

Implantación de la clínica de calle: estudio de casos múltiples en el sur del país

Afrannia Hemanuely Castanho Duarte*

Liria Maria Bettiol Lanza**

RESUMEN:

Este estudio tiene como objetivo analizar la implementación del Programa de Consultorios de Calle en el Sur del país. Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo de casos múltiples. La recolección de datos incluyó investigación documental y entrevistas con cuatro coordinadores del programa y un representante del Movimiento Nacional de Personas en Situación de Calle. Se seleccionaron cuatro equipos de diferentes modalidades y estados para representar la diversidad regional. Los resultados se analizaron en torno a tres ejes temáticos: las referencias y principios adoptados para la implementación, la práctica intersectorial y los efectos de la implementación. El estudio señala que la implementación del Programa se enfrenta a retos relacionados con la financiación, el estigma al que se enfrenta la población sin hogar y las limitaciones a nivel municipal. La investigación destaca la importancia de mejorar los procesos de seguimiento y evaluación para garantizar la eficacia del Programa y promover la equidad en la atención a la población sin hogar.

Palabras clave: clínica de calle; análisis de implementación; intersectorialidad; efectos de la implementación.

* 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: afrannia@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.

Introducción

El estudio del proceso de las políticas públicas, según Silva (2013), se identifica por una serie de actividades procedimentales en el sistema político, a las que denomina "Movimientos del proceso de las políticas públicas", en las que destaca las siguientes etapas: a) Constitución del problema y de la agenda de gobierno; b) Formulación de alternativas de política; c) Adopción de la política y d) Implementación o ejecución de los programas sociales. Es en la etapa de implementación que el programa se materializa, "es la fase de ejecución de los servicios para cumplir con los objetivos y metas preestablecidos, con el fin de obtener los resultados previstos" (Silva, 2013, p. 26). Según el autor, estos movimientos no son lineales, pueden desarrollarse al mismo tiempo, de forma independiente o combinada.

Se entiende por implementación la realización de un conjunto de acciones que cuentan con medios y recursos, involucrados en constantes procesos de toma de decisiones entre agentes y organizaciones, a partir de la apropiación de normativas y elementos que componen la localidad, para llevar a cabo un programa.

La implementación y configuración del Consultorio de Calle (CnaR), según el Ministerio de Salud (Brasil, 2012), debe estar en consonancia con las directrices y fundamentos de la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) y la lógica de la Red de Atención

Psicosocial (RAPS), con la estrategia de Reducción de Daños como propuesta transversal para todas las acciones realizadas por el equipo. Como parte de la RAPS y desarrollando acciones de atención primaria, el programa pretende garantizar el acceso de la población sin hogar a la red de atención del Sistema Único de Salud (SUS) y promover la equidad. Debe ser preferentemente la puerta de entrada para esta población y dar solución a sus necesidades sanitarias. Esto significa que el equipo multiprofesional, entendido aquí como específico y no especializado, debe coordinar la atención a las personas sin hogar *in situ*, trabajando en colaboración con la red de salud del territorio, favoreciendo la atención integral y longitudinal. Partiendo de este contexto, este artículo pretende analizar la implementación de Programa Clínica de Calle en la región sur del país, a partir de una investigación realizada en 2021 y 2022.¹

Según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES, 2022), los estados de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul habían implementado 21 equipos de CnaR en 16 municipios de la región durante el período de recolección de datos. La fuente de datos para el estudio de caso fue recolectada a través de entrevistas con los coordinadores y un dirigente del Movimiento Nacional de Personas de la Calle (MNPR) y a través de investigación documental con los Planes Municipales de Salud vigentes en el momento de la recolección de datos, que corresponden a los últimos cuatrienios entre 2018 y 2021 en estos municipios. Para las entrevistas con los coordinadores, se seleccionaron cuatro CNTR, correspondientes a casos múltiples, con base en los siguientes criterios acumulativos: representar a un equipo de cada modalidad² (I, II y III); seguido de los CNTR que llevaban más tiempo implementados; los coordinadores que llevaban más tiempo en los equipos; y un equipo de cada estado.

Los casos múltiples corresponden a municipios medianos y grandes, tres de los cuales, o sea la mayoría, se clasifican como medianos, aquellos con una población estimada entre 100.000 y 500.000 habitantes, y uno de los cuales se clasifica como grande, aquel con una población superior a 500.000 habitantes. En cuanto al Índice de Desarrollo Humano (IDH), estos municipios se clasificaron en los rangos de IDH alto (0,700 a 0,799) y muy alto (0,800 y más). Esto concuerda con la realidad de la región sur del país, que tiene un alto índice de municipios clasificados en niveles altos de IDH (IPEA, 2013). En cuanto al índice de Gini, la mayoría de los municipios presenta valores entre 0,54 y 0,55, y sólo uno tiene un valor de 0,57.

