



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA
CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO SUL DO PAÍS**

Londrina
2022

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA
CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO SUL DO PAÍS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

DUARTE, AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO .

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO SUL DO PAÍS / AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE. - Londrina, 2022.

239 f.

Orientador: LÍRIA MARIA BETTIOL LANZA.

Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2022.

Inclui bibliografia. 1. Consultório na Rua. População em situação de rua. Avaliação de políticas e programas. Implementação de políticas e programas. - Tese. I. LANZA, LÍRIA MARIA BETTIOL. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA
CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO SUL DO PAÍS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Líria Maria
Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Cássia Maria Carloto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Sandra Lourenço de Andrade Fortuna
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Jane Cruz Prates
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande
do Sul - PUCRS

Profa. Míriam Thaís Guterres Dias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
UFRGS

Londrina, 19 de outubro de 2022

Dedico esta tese ao meu filho Inácio, ao meu companheiro Eduardo e aos meus familiares que me apoiaram nessa desafiadora jornada. Dedico também a todos os sujeitos que têm lutado pela legitimação dos direitos da população em situação de rua.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente quero declarar meu imenso carinho e admiração pela minha orientadora Profa. Dra. Líria e agradecer por ter sido sua orientanda, sobretudo por sua sabedoria na condução do processo de elaboração desta tese. Líria, muito obrigada por me apoiar e fazer acreditar nesse processo!

Agradeço aos docentes do Programa de pós-graduação em *Serviço Social e Política Social* da UEL por contribuírem em meu processo de formação na Universidade.

Agradeço aos integrantes e colegas do Grupo de pesquisa *Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional*, em especial a Profa. Dra. Evelyn Faquin e ao Prof. Dr. Francesco Romizi, que tanto colaboraram para o debate no campo da saúde, o meu respeito e admiração.

Ao Prof. Dr. Fabio Lanza e aos colegas do Projeto de Extensão *Práxis Itinerante: novas perspectivas para as juventudes e populações vulneráveis*, também o meu carinho e admiração e agradecimento pelas contribuições para o debate das políticas para a população em situação de rua durante meu processo de formação na Universidade.

Agradeço ao Luís Gustavo pela assessoria estatística no tratamento com os dados.

À minha família que sempre me apoiou, me incentivou e acreditou na construção dessa pesquisa e na concretização dos meus sonhos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro no processo de doutoramento.

Aos sujeitos que aceitaram participar dessa pesquisa e suas inestimáveis contribuições.

RESUMO

DUARTE, Afrânica Hemanuelly Castanho. **Avaliação da implementação do Programa Consultório na Rua na região sul do país.** 2022. 239f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

