

A implementação do Consultório na Rua: estudo de casos múltiplos no Sul do país

Afrannia Hemanuely Castanho Duarte*

Liria Maria Bettiol Lanza**

RESUMO:

O estudo tem como objetivo analisar a implementação do Programa Consultório na Rua na Região Sul do país. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa de casos múltiplos. A coleta de dados incluiu pesquisa documental e entrevistas com quatro coordenadores(as) do Programa e um representante do Movimento Nacional da População de Rua. Foram selecionadas quatro equipes de diferentes modalidades e estados, para representar a diversidade regional. Os resultados encontrados foram analisados a partir de três eixos temáticos: os referenciais e princípios adotados para a implementação, a prática intersetorial e os efeitos da implementação. O estudo aponta que a implementação do Programa enfrenta desafios relacionados ao financiamento, ao estigma enfrentado pela população em situação de rua e às limitações no âmbito municipal. A pesquisa ressalta a importância de aprimorar processos de monitoramento e a avaliação para garantir a efetividade do Programa e promover a equidade no atendimento à população em situação de rua.

Palavras-chave: Consultório na rua; Análise de implementação; Intersetorialidade; Efeitos da implementação.

* Assistente Social da Prefeitura Municipal de Cambé. Doutora em Serviço Social e Política Social. Egressa do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5986-9243> E-mail: aferrannia@gmail.com

** Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4583-3762> E-mail: liriabettiol.j@gmail.com

Implementation of the Street Clinic: multiple case study in the South of the country

ABSTRACT:

The study aims to analyze the implementation of the Street Clinic Program in the southern region of the country. For this purpose, a qualitative multiple-case study was conducted. Data collection included document research and interviews with four program coordinators and a representative from the National Movement of Homeless People. Four teams from different modalities and states were selected to represent regional diversity. The findings are analyzed based on three thematic axes: the references and principles adopted for implementation, intersectoral practices, and the effects of implementation. The study indicates that program implementation faces challenges related to funding, stigma against the homeless population, and municipal institutional limitations. The research highlights the importance of improving monitoring and evaluation to ensure the program's effectiveness and promote equity in services for the homeless population.

Keywords: Office on the street; Implementation analysis; Intersectorality; Implementation effects.

Introdução

O estudo do processo das políticas públicas, para Silva (2013), identifica-se por uma série de atividades processuais do sistema político, que ela chama de “Movimentos do processo das políticas públicas”, neste movimento ela destaca as seguintes etapas: a) Constituição do problema e da agenda governamental; b) Formulação de alternativas de política; c) Adoção da política e d) implementação ou execução dos programas sociais. É na etapa da implementação que ocorre a materialização do programa, “é a fase de execução de serviços para o cumprimento de objetivos e metas preestabelecidos, tendo em vista obter resultados pretendidos” (Silva, 2013, p. 26). Esses movimentos, de acordo com a autora, não se apresentam de forma linear, podem se desenvolver ao mesmo tempo de forma independente ou combinada.

Por implementação entende-se a realização de um conjunto de ações que dispõem de meios e recursos, implicadas em processos decisórios constantes entre os agentes e as organizações, a partir de apropriações realizadas a respeito das normativas e elementos constitutivos da localidade, para execução de um programa.

A implementação e configuração do Consultório na Rua (CnaR), de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), deve estar em convergência com as diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a lógica da Rede de Aten-

ção 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.

A partir do contexto explicitado, este artigo tem como objetivo analisar a implementação do Programa Consultório na Rua na Região Sul do país, tomando como base a pesquisa elaborada nos anos de 2021 e 2022¹.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (Brasil, [2022]), os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no período da coleta de dados, haviam implementados 21 equipes de CnaR localizadas em 16 municípios em toda região. A fonte de dados para o estudo de casos foi coletada por meio das entrevistas com os(as) coordenadores(as) e com uma Liderança do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e através da pesquisa documental com os Planos Municipais de Saúde vigentes no momento da coleta de dados, e que correspondem aos últimos quadriênios entre os anos de 2018 a 2021 dos referidos municípios. Para as entrevistas com os(as) coordenadores(as), foram selecionados quatro CnaR, correspondentes aos casos múltiplos, pelos seguintes critérios acumulativos: representar uma equipe de cada modalidade² (I, II e III); seguido dos CnaR implementados há mais tempo; os(as) coordenadores(as) mais antigos(as) nas equipes; e uma equipe de cada estado.

Os casos múltiplos correspondem aos municípios de médio e grande porte, no qual três deles, ou seja, a maioria, é classificado de médio porte, aqueles cujo a população estima-se entre 100 mil a 500 mil habitantes e um deles classificado de grande porte, aqueles com população acima de 500 mil. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estes municípios foram classificados entre os níveis de alto (0,700 a 0,799) e muito alto (a partir de 0,800) nas faixas de IDH. O que condiz com a realidade da região Sul do país, que apresenta alto índice de municípios classificados com níveis de alto IDH (IPEA, 2013). Em relação ao índice de Gini, a maioria dos municípios apresenta entre os valores de 0,54 e 0,55, somente um apresenta o valor de 0,57.

Apesar do índice alto do IDH e do relativo valor do índice de Gini desses municípios é preciso considerar a persistência das desigualdades e iniquidades em saúde, com o au-

mento significativo da PSR nas cidades. De acordo com Dias (2021), da PSR registrada no Cadastro Único do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), 14,30% está concentrada na região Sul, sendo que o estado do Paraná possui o maior número absoluto de PSR na região, 9.550, que corresponde a 41,73%. Outro dado é que 88,22% da PSR na região vivem em condições de pobreza e extrema pobreza.

Outra questão importante a se considerar é que apesar da maioria da população se declarar branca nesses municípios, a maior parte da PSR nas pesquisas e censos se declaram pretas e pardas, outro importante indicador para análise das desigualdades sociais e raciais. Esses dados apresentam uma contradição na realidade, que justifica cada vez mais a urgência da visibilidade desses grupos que vivem em desproteções sociais e das políticas de enfrentamento dessas desigualdades.

Quanto à metodologia de estudo de casos ou multicase, esta pesquisa tem como objetivo contribuir com o conhecimento sobre um fenômeno singular e atual dentro de seu contexto de realidade – a implementação do Programa CnaR em municípios selecionados na região Sul – a partir da seleção de quatro CnaR que contemplam diferentes estados e diferentes modalidades de equipe, com intuito de identificar elementos comuns, as similaridades e as particulares entre os casos. Nesse sentido, buscou-se conhecer como se desenvolve a implementação do Programa nos municípios e a influência destes elementos contextuais e locais na implementação. De acordo com Yin (2001, p. 32) o estudo de casos é um estudo empírico que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

A coleta de informação foi realizada por meio de roteiro de entrevista semiestruturado e explorados a partir do grupo de variáveis intervenientes e variáveis cognitivas, considerando os fatores que interferem no processo de implementação. Os resultados detectados foram analisados com base em três eixos temáticos: os referenciais e princípios adotados para a implementação; os desafios enfrentados na prática intersectorial; e, por fim, a análise dos efeitos da implementação conforme a percepção dos sujeitos.

Reflexões acerca da implementação do Consultório na Rua: um estudo a partir dos municípios da região Sul

Um dos principais documentos oficiais de referência para a implementação do CnaR é o “Manual sobre o cuidado à Saúde junto a PSR” (Brasil, 2012). Para Machado (2021, p. 63), são inúmeras as expectativas postas neste Manual em relação às equipes, entretan-

to, “como são difusas em sua apresentação, não são apontadas formas concretas para que as equipes de CnaR operem seu processo de trabalho”.

O estudo de Castanho Duarte e Lanza (2024), aponta que há inconsistência operacional para o processo de implementação do Programa nos documentos oficiais, no qual os municípios não encontram respaldo legal para os ajustes locais. Essa inconsistência também representa uma ameaça para o Programa, por meio do enfraquecimento dos mecanismos da gestão pública e o processo de precarização enfrentados nos serviços. Os resultados reafirmam a formação de um padrão híbrido de gestão pública que pode aplicar estratégias não condizentes às diretrizes do SUS e sim atrelada à Reforma do Estado e a terceirização dos serviços.

Frente a isso, a análise da implementação não encontra uma tarefa fácil dada à natureza mutável, incerta e altamente condicionada à estrutura, seja pela formação do Estado democrático brasileiro, à Reforma do Estado, à dinâmica do contexto local, com a falta de elementos identificados na formulação do programa, entre outros fatores. Determinantes nos desafios encontrados na implementação das políticas públicas, estas questões também devem estar no campo de análise da implementação de programas.

Apesar de não haver consenso na literatura acerca da compreensão da implementação das políticas e programas, de acordo com Lotta (2019) o acúmulo de estudos sobre o tema instituiu alguns pressupostos fundamentais para análise da implementação que são elencados da seguinte forma: a) a formulação e implementação não são etapas diferentes entre quem decide e quem executa, são processos decisórios contínuos que envolvem diversos agentes e camadas decisórias; b) os processos decisórios envolvem negociações e consensos nas diferentes formas de coordenações e seus agentes; c) o processo de implementação é interativo e envolve diferentes agentes estatais e não estatais nos processos decisórios; d) o plano formulado e suas regras não determinam de fato a materialização da política, pois há influências técnicas e políticas de outros fatores organizacionais e características dos agentes envolvidos.

Nessa perspectiva, para Arretche (2001), é preciso considerar que o processo de implementação se configura como um campo de incertezas e um momento do processo das políticas públicas, que demanda constantes tomadas de decisões, gerando o redesenho do programa ou até mesmo das diretrizes. Por isso a avaliação e análise apropriada para o campo da implementação deve superar a concepção ingênua balizada pelo fracasso ou sucesso do programa. O uso de metodologia adequada deve ter foco nos fatores que distanciam os objetivos e o desenho do programa, se propondo

a entender como de fato a política acontece. Nesse sentido supõem-se dois tipos de agentes: aqueles encarregados pela formulação e aqueles encarregados de executá-lo.

[...] devem levar em conta que os implementadores é quem fazem a política, e a fazem segundo suas próprias referências. Nessas circunstâncias, cabe investigar a autonomia decisória dos implementadores, suas condições de trabalho e suas disposições em relação à política sob avaliação (Arretche, 2001, p. 54).

Nesse sentido, acredita-se que olhar para os processos decisórios em suas condições e disposições é umas das tarefas principais no processo de análise e avaliação, buscando investigar e compreender a implementação, para além de sua constituição normativa, mas sim como de fato a política funciona. A partir desta introdução, o texto será estruturado em torno dos três eixos de análise previamente explicitados.

Referenciais e Princípios Adotados para a Implementação

Nesta pesquisa os referenciais e os princípios adotados para a implementação, mais citados pelos entrevistados foram: a redução de danos; o respeito; a tolerância; o trabalho em rede e a interlocução entre as políticas. Embora com menor prevalência, também foram apontados outros componentes: o respeito à autonomia do usuário no processo de cuidado em saúde e a busca da identificação e atendimento das necessidades em saúde.

Para a liderança do MNPR são poucas pessoas que tem perfil para trabalhar com a PSR, pois são trabalhadores(as) que não devem atuar na perspectiva de cobrança do tratamento de saúde e sim, compreender que as combinações traçadas entre equipe e usuário serão constantemente recombinadas:

Eu sou muito a favor dos servidores e pelo serviço público, né?! Mas eu acho que servidores com perfis, entende? Porque não adianta tu ser servidor e tu violenta uma galera dentro dos espaços [...] Eu acho que o principal é tu ter a escuta, escutar (Liderança MNPR).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) o servidor público é a pessoa física que presta serviço público, com vínculo empregatício à Administração Pública direta, autarquias e fundações públicas. Já o conceito de agente público, na literatura é uma expressão mais ampla que serve para designar aquele que presta serviço público, que exerce função pública, podendo ser servidor público ou não, remunerado ou não, temporário ou não.

Dessa forma, a defesa de servidores públicos atuantes nos CnaR é apontada pela liderança do MNPR ao mesmo tempo que aponta a necessidade de um “perfil” do trabalhador capaz de atender as particularidades desses usuários.

De acordo com Lotta (2019), para a análise da implementação das políticas públicas é preciso incluir a participação dos agentes implementadores, identificados também como burocratas de nível de rua. Essa análise permite compreender a implementação além das decisões tomadas pelos formuladores. Por isso a autora orienta que a análise deve olhar para o exercício da discricionariedade, para as diversas interações, valores e referenciais existentes nesta interação entre diferentes agentes.

Lima e D’Ascenzi (2013) incluem nesse plano de análise a variável cognitiva, que diz respeito à concepção de mundo, os interesses e as intenções próprias dos implementadores que influenciam suas ações. Para este autor e autora, a variável cognitiva atua como mediadora entre as intenções contidas no plano e a sua apropriação nos espaços locais. Dessa forma, a discricionariedade no processo de implementação é exercida com base na estrutura normativa da política que incentivam determinados comportamentos, em sistemas de ideias específicas, e no plano que será interpretado e adaptado à realidade local.

De acordo com Machado e Rabello (2018), são escassas as referências bibliográficas e os documentos oficiais que indiquem diretrizes para a organização do trabalho do CnaR e para a formação de trabalhadores voltados para essa população. Por esse motivo, um dos objetivos do estudo apresentado pelo autor foi identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes utilizadas pelos trabalhadores das equipes de Consultório na Rua, o que o autor chamou de “componentes de competência”. A partir dos resultados o autor identificou três dimensões que agrupam esses componentes: clínica do cuidado; processo de trabalho e o trabalho em rede. Estes componentes dialogam com os dados desta presente pesquisa, quando os sujeitos atribuem ao perfil do trabalhador(a): a habilidade de escuta; a atitude de respeitar a liberdade dos usuários; conhecimento e habilidade para trabalhar com a redução de danos; entre outros.

Por perfil profissional, pode-se considerar as características dos(as) trabalhadores(as) como idade, sexo, cor/etnia, nível de escolaridade, tempo de experiência, como também as habilidades e competências para o trabalho, entre outros. Todavia, compreende-se que a maior parte das falas dos entrevistados(as) está relacionada às habilidades e competências dos trabalhadores ou agentes implementadores da função pública, à luz de valores e referenciais que dialoguem com as diretrizes e princípios do Consultório na Rua e do Sistema Único de Saúde. Ou seja, destacam o atendimento às necessidades

de saúde, de forma equânime e integral, lançando mão principalmente do cuidado em saúde sobre o prisma da redução de danos.

Dessa forma, é possível afirmar que o perfil dos implementadores para a função pública, também diz respeito à variável cognitiva que impacta substancialmente na implementação do Programa. Desse modo, a Educação no trabalho em saúde, entendida enquanto integrante da Política Nacional de Educação em saúde, pode propiciar os espaços para ajustes da função pública dos implementadores.

Dada à necessidade de uma conformidade, que preserva uma estabilidade da função pública, além de habilidades e competências para trabalhar com a PSR, acredita-se ser essa uma responsabilidade do Estado em formar esse padrão. Em outras palavras, foi deslocado o personalismo da ideia de perfil, por afirmar que é através da educação do trabalho em saúde e pela garantia do funcionalismo público que se irá assegurar e formar essa aptidão.

A preocupação dos sujeitos quanto ao perfil dos(as) trabalhadores(as) e a necessidade de maior consistência na normatização da operacionalidade do Programa, faz sentido quando entende-se que a discricionariedade é exercida a partir desses elementos e dentre outros que se pode elencar como influentes no processo decisório dos implementadores como: as regras da categoria profissional e as expectativas dos usuários.

Na medida em que interagem com as situações reais, diariamente os burocratas ou agentes envolvidos no processo de implementação lidam com conflitos entre o que era previsto e o que o contexto traz de atual e lhes exigem soluções novas e adaptadas. Essas soluções, na prática, conformam o que a política de fato é: a somatória das pequenas decisões tomadas pelos vários agentes envolvidos na implementação. Dessa forma, afirma-se que “são os burocratas de nível de rua que de fato fazem as políticas públicas na prática” (Lotta, 2019, p. 32).

Por isso concorda-se com a autora quanto à necessidade de se avançar em novas pesquisas que se dediquem a estudar o perfil e a prática cotidiana dos implementadores dos programas e políticas, assim como o processo de normatização que direcionem para a implementação. Com objetivo de substanciar a análise dos fatores que influenciam o exercício da discricionariedade de forma includente e não excludente na implementação das políticas sociais (Lotta, 2019).

A Prática Intersectorial na Implementação

Em relação à variável da prática intersetorial no processo de implementação, os(as) entrevistados(as), assim como os estudos revisados sobre o CnaR apontam os impasses da articulação intersetorial (Borysow, 2018; Ferreira; Rozendo; Melo, 2016; Freitas, 2017; Jorge; Webster, 2012; Pacheco, 2015; Simões *et al.*, 2017) que interferem no processo de implementação do Programa, especificamente na relação entre a Política de Saúde e a Política de Assistência Social.

De acordo com Pereira (2014) a intersetorialidade é um termo polissêmico e dotado de várias possibilidades de aplicação. Em linhas gerais, além de princípio guia, a intersetorialidade também é considerada como uma nova lógica de gestão e uma estratégia política de articulação entre setores da política social. Para tanto, apesar do termo “setor” se constituir enquanto um ponto pacífico conceitual quando trata-se das políticas sociais, para a autora este termo não corresponde à realidade, pois seu uso faz se restringir a um arranjo técnico ou burocrático criado para promover a gestão das demandas e dos conflitos que se processam no universo das políticas sociais. Ao contrário de um arranjo técnico, estratégico ou prática gerencial, a intersetorialidade é um processo eminentemente político.

Compreender enquanto processo político pressupõem a realização de um movimento de ruptura com o paradigma da fragmentação do conhecimento, dos saberes, dos direitos e das políticas sociais. Por isso a concepção de intersetorialidade vincula-se a discussão da interdisciplinaridade.

Para Monnerat e Souza (2014, p. 51), assim como no Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) também apresenta a intersetorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos e operacionalização das políticas. Entretanto, o que se observa é que, embora a necessidade de concertação intersetorial esteja fortemente presente no discurso e nos programas governamentais, o que existe, de fato, é um enorme hiato entre “a intenção e o gesto” neste contexto. Tal *gap* pode ser explicado pela tradição fragmentada que sempre presidiu a intervenção do Estado brasileiro no campo social, ensejada pela persistência histórica dos mecanismos patrimonialistas e corporativistas que atravessam as relações entre o Estado e sociedade no país.

Para as autoras, apesar de ter uma grande produção bibliográfica e acúmulo de reflexões sobre a intersetorialidade no campo da saúde coletiva mediado pelo conceito ampliado de saúde, a hegemonia do paradigma biológico tem dificultado a “percepção de insuficiência das ações de saúde frente aos agravos presentes e o seu corolário que seria a busca de parcerias intersetoriais” (Monnerat; Souza, 2014, p. 44). Por isso, a prática intersetorial requer um enorme esforço político de negociação de interesses e

objetivos, considerando a imprescindível articulação entre as políticas e suas bases em diferentes saberes e práticas.

A partir da pesquisa documental e empírica, os impasses da articulação intersetorial estariam relacionados a alguns fatores como: a falta de serviços componentes da RAPS e de serviços de atendimento específico à PSR da Política de Assistência Social; a falta de fluxos e protocolos pactuados entre os serviços que atendam as especificidades da PSR; e a disputa de interesses entre as políticas.

De acordo com a liderança do MNPR a falta de serviços é um problema gerado pela ausência de planejamento da gestão, que não reconhece e não tem atendido as necessidades do CnaR:

Eu acho que a maior dificuldade hoje é que a gente não tem espaço pra tá recebendo a galera que é atendida pelo Consultório na Rua, certo? [...] A gente não tem uma casa de acolhimento direcionada para a população de rua dentro da área da saúde. Tipo, “ah, mas a gente tem os hospitais”. Tá legal, mas ele recebe... tipo ele recebe alta e ele precisa ter cuidados. E muitas vezes ele vai pra marquise. Ou então muitas vezes ele vai pras casas de acolhimento da assistência social e essas casas não têm condições nenhuma de tá recebendo essa pessoa. Então, o que dificulta é a própria linguagem entre as outras secretarias, as outras redes. O que dificulta é a forma de o gestor ver esse programa (Liderança do MNPR).

Conforme identificado tanto na fala dos sujeitos como na pesquisa documental, o número de serviços componentes da RAPS implementados nos municípios é insuficiente. Somado a isso, a liderança também aponta as dificuldades de acolhimento nas instituições da assistência social. Destarte, isso tem sido um grande problema enfrentado pelas equipes de CnaR no acompanhamento da PSR.

As dificuldades no trabalho intersetorial com a Política de Assistência Social também são destacadas pelos sujeitos entrevistados, seja pela falta de serviços, a exemplo do Centro de referência especializado para população em situação de rua (Centro Pop), assim como a falta de fluxos e protocolos, de interesses comuns entre os serviços.

Nas entrevistas com os(as) coordenadores(as) também é possível identificar algumas dificuldades com o trabalho intersetorial na saúde e principalmente com as Unidades Básicas de Saúde. Esses impasses estariam relacionados à desresponsabilização dos implementadores da política de atenção básica para a garantia do acolhimento da PSR:

[...] embora os coordenadores saibam que essa pessoa deve ser acolhida no Centro de Saúde que tiver mais próximo de si, isso na prática, nem sempre ocorre. [...] às vezes até o profissional que faz o acolhimento na porta, tenta dar um jeito de não se envolver com esse paciente (Coordenador município 04).

Esse trecho da entrevista reafirma os impasses relacionados à ausência de protocolos e ao estigma enfrentado pela População em Situação de Rua (PSR), oferecendo elementos adicionais para a análise da importância de estratégias que devem compor o processo de articulação do cuidado em saúde compartilhado, como a educação permanente dos(as) trabalhadores(as) das unidades. Isso porque, ainda que os(as) coordenadores(as) estejam cientes da responsabilidade em garantir o acolhimento, são os(as) trabalhadores(as) da linha de frente que efetivamente irão colocá-lo em prática, ou não, no cotidiano dos serviços.

De acordo com Duarte (2014), no campo da construção do cuidado intersetorial da saúde da PSR e em específicos daqueles que fazem uso de substâncias psicoativas, agrega-se um forte componente moralista e estigmatizante, na forma de repressão e culpabilização dos usuários.

Esses dados reafirmam a influência da variável cognitiva no processo de implementação das políticas, operando como mediadora entre as intenções formuladas no plano e sua apropriação nos contextos locais. As diferentes interpretações por parte dos implementadores de uma mesma política podem gerar conflitos e embates durante o processo decisório (Lima; D'Ascenzi, 2013), impactando diretamente no atendimento aos(às) usuários(as) dessas políticas.

Em relação a falta de fluxos e protocolos, de acordo com um dos entrevistados, pode estar relacionada à falta de visibilidade do Programa pela gestão municipal e faz com que o campo das disputas seja ainda mais acirrado.

Tudo que se consegue aqui dentro é brigado e não tem fluxo na verdade, bem definido. As pessoas aqui se impõem e dizem "isso o consultório faz, e isso o consultório não faz" (Coordenador município 04).

Essas disputas também são apontadas por outra coordenadora quando fala sobre o trabalho intersetorial. De acordo com a entrevistada é sempre necessário explicar e reafirmar quais são os objetivos do CnaR. Principalmente, quando há perspectivas higienistas nos processos de trabalho.

[...] essa questão de trabalhar com a rede sempre foi bem difícil. Ainda é difícil. A gente tenta explicar qual é o nosso trabalho, sabe, mas é difícil de entenderem assim, de compreender qual é o nosso trabalho, que não é tirar eles da rua, a gente respeita a opção deles que é, e trabalha com eles no espaço da rua (Coordenadora município 02).

Esses impasses da prática intersetorial gerados pela incompatibilidade interpretativa no cuidado em saúde da PSR, compõem um dos elementos que tem sustentado a exclusividade do atendimento da PSR pela CnaR.

Por isso é preciso considerar que as estratégias do processo de trabalho em saúde devam disputar esse campo de paradigmas e modelos assistenciais, e que a prática intersetorial não dependa somente de trabalhadores que tenham um perfil para trabalhar neste campo ou um programa exclusivo para isso. A prática intersetorial exige um esforço político da gestão para o enfretamento e negociações entre as políticas. Deste modo, a educação permanente em saúde é um dos grandes aliados para o rompimento desses paradigmas.

No entanto, esse é um processo contínuo, contraditório e dialético, pois ao mesmo tempo em que a intersetorialidade coloca em análise as práticas já existentes, os implementadores encontram elementos de incompatibilidade e de disputas das vertentes interpretativas do cuidado em saúde que necessitam ser superadas.

De acordo com Brasil (2012), a intersetorialidade é uma diretriz essencial na construção do projeto terapêutico singular (PTS) da PSR, pois este deve ser gestado frequentemente por meio da interlocução entre os serviços de saúde mental e serviços da política de assistência social. Compreendendo a atenção básica enquanto gestor do PTS e da linha de cuidado, define-se que ela é responsável pelo cuidado, e, portanto, deverá acompanhar o usuário, garantindo-lhe o acesso aos outros níveis de assistência.

A intersetorialidade é um dos eixos estruturantes da Política Nacional da População de Rua (PNPRS) que por meio da interlocução das políticas públicas busca estruturar uma rede de proteção a PSR. O Comitê Intersetorial da População em Situação de Rua (CIAMP) além de monitorar e avaliar a PNPRS tem o objetivo de propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas para o atendimento da população em situação de rua.

Para Yazbek (2014) a ação integrada e em rede compõem um novo paradigma para atuação do Estado em conjunto com setores organizados da sociedade civil. Mas para constituir a rede e as ações integradas é preciso um pacto político entre gestores, coordenadores, técnicos e usuários da política em sintonia com a realidade local.

O CnaR foi pensado para potencializar a territorialização do cuidado em saúde (Borysow, 2018), de forma que sua operacionalização se desenvolve com a presença dos trabalhadores no território, indo ao encontro daquela população que apresenta dificuldades no acesso, seja pelo distanciamento dos serviços, seja pela precariedade das condições de vida, entre outros determinantes. Entendendo que o cuidado deve ser

centrado no território concreto de vida dos sujeitos (Macerata, 2015), destaca-se aqui a confluência dos paradigmas e estratégias da Redução de danos, Atenção Básica e da Saúde Mental na implementação do CnaR. Nesse sentido a centralidade no território busca superar modelos técnico-assistenciais estáticos que divergem dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, filiadas à desinstitucionalização (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001) e na constituição de uma rede de assistência por meio de um modelo de atenção aberto e de base comunitária, reconhecendo as particularidades do território, autonomia dos usuários e seus modos de vida.

Posto isto, foram elencados alguns desafios na constituição do cuidado da PSR em sua integralidade como: o reconhecimento das Unidades Básicas de Saúde na prática efetiva da responsabilização do acolhimento da PSR; a garantia da constituição da Rede de atenção à saúde e da RAPS por meio da implantação dos componentes assistenciais nos municípios de acordo com as necessidades locais; promover a sensibilização e capacitação dos(as) trabalhadores(as) de saúde para o atendimento da PSR; e a criação de colegiados com a participação de diversos agentes que pactuem diretrizes convergentes com o cuidado em saúde e centralidade do território. Ou seja, é preciso engendrar espaços democráticos para tencionar o Estado no processo de construção e consolidação da intersectorialidade, a partir de novos desenhos gerenciais com base em um novo paradigma de modelagem da gestão pública

Efeitos e Resultados da Implementação

A última variável a ser destacada na análise dos casos, são os efeitos e resultados apontados pelos entrevistados, na implementação do programa. De acordo com os dados, para os(as) coordenadores(as) os principais efeitos são identificados por meio do: estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários; da busca espontânea realizada pelo usuário ao CnaR; o acompanhamento longitudinal dos usuários realizado pelas equipes, destacando a prática de redução de danos adquirida pelo usuário ao longo do acompanhamento de saúde, e a retomada dos laços familiares e comunitários; a constituição de ofertas mais equânimes nos serviços de saúde, por meio da pactuação de fluxos e a articulação com a rede de serviços intersectoriais no município.

Vale considerar que esses efeitos possuem determinantes que correspondem ao contexto local, assim como o tempo de implementação correspondente de cada progra-

ma nos municípios. Dentre eles foram identificadas equipes com maior e menor tempo de trabalho no programa; a experiência de trabalho das equipes em outros serviços da rede de atenção à saúde, que pode possibilitar ampla articulação do trabalho setorial; e o número de serviços componentes da RAPS no território.

Pode-se considerar que essas percepções dos(as) coordenadores(as) sobre os resultados convergem com a fala da Liderança do MNPR, ao destacar a redução de danos como uma linguagem recíproca entre os usuários e equipes de saúde. Além disso, resalta-se que o afeto e a construção de vínculo com a equipe também contribuem para a redução de danos e para ampliação das condições de vida dessas pessoas:

Eu sou resultado, tá ligado? Minha companheira é resultado do cuidado do profissional do Consultório na Rua. Amigos meus que quase morreram são resultado hoje de acompanhamento desse programa. Eu sou resultado, porque também o Consultório na Rua ele também faz uma linguagem nossa aqui. Pelo menos, a equipe de ### também trabalha na própria linha da redução de danos, que é isso que é o grande diferencial do Consultório na Rua (Liderança MNPR).

Dessa forma, foi considerado que esses dados e principalmente esta fala da liderança transparece que os efeitos da implementação à luz da Redução de danos têm implicado positivamente no aumento das condições de vida da PSR e gerado efeitos na redução das iniquidades em saúde.

Em relação às particularidades locais apresentadas pelos casos estão: a existência da Escola de formação de redutores de danos no município; a estrutura de banho/higiene pessoal na unidade de CnaR para os usuários; o estabelecimento de Programa de redução de danos no município, que incluem agentes redutores de danos nas equipes da atenção básica; o coordenador do CnaR que acumula a coordenação da equipe da UBS no qual o CnaR está alocado; o profissional médico do CnaR que é financiado pelo município; e somente um dos municípios afirmou realizar o monitoramento e avaliação da implementação do programa, dentre outras particularidades e fatores adaptativos. Dessa forma sabe-se que o processo de implementação não foi homogêneo, apresentando situações diversificadas e mesmo única em alguns casos.

Compreende-se que algumas dessas particularidades identificadas são medidas de adaptações promovidas ao desenho original do programa, pois os implementadores encontram limites institucionais do município, principalmente em relação à falta de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, para com o objetivo de proporcionar atendimento às necessidades básicas da PSR no município.

Considerações finais

Este presente artigo, por meio do estudo qualitativo de casos múltiplos, buscou apresentar diversas reflexões a respeito do processo de implementação do CnaR e os desafios postos para garantia do atendimento das necessidades em saúde da PSR.

A partir dos casos estudados se constatou alguns fatores das variáveis intervenientes e variáveis cognitivas, que interferem no processo de implementação: os referenciais e princípios adotados; a prática intersetorial e os efeitos da implementação.

Os referenciais e os princípios adotados para implementação citados pelos(as) entrevistados(as) condizem com as diretrizes do programa. E no entendimento de grande parte dos sujeitos, para trabalhar com a PSR é preciso ter perfil, o que correspondem às habilidades e capacidades específicas para tal. Considerando que o exercício da discricionariedade e a variável cognitiva estão presentes na análise do processo de implementação, compreendeu-se que é responsabilidade do Estado garantir a estabilidade da função pública destes trabalhadores e a formação do perfil, voltado ao atendimento das necessidades de saúde da PSR, de forma equânime e integral, lançando mão, principalmente, do cuidado em saúde sobre o prisma da redução de danos.

Já a prática intersetorial foi destacada pelos impasses gerados da incompatibilidade interpretativa entre as políticas no cuidado em saúde da PSR. Compreendida enquanto um processo eminentemente político, a intersetorialidade pressupõe um enorme esforço político de negociação de interesses e objetivos, considerando imprescindível a articulação entre as políticas e suas bases em diferentes saberes e práticas. Dessa forma, os desafios dessa pactuação, de acordo com os resultados, estão relacionados: a criação de colegiados que pactuem o cuidado em saúde no território; que as Unidades Básicas de Saúde se responsabilizem efetivamente pelo acolhimento da PSR; que os municípios garantam a constituição da RAS e da RAPS por meio da implantação dos componentes assistenciais nos territórios de acordo com as necessidades locais, além de garantir a capacitação permanente dos trabalhadores de saúde para o atendimento da PSR.

No que diz respeito aos efeitos e resultados do processo de implementação, não houve homogeneidade, sendo identificadas situações diversas e, em alguns casos, singulares. No entanto, pode-se afirmar que, de modo geral, há elementos comuns entre os resultados, os quais estão de acordo com o objetivo principal do Programa, de garantir o acesso da PSR à rede de atendimento do SUS e à promoção da equidade. Nesse sentido, os efeitos identificados revelam aspectos condicionados ao desempenho e à suficiência

dos sistemas logísticos e operacionais, bem como a gestão do processo de trabalho na implementação do Programa que visa assegurar o cumprimento dos seus objetivos.

Portanto, compreende-se que a falta de financiamento é um dos fatores que interferem na materialização desses processos. No entanto, de forma contraditória, a escassez de financiamento tem sido justificada pela exclusividade do atendimento em saúde à PSR atribuída ao CnaR, o que não condiz com as diretrizes do Programa nem com a Política Nacional de Saúde.

Essa exclusividade também tem sido sustentada pelo processo de estigma enfrentado pela PSR, pelo preconceito e pela falta de habilidade apresentada pelos(as) trabalhadores(as) da rede de saúde para com a PSR, assim como pela disputa de racionalidade técnicas no campo da saúde, com predomínio do modelo médico hegemônico e práticas tradicionais. Fatores que geram impasses da prática intersetorial pela incompatibilidade interpretativa no cuidado em saúde da PSR.

A pesquisa ressalta que além do processo de implementação configurar-se como um campo de incertezas e um momento do processo das políticas públicas, que demanda constantes tomadas de decisões, a inconsistência na formulação operacional do programa CnaR (Castanho Duarte; Lanza, 2024), também é um elemento que tem interferido na compreensão dos objetivos e recursos necessários a sua implementação, o que tem tornado a implementação do programa nos municípios de forma múltipla e por vezes conflituosa.

Conflituosa principalmente no que diz respeito à prática intersetorial, pois de acordo com os resultados, os trabalhadores do CnaR precisam constantemente reafirmar seus objetivos e persistirem na construção do cuidado compartilhado junto ao território. Assim como múltipla porque nos diferentes contextos locais, os CnaR apresentam medidas adaptativas ao encontrarem limites nas condições institucionais dos municípios, que deveria proporcionar atendimento às necessidades básicas da PSR. Deste modo, destaca-se, ainda, a importância de investimentos em processos de monitoramento e avaliação, essenciais para o desenvolvimento da implementação de políticas e programas.

Referências

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE: PUC, 2001. p. 43-56.

BORYSOW, I. C. *O Consultório na rua e a atenção básica à população em situação de rua*. 2018. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2022]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manualcuidado_populacao_ua.pdf/view. Acesso em: 5 maio 2024.

BRASIL. *Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021*. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html. Acesso em: 15 maio 2024.

BRASIL. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 15 maio 2024.

BRASIL. *Portarias de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comparquivo1.html. Acesso em: 22 maio 2024.

CASTANHO DUARTE, A. H.; LANZA, L. M. B. Avaliação da implementação do consultório na rua: uma proposta metodológica. *Argumentum*, Vitória, v. 16, n. 1, p. 218–233, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v16i1.42042>.

DIAS, A. L. F. (org.). *Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil: relatório técnico-científico*. Belo Horizonte, MG: Marginália Comunicação, 2021. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2024.

DUARTE, M. J. O. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: Intersetorialidade e direitos humanos. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (org.). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 187-201.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. v. 32, n. 8, p. 1-10, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFvxKMVvyktRShXZrDHH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 de abril de 2024.

FREITAS, R. S. *A política de saúde para população em situação de rua: o consultório na rua de Curitiba-PR*. 2017. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *O índice de desenvolvimento humano municipal Brasileiro*. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2013. (Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

JORGE, J. S.; WEBSTER, C. M. C. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100007. Acesso em: 20 abr. 2024.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: LOTTA, Gabriela (org.). *Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil*. Brasília: Enap, 2019. p. 11-38.

MACERATA, I. M. *Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

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

MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E. T. Competências para o trabalho no consultório na rua. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hDcrqcvZWMJvhZ58QsQtVf/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA N. L. T.; SOUZA, R. G. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Ed. Papel Social, 2014. p. 21-39.

PACHECO, J. *População em situação de rua tem sede de quê?: relato da implantação do consultório na rua da cidade de Joinville*. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PEREIRA, P. A. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA N. L. T.; SOUZA, R. G. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*, 2014. p. 21-40.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-60.

SILVA; M. O. S. *Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos*. São Paulo: Veras Editora, 2013.

SIMÕES, T. R. B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, P. G. G. Missão e efetividade dos consultórios na rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CFjz3vV4qw65XMSjXMQYK5F/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2024.

YAZBEK, M. C. Sistema de proteção social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (org.). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 77-103.

YIN, R. K. *Estudo de caso, planejamento e métodos*. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

Notas

- 1 É importante considerar que a Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021 (Brasil, 2021), que atualiza algumas diretrizes de funcionamento para as equipes foi publicada depois da coleta de dados da presente pesquisa, por isso essa Portaria não fez parte das referências utilizadas neste estudo.

- 2 De acordo com as Portarias de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017) e Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011), a Modalidade I deve ser formada, minimamente, por 4 profissionais, 2 destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. A modalidade II minimamente por 6 profissionais, dentre os quais 3 destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. Os demais poderão ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. E a modalidade III acrescida de um profissional médico.

Recebido em: 05/11/2024

Aprovado em: 18/06/2025