A pesar del alto índice de IDH y del valor relativo del índice de Gini en estos municipios, es necesario considerar la persistencia de desigualdades e inequidades en salud, con un aumento significativo de la PIH en las ciudades. Según Dias (2021), de la PIH re-

gistrada en el Registro Único del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), el 14,30% se concentra en el Sur, siendo el estado de Paraná el que tiene el mayor número absoluto de PIH de la región, 9.550, que corresponde al 41,73%. Otro dato es que el 88,22% de la PIH de la región vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

Otra cuestión importante a considerar es que a pesar de que la mayoría de la población se declara blanca en estos municipios, la mayoría de los pobres en las encuestas y censos se declaran negros y pardos, otro indicador importante para analizar las desigualdades sociales y raciales. Estos datos presentan una contradicción en la realidad, que justifica cada vez más la necesidad urgente de visibilizar a estos grupos que viven en situación de privación social y las políticas para enfrentar estas desigualdades.

En cuanto a la metodología de estudio de caso o multicaso, esta investigación pretende contribuir al conocimiento de un fenómeno único y actual en su contexto de realidad - la implementación del Programa CnaR en municipios seleccionados de la región Sur - a partir de la selección de cuatro CnaR que abarcan diferentes estados y diferentes modalidades de equipo, con el objetivo de identificar elementos comunes, similitudes y particularidades entre los casos. El objetivo era conocer cómo se implementa el Programa en los municipios y la influencia de estos elementos contextuales y locales en la implementación. Según Yin (2001, p. 32), un estudio de caso es un estudio empírico que “investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos”.

La información se recogió mediante un guión de entrevista semiestructurada y se exploró a partir del grupo de variables intervinientes y variables cognitivas, considerando los factores que interfieren en el proceso de implantación. Los resultados se analizaron a partir de tres ejes temáticos: las referencias y principios adoptados para la implementación; los desafíos enfrentados en la práctica intersectorial; y, por último, un análisis de los efectos de la implementación según la percepción de los sujetos.

Reflexiones sobre la implementación de la Clínica de Calle: un estudio basado en los municipios de la región Sur

Uno de los principales documentos oficiales de referencia para la implementación del CnaR es el “Manual de Atención a la Salud con el PSR” (Brasil, 2012). Para Machado y Rabello (2021, p. 63), son innumerables las expectativas puestas en los equipos en este Manual, sin embargo, “por ser difusas en su presentación, no se señalan formas concretas para que los equipos de CnaR operen su proceso de trabajo”.

El estudio de Castanho Duarte y Lanza (2024) señala que existe incoherencia operativa para el proceso de implementación del Programa en los documentos oficiales, en los que los municipios no encuentran respaldo legal para los ajustes locales. Esta inconsistencia también representa una amenaza para el Programa, a través del debilitamiento de los mecanismos de gestión pública y del proceso de precarización de los servicios. Los resultados reafirman la formación de un patrón híbrido de gestión pública que puede aplicar estrategias no alineadas con las directrices del SUS, pero vinculadas a la reforma del Estado y a la tercerización de servicios.

En vista de ello, analizar la implementación no es tarea fácil, dado el carácter cambiante e incierto de la estructura, ya sea por la formación del Estado democrático brasileño, la reforma del Estado, la dinámica del contexto local o la falta de elementos identificados en la formulación del programa, entre otros factores. Al determinar los desafíos encontrados en la implementación de las políticas públicas, estas cuestiones también deberían formar parte del análisis de la implementación de los programas.

Aunque no hay consenso en la literatura sobre la comprensión de la implementación de políticas y programas, según Lotta (2019) la acumulación de estudios sobre el tema ha establecido algunos supuestos fundamentales para analizar la implementación, que se enumeran a continuación: a) la formulación y la implementación no son etapas diferentes entre los que deciden y los que ejecutan, son procesos continuos de toma de decisiones que involucran a diferentes agentes y estratos decisorios; b) los procesos de toma de decisiones implican negociaciones y consensos en las diferentes formas de coordinación y sus agentes; c) el proceso de implementación es interactivo e involucra a diferentes agentes estatales y no estatales en los procesos de toma de decisiones; d) el plan formulado y sus reglas no determinan realmente la materialización de la política, ya que existen influencias técnicas y políticas de otros factores organizativos y características de los agentes involucrados.

Desde esta perspectiva, Arretche (2001) considera que el proceso de implementación es un campo de incertidumbre y un momento del proceso de las políticas públicas que requiere una constante toma de decisiones, lo que lleva al rediseño del programa o incluso de las directrices. Por eso, la evaluación y el análisis apropiados para el campo de la implementación deben ir más allá de la concepción ingenua basada en el fracaso o el éxito del programa. El uso de una metodología adecuada debe centrarse en los factores que distancian los objetivos y el diseño del programa, con el objetivo de comprender cómo funciona realmente la política. En este sentido, existen dos tipos de agentes: los responsables de formular el programa y los responsables de aplicarlo.