O presente estudo versa sobre a avaliação da implementação de programas e políticas sociais, particularizando a implementação do Programa Consultório na Rua na região sul do país, correspondente ao período entre os anos de 2011, marco jurídico do programa, até o mês de junho de 2021, período em que finalizamos a coleta de dados. Desse modo, o objetivo geral dessa tese consiste em avaliar o processo de implementação do Programa Consultório na Rua em municípios selecionados na região Sul, a fim de contribuir com subsídios para a efetivação do cuidado em saúde universal, equânime e integral da população em situação de rua. A metodologia pautou-se pela pesquisa de avaliação de processo do tipo acadêmica, por meio do estudo de casos múltiplos, com uso de abordagem mista. Por meio da técnica de triangulação dos dados contemplamos a escuta dos sujeitos, a análise do contexto e a análise dos documentos. A pesquisa foi edificada por meio de dois eixos analíticos: a) avaliação do Programa Consultório na Rua com foco na eficácia da implementação e b) a implementação do Programa em diferentes contextos. O primeiro eixo se desenvolve pela explanação e análise dos dados gerais dos 18 Consultórios na Rua participantes, por meio dos questionários respondidos pelos(as) 42 trabalhadores(as). O segundo eixo se desenvolveu a partir da análise de quatro casos selecionados, identificando suas particularidades e similaridades, por meio de cinco entrevistas com a coordenação dos Consultórios na Rua e com a liderança do Movimento Nacional da População de Rua, além da pesquisa documental. Os achados da pesquisa indicam a escassez de dados estatísticos sobre a população em situação de rua e estudos avaliativos sobre o Programa de Consultório na Rua. E de acordo com a avaliação da eficácia da implementação, realizada neste estudo, podemos afirmar que de forma geral o Programa na região sul foi bem avaliado. Porém, a partir da avaliação dos atributos e da análise do contexto local, é possível afirmar que os fatores que distanciam o objetivo do Programa da sua implementação estão relacionados principalmente a dificuldades no sistema logístico e operacional e na gestão do processo de trabalho, o que exige avanços no desempenho desses aspectos e a consolidação de processos de monitoramento e avaliação institucionais de forma permanente, com intuito de aprimorar o desenvolvimento do Programa. Por último, ainda que pesem as dificuldades identificadas por parte dos sujeitos no processo de implementação, o Consultório na Rua, à luz das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Redução de Danos, tem contribuído para a garantia do acesso da população em situação de rua à rede de atendimento da saúde e gerado efeitos na redução das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Consultório na Rua. População em situação de rua. Avaliação de políticas e programas. Implementação de políticas e programas.

ABSTRACT

DUARTE, Afrânica Hemanuely Castanho. **Evaluation of the implementation of the Consultório na Rua Program in the southern region of the country.** 2022. 239f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

The present study deals with the evaluation of the implementation of social programs and policies, particularizing the implementation of the Consultório na Rua Program in the southern region of the country, corresponding to the period between 2011, the legal mark of the program, until June 2021, period in which we finished the data collection. Thus, the general objective of this thesis is to evaluate the implementation process of the Consultório na Rua Program in selected cities in the South region, in order to contribute with subsidies for the effectiveness of universal, equitable and integral health care for the homeless. The methodology was guided by the academic-type process evaluation research, through the study of multiple cases, using a mixed approach. Through the data triangulation technique, we contemplated listening to the subjects, analyzing the context and analyzing the documents. The research was built through two analytical axes: a) evaluation of the Consultório na Rua Program with a focus on the effectiveness of the implementation and b) the implementation of the Program in different contexts. The first axis is developed through the explanation and analysis of the general data of the 18 participating Consultórios Na Rua, through the questionnaires answered by the 42 workers. The second axis was developed from the analysis of four selected cases, identifying their particularities and similarities, through five interviews with the coordination of Consultórios Na Rua and with the leadership of the National Movement of the Homeless, in addition to documentary research. The research findings indicate the scarcity of statistical data on the homeless population and evaluative studies on the Consultório Na Rua Program. And according to the evaluation of the effectiveness of the implementation, carried out in this study, we can say that, in general, the Program in the southern region was well evaluated. However, from the evaluation of the attributes and the analysis of the local context, it is possible to affirm that the factors that distance the objective of the Program from its implementation are mainly related to difficulties in the logistic and operational system and in the management of the work process, which it requires advances in the performance of these aspects and the consolidation of institutional monitoring and evaluation processes on a permanent basis, with the aim of improving the development of the Program. Finally, despite the difficulties identified by the subjects in the implementation process, the Consultório na Rua, in the light of the guidelines of the Sistema Único de Saúde and the Redução De Danos, has contributed to guaranteeing access for the homeless population to the health care network and generated effects in the reduction of health inequities.

Keywords: Consultório na Rua. Homeless population. Evaluation of policies and programs. Implementation of policies and programs.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Referências documentais relacionadas a implementação do CnaR.....	37
Quadro 2 - Quadro metodológico explicativo de avaliação qualitativa do CnaR.....	41
Quadro 3 - Estudos avaliativos e de análise sobre o CnaR.....	88
Quadro 4 - Concatenação das avaliações dos CnaR.....	112
Quadro 5 - Pesquisas nacionais sobre o Consultório na Rua.....	223
Quadro 6 - Classificação dos CnaR de acordo com as avaliações satisfatórias....	141
Quadro 7 - Distribuição do CnaR pela classificação e pela presença da categoria médica na equipe.....	148
Quadro 8 - Distribuição dos CnaR pela classificação e pela avaliação do atributo “Processo de capacitação”	149
Quadro 9 – Distribuição do CnaR pela classificação e pela avaliação do atributo veículo.....	150
Quadro 10 – Distribuição do CnaR pela classificação e pela avaliação do atributo “Ações compartilhadas e integradas com a UBS”	1551
Quadro 11 - Dados gerais dos casos estudados.....	175

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Dispersão do tempo do CnaR em anos pelo tempo de trabalho na equipe em anos.....	143
Gráfico 2- Dispersão entre o Tempo de trabalho na equipe pela classificação.....	144
Gráfico 3- Dispersão entre o tempo do CnaR pela classificação.....	144
Gráfico 4 – Dispersão entre o tempo na equipe pela classificação.....	145

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Disponibilidade dos recursos humanos” e o quantitativo de CnaR.....113
- Tabela 2-** Distribuição das escalas da avaliação do atributo “carga horária” e o quantitativo de CnaR.....116
- Tabela 3-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “veículo” e o quantitativo de CnaR.....118
- Tabela 4-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “ofertas da atenção básica” e o quantitativo de CnaR.....121
- Tabela 5-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “reuniões de equipe” e o quantitativo de CnaR.....123
- Tabela 6-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Ações compartilhadas e integradas com as UBSs” e o quantitativo de CnaR.....124
- Tabela 7-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Ações compartilhadas com o CAPS e os outros serviços da RAPS do território de referência” e o quantitativo de CnaR.....126
- Tabela 8-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “diagnóstico e o quantitativo de CnaR.....128
- Tabela 9-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Planejamento das ações” e o quantitativo de CnaR.....129
- Tabela 10-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “busca ativa” e o quantitativo de CnaR.....131
- Tabela 11 –** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “redução de danos” e o quantitativo de CnaR.....132
- Tabela 12-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “atendimento in loco” e o quantitativo de CnaR.....132
- Tabela 13-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “atividades individuais e grupais” e o quantitativo de CnaR.....133
- Tabela 14-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “registro e atualização cadastral” e o quantitativo de CnaR.....135
- Tabela 15-** Distribuição das escalas de avaliação do atributo “processo de capacitação” e o quantitativo de CnaR.....137

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CdeR	Consultório de Rua
CIAMPRUA	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua
CIT	Comissão Intragestores Tripartite
CIB	Comissão Intragestores Bipartite
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
MNPR	Movimento Nacional da População em situação de rua
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
ONG	Organização Não Governamental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPSR	Política Nacional para População em Situação de rua
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PSR	População em situação de rua
PSF	Programa da Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SPA	Substância Psicoativa
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SM	

UBS	Saúde Mental
UEL	Unidade Básica de Saúde
UPA	Universidade Estadual de Londrina
	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	PESQUISA AVALIATIVA DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS	49
2.1	CONCEITOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA AVALIATIVA	49
2.2	AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DA SAÚDE.....	60
2.3	A ESTRUTURA DO ESTADO BRASILEIRO E OS MODELOS DE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO.....	65
3	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SUJEITO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	73
3.1	MARCADORES SOCIAIS E MODOS DE VIDA: DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR.....	74
3.2	MAPEAMENTO DOS ESTUDOS NACIONAIS A RESPEITO DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	86
4	O PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA: VERTENTES INTERPRETATIVAS DO CUIDADO EM SAÚDE	91
4.1	MODELOS ETIOLÓGICOS DE DOENÇA E A INFLUÊNCIA PARA AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE.....	95
4.2	A REDUÇÃO DE DANOS ENQUANTO DIRETRIZ DO CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	104
5	AVALIAÇÃO DE PROCESSO: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA	111
5.1	AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO COM FOCO NA EFICÁCIA DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA.....	111
6	A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA EM DIFERENTES CONTEXTOS LOCAIS: ESTUDO DE CASOS NA REGIÃO SUL	154
6.1	REFERENCIAIS E PRINCÍPIOS ADOTADOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO.....	179
6.2	A PRÁTICA INTERSETORIAL NA IMPLEMENTAÇÃO.....	184
6.3	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO INSTITUCIONAL.....	189

6.4	EFEITOS E RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO	192
-----	---	-----

7	CONCLUSÃO	197
---	------------------------	-----

	REFERÊNCIAS	203
--	--------------------------	-----

APÊNDICES

	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ONLINE PARA OS (AS) TRABALHADORES (AS).....	214
--	---	-----

	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS (AS) COORDENADORES (AS).....	223
--	---	-----

	APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O (A) REPRESENTANTE DO MNPR.....	224
--	---	-----

	APÊNDICE D - QUADRO 5. PESQUISAS NACIONAIS SOBRE O CONSULTÓRIO NA RUA.....	225
--	--	-----

ANEXOS

	ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.....	230
--	---	-----

	ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....	235
--	---	-----

1. INTRODUÇÃO

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

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

Partindo dessas iniciais afirmações, esse presente estudo, por meio da pesquisa de avaliação, buscou conhecer como tem se desenvolvido a implementação do Programa Consultório na Rua (CnaR) na região Sul do país.

CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DA PESQUISA

O Consultório na Rua foi fomentado pelo Ministério da Saúde (MS) e regulamentado enquanto programa nacional através de portarias e documentos ministeriais, que indicam como o programa deve funcionar para o atendimento da população em situação de rua (PSR) junto aos territórios e à rede de serviços intersetoriais. Inicialmente integrado a Política Nacional de Saúde Mental a implantação das primeiras equipes denominadas como Consultório de Rua (CdeR) foram pactuadas por meio do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD), instituído pela Portaria nº 1190/2009 e do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179/2010.

De acordo com dados oficiais (BRASIL, 2010), foram implementadas 35 equipes de CdeR em 31 municípios brasileiros, por meio da primeira chamada de seleção dos Projetos de Consultórios de Rua que aconteceu no ano de 2009, inicialmente indicada para municípios com população superior a 300 mil habitantes. Na região Sul do país, especificamente, foram implementadas cinco equipes: duas no Estado do Paraná, nos municípios de Maringá e Curitiba, uma em Florianópolis no Estado de Santa Catarina e duas no Rio Grande do Sul, nas cidades de Porto Alegre e Pelotas.

As equipes de CdeR selecionadas na primeira chamada, inicialmente compreendidas e denominadas de projetos, participaram no ano de 2010, da I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua, em Brasília, com apoio da Organização Panamericana de Saúde, no qual tiveram orientações de como os projetos deveriam funcionar. Estas orientações tiveram como referência a primeira experiência do projeto de Consultório de Rua do Brasil no município de Salvador, que teve início no ano de 1999 e foi coordenada pelo professor e médico Antonio Nery Filho da Universidade Federal da Bahia¹.

No ano seguinte ocorrem algumas alterações do projeto no âmbito federal, conforme a Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, a equipe itinerante passou da denominação de Consultório *de* Rua (CdeR) para Consultório *na* Rua (CnaR). A nova formatação, entendida nesta pesquisa enquanto *programa de saúde*² e não mais como projeto, deixa de ser gerenciada pela Política Nacional de Saúde Mental e passa a ser de responsabilidade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e regulamentada pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012³. Os projetos de CdeR implementados naquela configuração, que correspondiam ao número total de 92 equipes, poderiam ser cadastradas enquanto Programa CnaR e receberem os

¹ Também no ano de 2010, ocorria no estado da Bahia, a parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça e da Universidade Federal da Bahia, para a formulação e execução de uma capacitação para os profissionais das novas equipes de Consultório de Rua, implantadas no Estado da Bahia. Havia o intuito que essa experiência se multiplicasse em todo o país.

²Os documentos ministeriais sobre o Consultório na Rua apresentam termos diferentes ao referenciar o programa, embora possa ter algo similar nos conceitos como: estratégia, projeto e equipe.

³Recentemente foi publicada a Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021, que atualiza algumas diretrizes de funcionamento para as equipes e altera a Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. É importante considerar que esta Portaria foi publicada depois que coletamos os dados da presente pesquisa, por isso essa Portaria não faz parte dos critérios utilizados para a avaliação da implementação neste estudo.

incentivos fiscais da nova portaria, caso se adequassem aos critérios correspondentes entre as modalidades das equipes I, II e III⁴.

Embora possa conter alguma similaridade entre os termos Programa e Projeto é preciso distinguir suas diferenças conceituais. Distinto de um Projeto que possui um prazo de realização pré-estabelecido, um Programa é o desdobramento de um Plano ou de uma Política, constituído de Projetos e diversas atividades que visam atingir os objetivos estabelecidos, resultado de decisões de agentes públicos do alto escalão. Desse modo, o Programa tem como elementos básicos a formulação de objetivos e diretrizes para o trabalho a ser desenvolvido pelos gestores, coordenadores, pelas equipes multidisciplinares e pelos sujeitos que compõem o controle social, seja por meio da explicitação dos recursos humanos, físicos e materiais a serem mobilizados para sua realização; a formulação das funções mencionadas aos serviços ligados ao programa; a estratégia, a dinâmica do trabalho e as medidas administrativas necessárias para implementação e manutenção do Programa (BATISTA, 2000).

O Programa CnaR pode ser constituído por mais de uma equipe dentro dos municípios, onde desempenham um papel estratégico ao proporcionar uma ponte entre a rua e a rede de serviços de saúde (MARTINEZ, 2016). Contudo, os documentos ministeriais por vezes apresentam uma inconsistência ao se referir ao Programa como: estratégia e equipe. Embora esses termos tenham semelhanças, seu uso indeterminado pode gerar incoerência no trato da avaliação de programa, que se diferencia da avaliação de equipe ou da avaliação de estratégia.

De acordo com Borisow (2018), o processo da gênese do CnaR perpassou por um conflito entre dois grupos de agentes públicos da instância de formulação do programa: aqueles que queriam que permanecessem o modelo de CdeR no campo da saúde mental e aqueles que defendiam o serviço itinerante inserido na atenção primária em saúde. Contudo, concluídas as negociações entre os grupos e por meio da publicação da portaria que regulamentaria o CnaR, o modelo de Consultório de

⁴ De acordo com as Portarias de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017 e Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011, a Modalidade I deve ser formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, 2 destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e 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.

Rua deixa de ser financiado pelo governo federal e passa a ser financiado por alguns municípios, que optaram por continuar com este modelo. Na coleta de dados, além dos municípios elegidos, identificamos dois municípios do Rio Grande do Sul que optaram por esse financiamento e continuidade da modalidade de CdeR: Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul.

Para o Ministério da Saúde, a atual configuração do Programa CnaR é uma união das experiências anteriores do Programa Saúde da Família (PSF) sem Domicílio⁵ e do Projeto de CdeR (BRASIL, 2012). Dessa forma, atualmente o Programa deve estar em convergência com as diretrizes e fundamentos da PNAB e com a lógica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo a estratégia de Redução de Danos como proposição transversal à 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 PSR à rede de atendimento do SUS e a promoção da equidade⁶. Deve ser porta de entrada preferencialmente dessa população e acolher com resolutividade⁷ 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.

⁵ A partir do ano 2000 funcionavam algumas experiências configuradas em Programa Saúde da Família (PSF) