política.

De acordo com Aguillar e Ander-Egg (1994), a pesquisa avaliativa busca acessar os diferentes estágios de condução das políticas e programas sociais com base em procedimentos metodológicos da pesquisa social, identificando informações válidas e confiáveis, na busca de estimar e atribuir juízo sobre o valor e o mérito de algo. O valor está relacionado ao nível da necessidade de realizar algo, já o mérito tem a ver com o grau da eficiência da realização, ou seja, se foi bem-feito, independentemente do seu valor. Essa definição corrobora pensarmos nos fundamentos e na aplicação dos critérios de julgamento a serem utilizados na avaliação.

Além disso, a literatura também identifica os tipos de avaliação de acordo com a sua natureza e finalidade: a avaliação de resultados e a avaliação de processo. De acordo com Draibe (2001), a avaliação de resultados se preocupa em saber o cumprimento e a qualidade dos objetivos alcançados nos resultados. A avaliação de processo, porém, tem como objetivo identificar, no processo de implementação, fatores que facilitam ou dificultam o alcance dos resultados.

Com base nos estudos de Arretche (2007) e Silva (2013), além do rigor científico, existem alguns recursos analíticos importantes para a avaliação das políticas públicas, um deles é a distinção entre os critérios de efetividade, eficácia e eficiência. O critério de efetividade estaria relacionado à avaliação da implementação de uma política, seus custos e resultados, tendo em vista seus objetivos e metas. O critério da eficácia se refere à avaliação dos objetivos e dos instrumentos explícitos e seus resultados, que, segundo Arretche (2007), é uma avaliação que pode ser direcionada de duas maneiras: com foco nas metas propostas e alcançadas, ou nos instrumentos previstos e aqueles realmente aplicados na implementação da política. A avaliação da eficiência, por sua vez, tem como foco a relação entre a implementação, seus impactos e efeitos na realidade objeto e para o público-alvo.

Dadas essas dimensões de acompanhamento e avaliação das ações operacionais das políticas, buscam-se medidas que fundamentem os planejamentos e os processos decisórios no ciclo das políticas. Essas medidas são pensadas por meio de dados da realidade, traduzidas em forma de taxas ou índices (dados estatísticos, dados administrativos, entre outros), que são transformados em indicadores sociais

Ao se debruçar na discussão a respeito de indicadores sociais, Arregui (2012) nos chama atenção para os indicadores alternativos. Para autora, é preciso considerar que a crescente produção de dados quantitativos e informações no campo da gestão, sob uma lógica instrumental e econômica, não tem substanciado de modo suficiente o conhecimento sobre a realidade para o ciclo das políticas sociais, pois não tem manifestado as questões emergentes, as particularidades da população e o contexto territorial. Desse modo, as reflexões instigadas pela autora sobre as necessidades de novas formas de quantificação e de representação da realidade social, por meio de aportes pluridisciplinares, vão ao encontro da indagação da atual noção de desenvolvimento por meio do crescimento econômico, todavia insustentável para a humanidade. Fazem-se necessários indicadores alternativos com aporte de novas concepções sobre desenvolvimento humano e sustentável, na perspectiva de erigir socialmente novos olhares sobre a realidade social.

Apesar de a prática da avaliação estar relacionada historicamente a contextos de controle externo, reduzindo a avaliação em sua dimensão técnica, como mera medição de resultados das políticas e programas, Tanaka e Melo (2007) identificam que a avaliação também vem se desenvolvendo a partir de variáveis e indicadores contextuais, buscando, além dos resultados quantitativos, os resultados qualitativos, a fim de identificar a efetividade, os efeitos e impactos das políticas nos grupos e na população alvo.

O acúmulo teórico sobre a avaliação de políticas ao longo das décadas e as transformações na estrutura institucional do Estado com a redemocratização do país possibilitaram a emergência de novas reflexões críticas acerca de suas dimensões e da integração de novos sujeitos no processo avaliativo. Apesar da reforma neoliberal ainda em curso, os movimentos sociais têm impulsionado o avanço do controle social, o que envolve também a avaliação das políticas.

As bases de desenvolvimento deste artigo estão na pesquisa elaborada nos anos de 2021 e 2022 com o objetivo de avaliar a implementação do Consultório na Rua (CnaR) na região sul do país. Pesquisa que teve dois eixos de análise: a avaliação do Programa CnaR, com foco na eficácia da implementação, e a implementação do Programa em diferentes contextos locais¹. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a implementação do Programa deve estar em convergência com as diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a lógica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo a estratégia de Redução de Danos como proposição transversal a todas as ações realizadas pela equipe. Sendo parte da RAPS e desenvolvendo ações de atenção básica, o Programa tem como objetivo garantir o acesso da população em situação de rua (PSR) à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da equidade. Deve ser porta de entrada preferencialmente dessa população e acolher com resolutividade as necessidades de saúde. De forma que a equipe multiprofissional, entendida aqui como específica e não especializada, deve coordenar o cuidado da PSR *in loco*, trabalhando em parceria com a rede de saúde do território, favorecendo a atenção integral e longitudinal.

Todavia, o CnaR não tem sido contemplado nas avaliações institucionais, no âmbito federal, estadual e municipal, e não há indicadores de avaliação, assim como há escassez de produ-

¹ Contextos municipais, seja pelas condições dos espaços locais de implementação; porte do município; características socioeconômicas da população; a incidência de um mesmo programa no município, dentre outros.

ções científicas sobre o tema. Os objetivos e desenhos metodológicos dos estudos sobre o CnaR em sua maioria estão voltados mais para descrição e análise do que para pesquisa de avaliação da implementação do Programa (Duarte, 2022).

Diante disso, apresentamos a questão da pesquisa que baliza este estudo: Como construir um processo avaliativo com indicadores de eficácia da implementação do Programa Consultório na rua? Para tanto, o presente artigo tem o objetivo de apresentar o processo de elaboração da metodologia avaliativa e dos indicadores de eficácia da implementação do CnaR realizada na região Sul² do país. Na primeira parte, apresentamos o percurso metodológico do estudo; na segunda, abordamos os resultados e discussões a respeito da metodologia para a construção da pesquisa avaliativa e dos indicadores.

PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Optamos pela pesquisa de avaliação de processo³ do tipo acadêmica, com uso de abordagem mista (Creswell, 2010), com ênfase na pesquisa qualitativa do processo de implementação do Consultório na Rua dos municípios da região Sul do país, correspondente ao período entre os anos de 2011, marco jurídico do Programa, até o mês de junho de 2021, período em que finalizamos a coleta de dados. Com base nos estudos de Silva (2013); Arretche (2007) e Draibe (2001), nossas escolhas pelo tipo de avaliação da eficácia do Programa se configuraram com objetivo de responder, de forma fidedigna, ao problema do estudo e respeitando as particularidades do objeto.

A metodologia se pautou pela pesquisa documental das normativas nacionais do Programa e pela pesquisa de campo, com uso de questionário e entrevistas individuais. No período dessa pesquisa, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2022), havia 21 equipes localizadas em 16 municípios na região Sul, com o número aproximado de 100 trabalhadores de nível superior e médio. Os questionários fechados foram direcionados a trabalhadores(as), dos quais, 42 responderam à pesquisa, correspondendo a 18 CnaR de 15 municípios⁴. As entrevistas foram realizadas com quatro coordenadores(as) de CnaR e com uma liderança do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) por meio de roteiro semiestruturado.

Por meio dessa coleta de dados, buscamos identificar como os sujeitos compreendem o processo de implementação do Programa. Com isso, foi possível construir e adaptar medidas de suficiência dos instrumentos e dos sistemas logísticos operacionais previstos, o que possibilitou a concepção de novas proposições e indicadores alternativos para análise e avaliação do CnaR.

O estudo também se caracteriza pelo uso da técnica de triangulação (Triviños, 2007), primeiro, pela triangulação clássica: por meio da escuta dos sujeitos, análise documental e análise de contexto; segundo, pela triangulação entre os sujeitos: trabalhadores, coordenadores

² A escolha da região Sul se deu pela proximidade e experiências anteriores de trabalho das autoras na região, incluindo a experiência de trabalho em uma equipe de Consultório na Rua.

³ A avaliação de processo (Silva, 2013) refere-se ao tipo de pesquisa desenvolvida durante o processo de implementação, permitindo a avaliação da eficácia do programa em desenvolvimento.

⁴ Os municípios participantes são: Cascavel, Curitiba, Londrina, Maringá, Blumenau, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Canoas, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Uruguaiana e Viamão. Dentre os municípios, Porto Alegre e Curitiba possuem mais de uma equipe.

das equipes e representante do MNPR, favorecendo uma análise multidimensional para a complexidade do problema de pesquisa, possibilitando a utilização de diferentes técnicas de coleta de dados. Para análise e interpretação dos dados, seguimos as etapas referenciadas por Bardin (1979): pré-análise, exploração do material sistematizado e, por fim, apresentamos nossa interpretação por meio da mediação entre o conteúdo dos dados e a teoria fundamentada, em direção a uma síntese interpretativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 33486220.0.0000.5231).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este tópico traz os procedimentos metodológicos utilizados para a investigação do problema ora proposto. Para tanto, apresentaremos duas fases que se inter-relacionam nesse processo. A primeira fase consiste na análise documental de normativas oficiais, que permitiu identificar a estrutura e os requisitos mínimos para o funcionamento do Programa. Em seguida, a partir da pesquisa de campo, foi possível construir e adaptar os atributos, indicadores e escalas para medição quantitativa e qualitativa do processo de implementação do Programa, esquematizados no Quadro 1.

Análise documental: desenho e estrutura do Programa

Por meio da pesquisa documental de materiais de fonte primária (legislações, manuais orientadores da política e planos de gestão), que apresentam determinações importantes para a constituição e desenvolvimento do Programa, buscamos observar principalmente os critérios e requisitos nacionais para a implementação e o funcionamento nos municípios.

Os documentos analisados respeitaram uma ordem cronológica, iniciando com o [Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009](#), que Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, indo até o Decreto nº 9.761 do ano de 2019 (Brasil, 2019), que apresenta alterações na Política Nacional sobre drogas. Apesar de esses documentos não serem específicos do CnaR, eles foram analisados por suas influências significativas no processo de gestão intersectorial das políticas públicas e no campo da saúde. Os outros documentos⁵ analisados, datados entre os anos de 2009 e 2021, dizem respeito especificamente, aos de normativas e de consolidação e implementação do CnaR, além dos Planos Municipais de Saúde, vigentes no período de coleta da pesquisa nos municípios selecionados.

De acordo com a pesquisa bibliográfica e com base na pesquisa documental, identificamos que, apesar de o Programa apresentar seu objetivo para com o cuidado em saúde à PSR, não há clareza sobre a operacionalização do Programa e qualquer tipo de indicadores de avaliação e monitoramento.

⁵ Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009b); Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (2011b); Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017c); Portaria nº 3.088 dezembro de 2011 (2011c); Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011a); Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012a); Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 (Brasil, 2013); Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014 (Brasil, 2014); Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017a); Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b); Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017d) e o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012b).

Um dos principais documentos oficiais para a implementação do CnaR é o *Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua* (Brasil, 2012). Para Machado (2021), são inúmeras as expectativas postas nesse manual em relação às equipes, entretanto, “[...] como são difusas em sua apresentação, não são apontadas formas concretas para que as equipes de CnaR operem seu processo de trabalho” (Machado, 2021, p. 63).

O CnaR não esteve incluso no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e não está incluso no Previne Brasil, programas com objetivo de incentivar gestores e equipes a melhorarem a qualidade dos serviços, que, para tal, propõem um conjunto de critérios para o acompanhamento e avaliação das equipes da atenção básica. Dado o impasse de não haver indicadores específicos e de usar ou não os indicadores da atenção básica, em sua completude, para a avaliação do CnaR, que, até então, não tem sido contemplado nesses processos avaliativos, nem com os incentivos disponibilizados às equipes de atenção básica.

De acordo com a fala dos sujeitos da pesquisa, a falta de monitoramento e avaliação do Programa nas instâncias governamentais tem gerado aspectos significativos para a implementação. Um deles é a falta de fiscalização do uso e gerenciamento do recurso federal pelo município destinado ao CnaR. Outro aspecto é que, sem avaliação, não há esforços para a construção de indicadores que se aproximem do processo de trabalho do CnaR e das necessidades da PSR. Isso faz com que o CnaR continue sendo invisibilizado nesses processos de avaliação e, quando há processos avaliativos, utiliza-se de indicadores que não condizem com a realidade do Programa.

De acordo com uma das falas dos trabalhadores que responderam ao questionário, além da falta de incentivos, há uma grande necessidade de monitoramento e de materiais oficiais do Ministério da Saúde com maior clareza dos objetivos e metodologia do Programa.

[...] Maior supervisão do Ministério da Saúde em relação a implementação e manutenção do serviço, bem como um guia nacional para aproximar as práticas realizadas pelas equipes, respeitando as singularidades regionais, além de fiscalizar e acompanhar os processos e terceirização dos equipamentos (Trabalhador 01).

Reafirmada essa inconsistência operacional para o processo de implementação do Programa nos documentos oficiais, os municípios não têm encontrado respaldo legal para ajustes locais nem incentivos. Os sujeitos ainda sugerem, em suas falas, que essa inconsistência também representa uma ameaça para o Programa, por meio do enfraquecimento dos mecanismos da gestão pública e do processo de precarização enfrentados nos serviços. Essas falas reafirmam a formação de um padrão híbrido de gestão pública a partir de distintas propostas vinculadas a diferentes projetos societários em disputa: a democrática e o gerencialismo, o que pode levar à aplicação de estratégias não condizentes com as diretrizes do SUS e atreladas à Reforma do Estado e à terceirização dos serviços.

Frente a isso, a avaliação no campo da implementação não encontra uma tarefa fácil, dada à natureza mutável, incerta (Arretche, 2001) e altamente condicionada, seja pela formação do Estado democrático brasileiro, Reforma do Estado, dinâmica do contexto local, ou falta de elementos identificadas na formulação do Programa, entre outros. Como esses fatores são determinantes nos desafios encontrados na implementação das políticas públicas, tais questões também devem estar no campo de análise da avaliação do programa e na construção de seus indicadores.

Para Tanaka e Melo (2007), o rigor de especialidade que marca a história da avaliação das políticas também tem influenciado significativamente a avaliação em serviços de saúde, assim como a função de controle exercida pelo Estado. Isso seria um dos fatores para a incipiência das práticas avaliativas no campo da saúde, pois, além do desconhecimento do processo avaliativo, há uma ideia de prática ameaçadora apresentada quase sempre através de processos fiscalizatórios e de capacidade especializada. Essa incipiência se confirma na análise dos resultados da presente pesquisa, quando 76% dos sujeitos, ou seja, a maioria dos (as) trabalhadores (as) do CnaR que responderam ao questionário, afirmaram não participar de nenhum espaço de monitoramento e avaliação de políticas públicas. Entre os(as) coordenadores(as) entrevistados(as), somente uma afirmou que realiza o monitoramento e a avaliação dos resultados do Programa a partir de indicadores já utilizados pela Atenção Básica no município, ou seja, não são indicadores específicos do CnaR. Os demais entrevistados, incluindo a liderança do MNPR, afirmaram não ter conhecimento dos processos avaliativos do Programa.

A pouca familiaridade dos coordenadores, trabalhadores e usuários com o campo conceitual da avaliação também impede um procedimento habitual no campo das políticas, assim como a falta de informação e de dados que possam substanciar o processo avaliativo e a construção de indicadores de acompanhamento da PSR. Ou seja, não basta um espaço instituído para o monitoramento e a avaliação das políticas juntos aos representantes governamentais e da sociedade civil, é preciso qualificar esses espaços junto a esses sujeitos através de capacitações e fomento de dados aprimorados (Tanaka; Melo, 2007). Portanto, acreditamos que, nesse caminho, é preciso propiciar aos envolvidos esclarecimentos sobre a polissemia do conceito de avaliação das políticas, assim como construir os próprios objetivos comuns a serem alcançados e que atendam as necessidades de saúde da PSR de forma equânime, evitando o uso irrestrito de indicadores entre diferentes programas e intervenções que levem à homogeneização das políticas.

O desenho metodológico do presente estudo vem no caminho de articular coordenadores, trabalhadores e usuários organizados no processo de avaliação do programa. Dessa forma, acreditamos que é preciso continuar tensionando os modelos de controle externos, instituídos historicamente, e avançar na articulação dos sujeitos e na construção de agendas de formação e avaliações sistemáticas. Também é preciso intentar a construção coletiva de metodologias e indicadores de avaliação mais próximos da realidade da PSR, por meio dos espaços já existentes para isso, como o Previne Brasil, em específico, na Política de Atenção Básica e no próprio Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a população em situação de rua (CIAMP).

Atributos e indicadores de avaliação

Com base na análise dos documentos evidenciados, foi possível descrever o desenho e a estrutura do Programa e iniciar a elaboração do Quadro 1 - **Quadro metodológico explicativo de avaliação do Consultório na Rua**, composto de atributos, indicadores e escalas para medição quantitativa e qualitativa do processo de implementação nos municípios da região. Esse quadro foi sendo construído ao longo do processo de pesquisa e, inicialmente, auxiliou na construção dos instrumentos, principalmente do questionário. Posteriormente, com os dados coletados, o mesmo quadro serviu de referência para avaliação e análise dos dados gerais com todos os CnaR dos municípios participantes.

Para a construção desse quadro, foi preciso formular medidas de análise e julgamento, levando em conta variáveis, atributos, indicadores e escalas, adaptando os critérios dos níveis de suficiência do processo de implementação. Ou seja, com o intuito de estimar juízo sobre o valor (Aguillar; Ander-Egg, 1994) e ou nível de necessidade da realização dos sistemas logísticos e operacionais, utilizamos o grupo de variáveis independentes, que são, em sua maioria, de natureza institucional e refletem as condições prévias das agências e dos agentes envolvidos na implementação (Pierantoni; Vianna, 2003; Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1999). Os indicadores de eficácia estão referidos e concentrados, em maior parte, no subprocesso indicado pelo modelo de Draibe (2001) dos **sistemas logísticos e operacionais**, compreendidos como modos de implementar e operacionalizar a atividade-fim. Não obstante, incluímos também mais dois indicadores dos seguintes subprocessos: **processo de informação** e **processo de capacitação**, que permitem apontar algumas reflexões iniciais a respeito desses subprocessos.

Neste estudo, por dimensão de eficácia, entendemos a busca da satisfação das necessidades sociais à luz da gestão pública regida por princípios democráticos, na qual a política social é entendida como política pública e direito de cidadania pelo traço comportamental do *ethos* solidário, que está a serviço das necessidades sociais engendradas da relação antagônica entre capital e trabalho (Pereira, 2020); diferentemente das dimensões de eficácia, eficiência e efetividade no contexto da Reforma do Estado que move sua estratégia a partir do paradigma gerencial presente praticamente em todas as políticas.

Além da dimensão da eficácia, também incluímos o princípio da equidade, que fundamenta este estudo avaliativo, uma vez que, para o SUS, a equidade está intrinsecamente relacionada à implementação de políticas que visam diminuir vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, incluindo a PSR. Dessa maneira, buscamos evitar o uso homogeneizador de recursos analíticos que não respeitem as particularidades locais e de grupos, ou que reforcem ainda mais as desigualdades sociais.

Os 16 indicadores de eficácia definidos foram agrupados em oito atributos: 1. Disponibilidade de recursos humanos; 2. Carga horária; 3. Disponibilidade de recursos materiais; 4. Sistemas operacionais e fluxos; 5. Acolhimento e atendimento *in loco*; 6. Cuidado em saúde compartilhado e integrado; 7. Educação no trabalho em saúde e 8. Cadastro e atualização de dados no Sistema de Informação vigente. Já as escalas foram agrupadas em Satisfatório, Pouco satisfatório e Insatisfatório, respeitando as particularidades do trabalho em saúde com a PSR.

Entendendo o indicador como forma de nos aproximarmos do conhecimento da realidade, que não podemos captar diretamente (Aguillar; Ander-Egg, 1994), elaboramos esses indicadores considerando os objetivos do Programa e suas vertentes interpretativas do cuidado em saúde. Nesse sentido, para elaborar os indicadores de eficácia, principalmente dos sistemas logísticos operacionais, incorporamos fatores ou variáveis para subsidiar a avaliação e a análise, pois as normativas não deixam isso claro. Incluímos a variável do espaço de tempo implícito na periodicidade informada e a participação dos trabalhadores nos processos para o desenvolvimento das ações, compreendendo que esses fatores compõem o processo operacional da implementação e implicam no cumprimento do objetivo do Programa.

Logo, uma das maiores dificuldades encontradas no processo de construção do Quadro 1 foi agrupar e adaptar os critérios elegidos como essenciais para a avaliação da implementação, que se encontravam difusos nos documentos oficiais, somado à falta de clareza da operacionalização das atividades-fim. Por isso, a fala dos sujeitos entrevistados – trabalhadores, coordenadores e liderança do MNPR – foi essencial nesse processo. Em razão disso, sua construção se deu num processo dialético e contínuo, passando por diversas alterações ao longo desta pesquisa, seja anterior à construção do questionário seja durante a análise dos dados coletados.

Nesse sentido, buscamos adaptá-lo conforme a realidade dos serviços e os atributos elegidos para a avaliação da eficácia. Ou seja, diferentemente de uma definição *a priori* das escalas de avaliação dos indicadores ou um *check list*, a partir dos documentos oficiais, para prever os sucessos e fracassos da implementação (Arretche, 2001), as escalas foram sendo construídas e adaptadas ao longo da coleta e análise dos dados, considerando, principalmente, os condicionantes positivos e negativos na implementação do Programa.

Quadro 1 - Quadro metodológico explicativo de avaliação do Consultório na Rua

Subprocesso dos sistemas logísticos e operacionais				
Atributos	Indicador	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insatisfatório
1 Disponibilidade de recursos humanos	1.1 Modalidade I: quatro profissionais; Modalidade II: seis profissionais e Modalidade III: seis profissionais acrescidos da categoria médica.	Possui o número mínimo de profissionais da equipe e contempla o quantitativo das categorias elencadas.	Possui o número mínimo de profissionais conforme a modalidade.	Não possui o número mínimo de profissionais.
2 Carga horária	2.1 30 horas semanais, e o horário de funcionamento deve ser adequado às demandas da PSR	Contempla a carga horária mínima e o atendimento no período diurno e noturno.	Contempla a carga horária mínima e o atendimento no período diurno.	Não contempla a carga horária mínima.
3 Disponibilidade de recursos materiais	3.1 Veículo exclusivo do Programa para deslocamento da equipe, transporte de equipamentos e insumos, com identificação visual.	Veículo exclusivo para deslocamento da equipe, transporte de equipamentos e insumos, com identificação visual.	Tem exclusividade, mas não possui identificação visual.	Possui veículo disponível, mas não tem exclusividade.
	3.2 Unidade Móvel que permite realizar alguns atendimentos/procedimentos em seu interior.	Possui Unidade Móvel.	Possui Unidade Móvel, mas sem identificação.	Não Possui.
4 Sistemas operacionais e fluxos	4.1 Ações de saúde de atenção básica, atendendo às diretrizes da PNAB.	Oferta totalmente.	Oferta parcialmente.	Não oferta.
	4.2 Processos ou instrumentos de estudos, mapeamento e análise situacional. Há um diagnóstico atualizado levando em conta a territorialização; elaborado de forma coletiva entre a equipe;	Possui diagnóstico situacional ou ferramentas parecidas, atualizado e com elaboração coletiva.	Possui diagnóstico, mas sem atualização ou sem elaboração coletiva.	Não há diagnóstico.

	4.3 Planejamento e roteiro das ações diárias. A construção do roteiro é feita de forma coletiva entre a equipe e contemplam os seguintes aspectos: os pontos de atendimento; pondera sobre os riscos do atendimento; considera os perfis dos usuários e define ações de busca ativa.	Há roteiro e sua construção é semanal, contemplando os fatores relacionados.	Há roteiro, mas não é feito com frequência e contempla minimamente os pontos de atendimento.	Não há roteiro.
	4.4 Busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. O critério de frequência é ter uma periodicidade informada/programada.	Realiza o cuidado e a busca ativa com frequência.	Realiza o cuidado e a busca ativa de forma pontual	Não oferece.
	4.5 A redução de danos faz parte das ações da equipe.	Faz com muita frequência.	Faz com média ou pouca frequência.	Não faz parte.
5 Acolhimento e Atendimento <i>in loco</i>	5.1 Atividades <i>in loco</i> e itinerantes. Critério de periodicidade mínima semanal.	Atende com frequência.	Realiza de forma pontual ou somente sob demanda.	Não realiza.
	5.2 atendimentos individuais e atividades em grupo com os usuários. Critério de periodicidade mínima mensal.	Atendimento individual e coletivo, com frequência.	Atendimento individual com frequência e coletivo de forma pontual.	Oferta somente atendimentos individuais.
6 Cuidado em saúde compartilhado e integrado.	6.1 Reunião de Equipe realizada com frequência para o planejamento e a gestão do cuidado. Periodicidade mínima mensal. Assuntos considerados essenciais: planejamento de trabalho; acompanhamento dos usuários; questões administrativas; estudo de casos; elaboração de projetos terapêuticos.	Realiza reuniões com frequência, abordando principalmente assuntos sobre o planejamento do trabalho e o acompanhamento dos usuários.	Realiza reuniões esporádicas, abordando principalmente assuntos sobre o planejamento do trabalho e o acompanhamento dos usuários.	Não realiza reuniões ou as reuniões são somente sobre assuntos administrativos.
	6.2 Ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Compartilhadas com todas as UBS's do território.	Compartilhadas com algumas UBS's do território.	Sem compartilhamento das ações, embora utilize as instalações físicas da UBS quando necessário.
	6.3 Ações compartilhadas e integradas com o CAPS e outros serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	Compartilhadas com toda a RAPS.	Compartilhadas com algumas unidades da RAPS.	Sem relação com CAPS e RAPS.
Subprocesso de capacitação dos trabalhadores				
Atributos	Indicador	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insuficiente
7 Educação no trabalho em	7.1 As equipes terão acesso a educação no trabalho em	A equipe tem acesso a pro-	A equipe tem acesso à educação no traba-	A equipe não tem acesso à educação

saúde.	saúde, contemplando, entre outros temas, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.	gramação sistêmica à educação no trabalho em saúde. Contempla as necessidades da PSR, incluindo a redução de danos.	lho em saúde de forma esporádica.	no trabalho em saúde. Ou só há incentivo para a busca individual.
Subprocesso de divulgação e informação				
Atributos	Indicador	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insuficiente
8. Cadastro e atualização de dados no Sistema de Informação vigente.	8.1 Equipe cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e atualiza os dados do sistema vigente.	Equipe cadastrada e atualiza os dados no sistema vigente.	Equipe cadastrada, mas não atualiza os dados no sistema vigente de forma adequada ou não sabe informar.	Equipe não cadastrada.

Fonte: Própria autora, a partir da base de dados da pesquisa documental, 2022.

Para a construção dos indicadores e a realização da avaliação dos programas de saúde, é preciso considerar as particularidades do trabalho nesse campo e de seu produto, que é fruto da inter-relação entre usuário e trabalhador da saúde, além do processo de trabalho que se constitui de forma coletiva e interdisciplinar. De acordo com a fala da Liderança do MNPR, é preciso considerar algumas particularidades da vida na rua na relação entre a equipe e o usuário:

E a nossa relação com eles é uma relação com a rua, não para a rua. Tá? Porque, com a rua, você tá com a rua; para a rua, você acaba violentando. Só que esse foi um grande processo [...] Entender toda essa complexidade, né?, entender que tu vai combinar uma coisa e tu vai ter que recombinar de novo. Não pode ficar cobrando o porquê você não vem. Pra quem tá na rua, tem vários porquês, muitas vezes ele não consegue tá lá na consulta, não consegue tá lá no ponto marcado pelo Consultório na Rua que combinou contigo (Liderança MNPR).

A “[...] *persistência acolhedora* [...]” (Duarte, 2019, p. 6) é uma estratégia criada através do processo de trabalho e experiência dos (as) trabalhadores (as) da saúde no espaço da rua, por meio de diversas aproximações estimuladas com a PSR nos territórios. Além do objetivo de construir vínculo e confiança, essas aproximações são pensadas com base nos dados da realidade, considerando o “[...] processo de rualização [...]” (Prates; Prates; Machado, 2011, p. 194), da liminaridade (Varanda, 2009) e do estigma vivenciado por essa população, assim como as particularidades dos indivíduos e grupos e as características dos territórios.

Além da sensibilidade a respeito do tempo singular na construção de vínculo e confiança na inter-relação entre usuário e trabalhador da saúde, é preciso considerar a violência frequente – violência institucional e estrutural – sofrida por essa população, seja por meio das práticas de remoções aplicadas pelo Estado, seja pela discriminação sofrida quando necessita acessar os serviços públicos. Essa população, muitas vezes, passa a apresentar resistência e desmotivação para buscar atendimento nos serviços de saúde, dada a falta de acolhimento e à hostilidade dos trabalhadores de saúde com a população em situação de rua, usuária de substâncias psicoativas principalmente (Oliveira, 2009). Constantemente imersa em situações de violência, a PSR apresenta desconfiança com a presença de serviços que representem o poder público.

Esses determinantes acarretam uma característica de morosidade no alcance de resultados nos processos de cuidado em saúde, que reverberam na construção dos indicadores, entendidos em seus aspectos quantitativos e qualitativos. Por isso é intenção deste estudo construir indicadores alternativos que garantam a análise dessas particularidades tanto da formulação, como da execução e avaliação dessas políticas específicas.

Entretanto, os desafios de propor indicadores alternativos no processo avaliativo são diversos. Um deles está relacionado à existência de diferentes perspectivas teórico-metodológicas tanto da avaliação de políticas, especificamente na saúde, quanto do cuidado em saúde à PSR. Na saúde, há uma disputa de racionalidades técnicas no campo, com predomínio do modelo médico hegemônico e de práticas tradicionais. A disputa de diferentes racionalidades e modelos assistenciais presentes historicamente na operacionalização do SUS é experimentada pelos sujeitos envolvidos no processo de implementação do CnaR. Isso ocorre visto que, apesar da consolidação do SUS se apoiar em modelos assistenciais sustentados pelo princípio da universalidade e da concepção ampliada de saúde, esse processo enfrenta grandes desafios com a realidade dos serviços públicos de saúde imbuídos de práticas fragmentadas, baseadas no modelo de medicina curativo e privatista. Dessa forma, é preciso considerar que a implementação do CnaR e a formulação de indicadores alternativos têm encontrado um terreno de disputa entre paradigmas epistemológicos.

Reside aí a importância da nossa opção teórica neste estudo pela perspectiva de totalidade que busca uma análise da realidade considerando seu movimento concreto e suas contradições. Essa opção teórica repercute na escolha entre as técnicas e os procedimentos tomados pelo(a) avaliador(a) pesquisador(a), à luz da metodologia adequada ao processo investigativo que contemple essa análise crítica que leva em consideração as múltiplas determinações que compõem a totalidade social.

CONCLUSÃO

Em relação ao processo de construção da pesquisa, é importante destacar, inicialmente, os desafios encontrados na apreciação de indicadores de implementação do Programa. As inconsistências nos documentos oficiais para a operacionalização, assim como a inexistência de indicadores, trouxeram grandes desafios para o processo avaliativo, o que demandou construir parâmetros para tal. Para isso, na fase inicial do processo metodológico, a pesquisa documental nos permitiu identificar a estrutura e os requisitos mínimos para o funcionamento do Programa.

Já na segunda fase do processo metodológico para a construção do Quadro 1, serviu para que pudéssemos agrupar e adaptar os critérios elegidos como essenciais para a avaliação da implementação do CnaR. Por isso, a participação e a fala dos sujeitos entrevistados – trabalhadores(as), coordenadores(as) e liderança do MNPR - foram fundamentais nesse processo.

É preciso reconhecer o êxito com a quantidade de respostas que obtivemos na coleta de dados por meio do questionário, com a resposta de 42% dos(as) trabalhadores(as) convidados(as), além dos(as) coordenadores(as) e liderança do MNPR. Esse resultado demonstra a disposição dessas pessoas em participar e corroborar os processos avaliativos e as pesquisas científicas no campo, o que garante ao estudo certa confiabilidade e representatividade, indo na contramão de um histórico de monitoramento e avaliação marcado por um lugar de es-

pecialistas. Tal histórico interfere ainda hoje, em razão do desconhecimento desses processos por parte da maioria dos(as) trabalhadores(as), gestores(as) e usuários(as) das políticas.

Concluimos que a construção de indicadores tem encontrado um terreno de disputas entre racionalidades de modelos assistenciais em saúde, o que exige ainda mais a consistência da operacionalidade para alcance dos objetivos. Por isso, tem-se a importância de indicadores alternativos que permitam captar e traduzir, em termos operacionais, as dimensões da particularidade do trabalho em saúde direcionado à PSR.

Nesse sentido, apesar das particularidades do universo pesquisado, acreditamos que este trabalho possa contribuir com novos estudos avaliativos no campo da implementação de políticas e programas, principalmente no campo da saúde e na construção de indicadores alternativos.

REFERÊNCIAS

AGUILLAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. São Paulo: Vozes, 1994.

ARREGUI, C. O debate sobre a produção de indicadores sociais alternativos: demandas por novas formas de quantificação. **Serviço Social & Sociedade**, n. 111, p. 529-554, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300008>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 43-55.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.), **Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate**. São Paulo: Editora Cortez, 2007. p. 29-39.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Editora 70, 1979.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Brasília (DF), 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009**. Institui o comitê técnico de saúde para a população em situação de rua. Brasília (DF), 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES**, 2022. Brasília (DF), 2022. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília (DF), 2011a. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2011c. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília (DF), 2012a. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na psr no âmbito do sus. Brasília (DF), 2013. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014**. Valor do incentivo. Brasília (DF), 2014. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Incentivo financeiro. Brasília (DF), 2017a. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília (DF), 2017b. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019**. Alterações na Política nacional sobre drogas. Brasília (DF), 2019. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017d. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua**. Brasília (DF): MS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro e 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF), 2011b. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2017c. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 18 dez. 2022.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. *In*: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

DUARTE, A. H. C. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, e34306, 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/34306>. Acesso em: 20 abr. 2022.

DUARTE, A. H. C. **Avaliação da implementação do Programa Consultório na Rua na região sul do país**. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

MACHADO, M. P. M. **As práticas dos consultórios na rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Análise Qualitativa dos Programas Inovadores do Comunidade Solidária. **Caderno de Pesquisa**, Campinas: Unicamp, NEPP, n. 42, 1999.

OLIVEIRA, M. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PEREIRA, P. A. P. Reestruturação perversa dos fundamentos éticos da política social: do ethos solidário à moral egoísta. *In*: PEREIRA, P. A. P. **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política: transfigurações da política social**. São Paulo: Editora Cortez; Politiza. 2020. [EPUB].

PIERANTONI, C. R.; VIANNA A. L. Avaliação de processo na implementação de políticas públicas: a implantação do sistema de informação e gestão dos recursos humanos em saúde no contexto de reformas setoriais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 59-92, 2003.

PRATES, F. C.; PRATES, J. C.; MACHADO, S. A. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), v. 11, n. 22, p. 191-215, 2011.

SILVA, M. O. S. **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora; UFMA: Grupo de Pesquisa de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (Gaep), 2013.

SILVA, P. L. B. *et al* (Org.). **Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários: relatório final**. Campinas: Nepp, Unicamp, 1999.

TANAKA, O. Y.; MELO C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. São Paulo: Editora Vozes, 2007. p. 121-136.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

VARANDA, W. **Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas**: funções e significados entre moradores de rua. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Afrânna Hemanully Castanho DUARTE Trabalhou na concepção, redação e revisão do artigo, e na análise e interpretação dos dados.

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, 2009). Egressa do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar pelo Hospital de Clínicas da UFPR - (UFPR, 2012). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, 2018). Doutora em Serviço Social e Política Social pela UEL (2022). Atualmente exerce o cargo de professora no Departamento de Serviço Social da UEL, e de Assistente Social na Prefeitura Municipal de Cambé (PR).

Lília Maria Bettiol LANZA Trabalhou na concepção e delineamento do artigo, e na sua revisão crítica.

Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina. Tem experiência na área de Serviço Social e saúde, com ênfases no acesso, exercício e formação profissional; trabalho cooperado, imigração e o território nas políticas sociais. Coordena o Grupo de Pesquisa (CNPq) Serviço Social e Saúde, formação e exercício profissional.