[...] deben tener en cuenta que los ejecutores son los que hacen la política, y la hacen según sus propias referencias. En estas circunstancias, es importante investigar la autonomía de decisión de los ejecutores, sus condiciones de trabajo y sus disposiciones en relación con la política evaluada (Arretche, 2001, p. 54).

En este sentido, se considera que observar los procesos de toma de decisiones y sus condiciones y disposiciones es una de las principales tareas en el proceso de análisis y evaluación, buscando investigar y comprender la implementación más allá de su constitución normativa, sino más bien cómo funciona realmente la política. A partir de esta introducción, el texto se estructurará en torno a los tres ejes de análisis explicados anteriormente.

Puntos de referencia y principios adoptados para la aplicación

En este estudio, los puntos de referencia y principios adoptados para la implementación, citados con mayor frecuencia por los entrevistados, fueron: reducción de daños; respeto; tolerancia; trabajo en red y diálogo entre políticas. Aunque menos prevalentes, otros componentes también fueron mencionados: el respeto a la autonomía del usuario en el proceso de atención a la salud y la búsqueda por identificar y satisfacer las necesidades de salud.

Para la dirección del MNPR, pocas personas tienen el perfil para trabajar con el PSR, pues son trabajadores que no deben actuar desde la perspectiva de cobrar por el tratamiento de salud, sino entender que las combinaciones trazadas entre equipo y usuario serán constantemente recombinadas:

Estoy muy a favor de los funcionarios y del servicio público, ¿no? Pero creo que funcionarios con perfiles, ¿sabes? Porque no tiene sentido ser funcionario y violentar a la gente dentro de los espacios [...] Creo que lo principal es escuchar, escuchar (Liderazgo del MNPR).

Según la Constitución Federal de 1988 (Brasil, 1988), servidor público es la persona física que presta servicios públicos, en relación laboral, a la administración pública directa, a los entes locales y a las fundaciones públicas. El concepto de servidor público, por otro lado, en la literatura es una expresión más amplia utilizada para designar a cualquier persona que presta un servicio público, que desempeña una función pública, sea o no funcionario público, remunerado o no, temporal o no.

De esta forma, la defensa de los servidores públicos que trabajan en el CnaR es señalada por la dirección del MNPR al mismo tiempo que señala la necesidad de un “perfil” del trabajador capaz de atender las particularidades de estos usuarios.

Según Lotta (2019), para analizar la implementación de políticas públicas es necesario incluir la participación de los agentes implementadores, también identificados como burócratas de calle. Este análisis permite comprender la implementación más allá de las decisiones tomadas por los responsables políticos. Por esta razón, el autor aconseja que el análisis contemple el ejercicio de la discrecionalidad, las diversas interacciones, valores y referencias que existen en esta interacción entre los diferentes agentes.

Lima y D’Ascenzi (2013) incluyen en este análisis la variable cognitiva, que se refiere a la concepción del mundo de los ejecutores, sus propios intereses e intenciones que influyen en sus acciones. Para este autor, la variable cognitiva actúa como mediadora entre las intenciones contenidas en el plan y su apropiación en los espacios locales. De esta forma, la discrecionalidad en el proceso de implementación se ejerce a partir de la estructura normativa de la política, que incentiva determinados comportamientos, sistemas de ideas específicos, y del plan, que será interpretado y adaptado a la realidad local.

Según Machado y Rabello (2018), existen pocas referencias bibliográficas y documentos oficiales que indiquen directrices para la organización del trabajo del CnaR y para la formación de trabajadores para esta población. Por esta razón, uno de los objetivos del estudio presentado por la autora fue identificar los conocimientos, habilidades y actitudes utilizados por los trabajadores de los equipos de la Clínica de Calle, que la autora denominó “componentes de competencia”. A partir de los resultados, la autora identificó tres dimensiones que agrupan esos componentes: atención clínica, proceso de trabajo y trabajo en red. Estos componentes dialogan con los datos de este estudio, cuando los sujetos atribuyen al perfil del trabajador: la capacidad de escucha; la actitud de respeto a la libertad de los usuarios; el conocimiento y la habilidad para trabajar con reducción de daños; entre otros.

Por perfil profesional, podemos considerar características de los trabajadores como edad, género, color/etnia, nivel de escolaridad, tiempo de experiencia, así como habilidades y competencias para el trabajo, entre otras. Sin embargo, se entiende que la mayoría de las afirmaciones de los entrevistados están relacionadas con las habilidades y competencias de los trabajadores o agentes que implementan el servicio público, a la luz de valores y referencias que dialogan con las directrices y principios de la Clínica de Calle y del Sistema Único de Salud. Es decir, enfatizan la atención de las necesidades de

salud de forma equitativa e integral, utilizando la atención de salud principalmente desde la perspectiva de la reducción de daños.

De esta manera, se puede decir que el perfil de los ejecutores para la función pública también se refiere a la variable cognitiva que tiene un impacto sustancial en la ejecución del Programa. De esta forma, la educación para el trabajo en salud, entendida como parte de la Política Nacional de Educación en Salud, puede proporcionar espacios para que la función pública de los ejecutores sea ajustada.

Dada la necesidad de conformidad, que preserve la estabilidad de la función pública, así como las habilidades y competencias para trabajar con el HPP, se cree que es responsabilidad del Estado para formar esta norma. En otras palabras, se ha desplazado el personalismo de la idea de perfil al afirmar que es a través de la educación laboral sanitaria y la garantía de la función pública como se asegurará y formará esta aptitud.

Las preocupaciones de los sujetos sobre el perfil de los trabajadores y la necesidad de una mayor coherencia en la estandarización del funcionamiento del programa cobran sentido cuando entendemos que la discrecionalidad se ejerce a partir de estos elementos y de otros que pueden enumerarse como influyentes en el proceso de toma de decisiones de los ejecutores, tales como: las reglas de la categoría profesional y las expectativas de los usuarios.

En la medida en que interactúan con situaciones reales, los burócratas o agentes implicados en el proceso de aplicación se enfrentan a diario a conflictos entre lo que estaba previsto y lo que el contexto actual aporta, lo que les obliga a idear soluciones nuevas y adaptadas. Estas soluciones, en la práctica, conforman lo que realmente es la política: la suma de las pequeñas decisiones tomadas por los distintos agentes implicados en la aplicación. Así, se dice que “son los burócratas a pie de calle los que realmente hacen las políticas públicas en la práctica” (Lotta, 2019, p. 32).

Por ello, coincidimos con la autora en la necesidad de profundizar en el estudio del perfil y la práctica cotidiana de los ejecutores de programas y políticas, así como en el proceso de normalización que conduce a la implementación. Se trata de analizar los factores que influyen en el ejercicio de discrecionalidad de forma inclusiva y no excluyente en la implementación de las políticas sociales (Lotta, 2019).

Práctica intersectorial en la implementación

En relación con la variable de la práctica intersectorial en el proceso de implementación, los entrevistados, así como los estudios revisados sobre la CnaR, señalan los im-

passes de articulação intersectorial (Jorge; Webster, 2012; Pacheco, 2015; Simões *et al.*, 2017; Freitas, 2017; Ferreira, 2016; Borysow, 2018) que interferem en el proceso de implementación del

Programa, específicamente en la relación entre la Política de Salud y la Política de Asistencia Social.

Según Pereira (2014), la intersectorialidad es un término polisémico con varias aplicaciones posibles. En términos generales, además de ser un principio orientador, la intersectorialidad también es considerada una nueva lógica de gestión y una estrategia política de articulación de los sectores de la política social. Para ello, a pesar de que el término «sector» es un punto conceptual pacífico cuando se trata de políticas sociales, para el autor este término no corresponde a la realidad, ya que su uso se restringe a un arreglo técnico o burocrático creado para promover la gestión de las demandas y conflictos que tienen lugar en el universo de las políticas sociales. A diferencia de un arreglo técnico o estratégico o de una práctica de gestión, la intersectorialidad es un proceso eminentemente político.

Entenderla como un proceso político presupone la realización de una ruptura con el paradigma de la fragmentación de los saberes, conocimientos, derechos y políticas sociales. Por eso, el concepto de intersectorialidad está ligado a la discusión sobre la interdisciplinariedad.

Para Monnerat y Souza (2014, p. 51), así como en el Sistema Único de Salud (SUS), el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) también presenta la intersectorialidad como requisito fundamental para la garantía de los derechos y la operacionalización de las políticas.

Sin embargo, lo que se observa es que, aunque la necesidad de coordinación intersectorial esté fuertemente presente en el discurso y en los programas del gobierno, lo que realmente existe es una enorme brecha entre “la intención y el gesto” en este contexto. Esta *brecha* se explica por la tradición fragmentaria que siempre ha regido la intervención del Estado brasileño en el campo social, debido a la persistencia histórica de mecanismos patrimonialistas y corporativistas que permean las relaciones entre el Estado y la sociedad en el país.

Para los autores, a pesar de contar con una amplia literatura y una acumulación de reflexiones sobre la intersectorialidad en el campo de la salud pública mediada por el concepto ampliado de salud, la hegemonía del paradigma biologicista ha dificultado “la percepción de la insuficiencia de las acciones de salud frente a los problemas actuales y su corolario, que sería la búsqueda de alianzas intersectoriales” (Monnerat; Souza, 2014,

p. 44). Es por eso que la práctica intersectorial requiere un enorme esfuerzo político para negociar intereses y objetivos, considerando la articulación esencial entre las políticas y sus bases en diferentes tipos de conocimientos y prácticas.

A partir de la investigación documental y empírica, los impasses en la articulación intersectorial están relacionados con diversos factores como: la falta de servicios que componen la RAPS y servicios que atienden específicamente a la RPS en la Política de Asistencia Social; la falta de flujos y protocolos acordados entre los servicios que atienden a las especificidades de la RPS; y la disputa de intereses entre las políticas.

Según la dirección del MNPR, la falta de servicios es un problema causado por la falta de planificación de la dirección, que no reconoce ni satisface las necesidades de los RNC:

Creo que la mayor dificultad hoy es que no tenemos espacio para recibir a las personas que son atendidas por la Clínica de la Calle, ¿no? [...] No tenemos un albergue para la población de la calle dentro del área de salud. Como, “oh, pero tenemos hospitales”. Eso está bien, pero él está dado de alta y necesita ser atendido. Y a menudo va a la carpa. O a menudo va a los albergues de asistencia social y estos albergues no tienen ninguna condición para acoger a esta persona. Así que lo que dificulta las cosas es el lenguaje entre los otros departamentos, las otras redes. Lo que dificulta es la forma en que el gestor ve este programa (responsable del MNPR).

Según identificaron tanto los sujetos como la investigación documental, el número de servicios del componente RAPS implantados en los municipios es insuficiente. Además de esto, el dirigente también señala las dificultades de acogida en las instituciones de asistencia social. Este ha sido uno de los principales problemas a los que se han enfrentado los equipos de la CnaR en el seguimiento de la RAPS.

Las dificultades en el trabajo intersectorial con la Política de Asistencia Social también son destacadas por los entrevistados, sea por la falta de servicios, como el centro de referencia especializado para personas sin hogar (Centro Pop), sea por la falta de flujos y protocolos, o de intereses comunes entre los servicios.

En las entrevistas con los coordinadores, también fue posible identificar algunas dificultades con el trabajo intersectorial en salud y especialmente con las Unidades Básicas de Salud. Estos impases están relacionados con la falta de responsabilidad de los ejecutores de la política de atención primaria para garantizar la acogida de la SSR:

[...] aunque los coordinadores sepan que esa persona debe ser recibida en el Centro de Salud más próximo, eso no siempre ocurre en la práctica. [...] a veces incluso el profesional que los recibe en la puerta intenta buscar la forma de no involucrarse con el paciente (Coordinador municipal 04).

Este extracto de la entrevista reafirma los impasses relacionados a la falta de protocolos y al estigma enfrentado por la población en situación de calle, ofreciendo elementos adicionales para analizar la importancia de las estrategias que deben componer el proceso de articulación de la atención compartida en salud, como la educación permanente de los trabajadores de las unidades. Esto se debe a que, aunque los coordinadores sean conscientes de su responsabilidad de garantizar la acogida, son los trabajadores de primera línea los que realmente la pondrán en práctica, o no, en el día a día de los servicios.

Según Duarte (2014), existe un fuerte componente moralista y estigmatizante en la construcción de la atención intersectorial a la salud de las personas en situación de calle, y específicamente a los usuarios de sustancias psicoactivas, en la forma de represión y culpabilización de los usuarios.

Estos datos reafirman la influencia de la variable cognitiva en el proceso de implementación de la política, actuando como mediadora entre las intenciones formuladas en el plan y su apropiación en los contextos locales. Diferentes interpretaciones por parte de los ejecutores de una misma política pueden generar conflictos y enfrentamientos durante el proceso de toma de decisiones (Lima; D'Ascenzi, 2013), impactando directamente en la atención a los usuarios de estas políticas.

En relación con la falta de flujos y protocolos, según uno de los entrevistados, esto puede estar relacionado con la falta de visibilidad del Programa por parte de la gestión municipal y hace que el campo de disputas sea aún más feroz.

Aquí todo se pelea y no hay un flujo bien definido. Aquí la gente se impone y dice “esto es lo que hace la clínica y esto es lo que no hace la clínica” (Coordinador municipal 04).

Estas controversias también son señaladas por otra coordinadora cuando habla del trabajo intersectorial. Según ella, siempre es necesario explicar y reafirmar cuáles son los objetivos de la CnaR. Especialmente cuando hay perspectivas higienistas en los procesos de trabajo.

[...] esta cuestión del trabajo con la red siempre ha sido muy difícil. Sigue siendo difícil. Intentamos explicarles cuál es nuestro trabajo, ya sabes, pero es difícil que entiendan cuál es nuestro trabajo, que no es sacarlos de la calle, respetamos su elección, que es trabajar con ellos en la calle (Coordinador Municipal 02).

Esos impasses en la práctica intersectorial, generados por la incompatibilidad interpretativa en la atención a la salud de los sin techo, constituyen uno de los elementos que ha sostenido la exclusividad de la atención a los sin techo por parte de la CnaR.

Por eso, es necesario considerar que las estrategias del proceso de trabajo en salud deben disputar este campo de paradigmas y modelos de atención, y que la práctica intersectorial no depende apenas de trabajadores que tengan un perfil para trabajar en este campo o un programa exclusivo para ello. La práctica intersectorial requiere un esfuerzo político de la dirección para confrontar y negociar entre políticas. La educación sanitaria permanente es, por tanto, uno de los grandes aliados para romper estos paradigmas.

Sin embargo, se trata de un proceso continuo, contradictorio y dialéctico, pues al mismo tiempo que la intersectorialidad pone en cuestión las prácticas existentes, los ejecutores encuentran elementos de incompatibilidad y disputas entre aspectos interpretativos de la atención a la salud que necesitan ser superados.

De acuerdo con Brasil (2012), la intersectorialidad es una directriz esencial en la construcción del proyecto terapéutico singular (PTS) de la PSR, ya que muchas veces debe crearse a través del diálogo entre los servicios de salud mental y los servicios de políticas de asistencia social. Al entender la atención primaria como la gestora del PTS y la línea de atención, se define que es la responsable de la atención y, por tanto, debe acompañar al usuario, garantizando el acceso a otros niveles asistenciales.

La intersectorialidad es uno de los ejes estructurantes de la Política Nacional para Personas sin Hogar (PNPRS), que busca estructurar una red de protección a las personas sin hogar a través de la interlocución de políticas públicas. Además de acompañar y evaluar la PNPRS, el Comité Intersectorial para los Sin Techo (CIAMP) tiene como objetivo proponer medidas para garantizar la articulación intersectorial de las políticas públicas de atención a la población sin techo.

Para Yazbek (2014), la acción integrada y en red es un nuevo paradigma de actuación del Estado en conjunto con sectores organizados de la sociedad civil. Pero para poner en marcha la red y acciones integradas, es necesario un pacto político entre gestores, coordinadores, técnicos y usuarios de las políticas en sintonía con la realidad local.

La CnaR fue diseñada para potenciar la territorialización de la asistencia sanitaria (Borysow, 2018), de modo que su operativización se realice con la presencia de trabajadores en el territorio, al encuentro de la población que tiene dificultades para acceder a ella, ya sea por estar lejos de los servicios o por condiciones de vida precarias, entre otros determinantes. Entendiendo que la atención debe estar centrada en el territorio concreto donde viven las personas (Macerata, 2015), se destaca la confluencia de los

paradigmas y estrategias de Reducción de Daños, Atención Primaria y Salud Mental en la implementación de la CnaR. En este sentido, la centralidad del territorio busca superar modelos técnicos y asistenciales estáticos y divergentes de los preceptos de la Reforma Psiquiátrica y de la Reforma Sanitaria, afiliados a la desinstitucionalización (Rotelli *et al.*, 2001) y al establecimiento de una red asistencial a través de un modelo de atención abierto y comunitario, reconociendo las particularidades del territorio, la autonomía de los usuarios y sus formas de vida.

Dicho esto, se enumeraron algunos de los desafíos para el establecimiento de una atención integral en SSR, tales como: el reconocimiento de las Unidades Básicas de Salud en la práctica efectiva de responsabilización de la recepción de la RPS; la garantía de la constitución de la Red de Atención a la Salud y de la RAPS a través de la implementación de componentes de atención en los municipios de acuerdo con las necesidades locales; la promoción de la sensibilización y capacitación de los agentes de salud para la atención a la RPS; y la creación de órganos colegiados con la participación de diversos agentes que acuerden directrices convergentes con la atención a la salud y la centralidad del territorio. En otras palabras, es necesario crear espacios democráticos para impulsar al Estado en el proceso de construcción y consolidación de la intersectorialidad, a partir de nuevos diseños de gestión basados en un nuevo paradigma de modelación de la gestión pública.

Efectos y resultados de la implementación

La última variable a destacar en el análisis de los casos son los efectos y resultados señalados por los entrevistados en la implementación del programa. De acuerdo con los datos, los principales efectos identificados por los coordinadores son: el establecimiento de un vínculo entre el equipo y los usuarios; la búsqueda espontánea hecha por el usuario al CnaR; el acompañamiento longitudinal de los usuarios por los equipos, destacando la práctica de reducción de daños adquirida por el usuario a lo largo del acompañamiento de salud, y la reanudación de los vínculos familiares y comunitarios; la creación de ofertas más equitativas en los servicios de salud, mediante la concertación de flujos y la articulación con la red de servicios intersectoriales del municipio.

Cabe considerar que estos efectos tienen determinantes que corresponden al contexto local, así como al tiempo de implementación correspondiente de cada programa en los municipios. Entre ellos, los equipos con más o menos tiempo de trabajo en el programa; la experiencia de los equipos en el trabajo con otros servicios de la red asis-

tencial, que puede permitir una amplia articulación del trabajo sectorial; y el número de servicios componentes del RAPS en el territorio.

La percepción de estos coordinadores sobre los resultados puede ser considerada en consonancia con el liderazgo del MNPR, que enfatiza la reducción de daños como un lenguaje recíproco entre usuarios y equipos de salud. Además, destacan que el afecto y la construcción de un vínculo con el equipo también contribuyen a la reducción de daños y a la mejora de las condiciones de vida de esas personas:

Yo soy el resultado, ¿sabes? Mi pareja es el resultado de los cuidados de los profesionales de Consultório na Rua. Amigos míos que estuvieron a punto de morir son el resultado del seguimiento de este programa. Yo soy un resultado, porque el Consultório na Rua también es nuestra lengua aquí. Por lo menos, el equipo de ### también trabaja en la línea de la reducción de daños, que es lo que hace que Consultório na Rua sea tan diferente (Liderazgo del MNPR).

De esta forma, se consideró que estos datos, y especialmente esta afirmación de la dirección, muestran que los efectos de la implementación a la luz de la Reducción de Daños han tenido un efecto positivo en la mejora de las condiciones de vida de la RSP y han incidido en la reducción de las desigualdades en salud.

Las particularidades locales que presentan los casos son la existencia de la Escuela de Formación en Reducción de Daños en el municipio; la estructura de baño/higiene personal en la unidad de CnaR para los usuarios; la implantación del Programa de Reducción de Daños en el municipio, que incluye agentes de reducción de daños en los equipos de atención primaria; el coordinador de CnaR que acumula la coordinación del equipo de UBS en el que está asignado el CnaR; el profesional médico de CnaR que es financiado por el municipio; y sólo uno de los municipios afirmó realizar monitoreo y evaluación de la implantación del programa, entre otras particularidades y factores adaptativos. Así, sabemos que el proceso de implementación de no fue homogéneo, presentando situaciones diversas e incluso únicas en algunos casos.

Se entiende que algunas de estas particularidades identificadas son medidas de adaptaciones al diseño original del programa, ya que los ejecutores encontraron límites institucionales en el municipio, especialmente en relación a la falta de acuerdo entre gestores, trabajadores y usuarios, con el objetivo de atender las necesidades básicas de la HP en el municipio.

Consideraciones finales

Este artículo, a partir de un estudio cualitativo de casos múltiples, ha pretendido presentar diversas reflexiones sobre el proceso de implementación del CnaR y los desafíos planteados para garantizar la satisfacción de las necesidades sanitarias de las personas sin hogar.

Los estudios de caso revelaron una serie de variables intervinientes y cognitivas que interfieren en el proceso de aplicación: los puntos de referencia y los principios adoptados; la práctica intersectorial y los efectos de la aplicación.

Los puntos de referencia y los principios adoptados para la aplicación citados por los entrevistados se ajustan a las directrices del programa. Y según la mayoría de los entrevistados, para trabajar con el PSR es necesario tener un perfil, que corresponde a competencias y capacidades específicas. Considerando que el ejercicio de la discrecionalidad y la variable cognitiva están presentes en el análisis del proceso de implementación, se entendió que es responsabilidad del Estado garantizar la estabilidad del servicio civil de estos trabajadores y la formación de un perfil, dirigido a atender las necesidades de salud de la SSR, de forma equitativa e integral, utilizando, sobre todo, la atención a la salud desde la perspectiva de la reducción de daños.

La práctica intersectorial, por otro lado, fue destacada debido a los impasses generados por la incompatibilidad interpretativa entre las políticas de atención a la salud de las personas en situación de calle. Entendida como un proceso eminentemente político, la intersectorialidad presupone un enorme esfuerzo político de negociación de intereses y objetivos, considerando esencial la articulación de las políticas y sus bases en diferentes tipos de saberes y prácticas. Así, los desafíos de este acuerdo, de acuerdo con los resultados, están relacionados con: la creación de órganos colegiados que acuerden la atención a la salud en el territorio; que las Unidades Básicas de Salud asuman efectivamente la responsabilidad de acoger a las personas sin hogar; que los municipios garanticen la constitución de las RAS y de las RAPS a través de la implementación de componentes de atención en los territorios de acuerdo con las necesidades locales, así como que garanticen la formación permanente de trabajadores de salud para la atención a las personas sin hogar.

En cuanto a los efectos y resultados del proceso de implementación, no hubo homogeneidad y se identificaron situaciones diversas y, en algunos casos, únicas. Sin embargo, se puede afirmar que, en general, existen elementos comunes entre los resultados, que están en consonancia con el objetivo principal del programa de garantizar el acceso de

las personas sin hogar a la red de atención del SUS y promover la equidad. En este sentido, los efectos identificados revelan aspectos condicionados al desempeño y suficiencia de los sistemas logísticos y operativos, así como a la gestión del proceso de trabajo en la implementación del Programa, que busca garantizar el cumplimiento de sus objetivos.

Se entiende, por tanto, que la falta de financiación es uno de los factores que interfieren en la materialización de estos procesos. Sin embargo, de forma contradictoria, la falta de financiación ha sido justificada por la exclusividad de la atención a la salud de la RPS atribuida al CnaR, lo que no está en consonancia con las directrices del Programa ni con la Política Nacional de Salud.

Esta exclusividad también ha sido apuntalada por el proceso de estigmatización que enfrenta la PSR, el prejuicio y la falta de capacidad mostrada por los trabajadores de la red de salud hacia la PSR, así como la disputa por las racionalidades técnicas en el campo de la salud, con predominio del modelo médico hegemónico y de las prácticas tradicionales. Estos factores crean impasses en la práctica intersectorial debido a la incompatibilidad interpretativa en la atención a la salud de las personas en situación de calle.

La investigación destaca que, además de ser el proceso de implementación un campo de incertidumbre y un momento del proceso de políticas públicas que exige la toma constante de decisiones, la incoherencia en la formulación operativa del programa CnaR (Castanho Duarte; Lanza, 2024) también es un elemento que ha interferido en la comprensión de los objetivos y recursos necesarios para su implementación, lo que ha hecho que la implementación del programa en los municipios sea múltiple y a veces conflictiva.

Conflictiva principalmente en lo que se refiere a la práctica intersectorial, porque según los resultados, los trabajadores de CnaR necesitan reafirmar constantemente sus objetivos y persistir en la construcción de cuidados compartidos en el territorio. Así como múltiples porque en los diferentes contextos locales, los CnaR presentan medidas adaptativas cuando encuentran límites en las condiciones institucionales de los municipios, que deberían atender las necesidades básicas de las personas sin hogar. Esto también resalta la importancia de invertir en procesos de monitoreo y evaluación, esenciales para el desarrollo de la implementación de políticas y programas.

Referencias

ARRETCHE. Marta T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. BARREIRA; CARVALHO (org.). São Paulo:IEE/PUC-SP, 2001.

BRASIL. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: maio de 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comparquivo1.html. Acesso em: maio de 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html. Acesso em: maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Presidente da República. 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: maio de 2024.

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

BORYSOW, Igor da Costa. *O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua*. 2018. Tese (doutorado) Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

CASTANHO DUARTE, A. H.; LANZA, L. M. B. Avaliação da implementação do Consultório na Rua: uma proposta metodológica. *Argumentum*, 16(1), p. 218–233. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v16i1.42042>. Acesso em: abril de 2024.

CNES – CADAastro NACIONAL DE ESTABELECIMENTO EM SAÚDE. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 de abril de 2022.

DIAS, André Luiz Freitas (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 abril de 2024.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: Intersetorialidade e direitos humanos. In: *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Ed. Papel social, p. 187-201. 2014.

FREITAS, Rosane S. *A política de saúde para população em situação de rua: O Consultório na Rua de Curitiba-PR*. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, 2017.

FERREIRA, Cintia Priscila da Silva, *et al.* Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(8), p. 01-10, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFxxvKMVvyktRShXZrDHH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 de abril de 2024.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), p. 96. 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2024.

JORGE, Jorgina Sales; WEBSTER, Clarissa Mendonça Corradi. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *In: Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, 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 de abril de 2024.

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

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia Política*, 21(48), p. 101-110. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>. Acesso em: 17 abril de 2024.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins; RABELLO, Elaine Teixeira. Competências para o Trabalho no Consultório na Rua. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), p. 01-24. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hDcrqcvZWMJvhZ58QsQtbVf/>. Acesso em: 17 abril de 2024.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins; RABELLO, Elaine Teixeira. *As práticas dos consultórios na rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo*. Doutorado (Tese). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2021.

MACERATA, Iacã Machado. *Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua*. Tese. (doutorado) Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Rio de Janeiro, 2015.

MONNERAT, Giselli Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. *In: A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Ed. Papel social, p. 21-39. 2014.

PACHECO, Joice. *População em situação de rua tem sede de quê?: relato da implantação do consultório na rua da cidade de Joinville*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*, p. 21-40. 2014.

ROTELLI, Franco *et al.* Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p. 17-60. 2001.

SIMÕES, Tatiana do Rego de Bonis Almeida *et al.* Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. In: *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 de abril 2024.

SILVA; Maria Ozanira Silva e. *Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos*. São Paulo: Veras Editora; São Luiz. MA: Grupo de Pesquisa de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (Gaepp), 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistema de proteção social, Intersectorialidade e Integração de Políticas Sociais. In: *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Ed. Papel social, p.77-103. 2014.

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

Notas

- 1 Es importante considerar que la Ordenanza n.º 1.255, de 18 de junio de 2021, que actualiza algunas de las directrices de funcionamiento de los equipos, se publicó después de la recogida de datos de este estudio, por lo que esta Ordenanza no formó parte de las referencias utilizadas en este estudio.
- 2 Según la Ordenanza de Consolidación nº 2 de 28 de septiembre de 2017 y la Ordenanza nº 122 de 25 de enero de 2011, la Modalidad I debe estar formada por un mínimo de 4 profesionales, 2 de los cuales deben ser enfermero, psicólogo, trabajador social o terapeuta ocupacional. La Modalidad II debe estar formada por un mínimo de 6 profesionales, 3 de los cuales deben ser enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales. Los demás pueden ser: enfermero, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, trabajador social, técnico o auxiliar de enfermería, técnico en salud bucodental, cirujano dentista, profesional/profesor de educación física y un profesional formado en arte y educación. Y la modalidad III añade un profesional médico.

Recibido el: 05/11/2024

Aprobado el: 18/06/2025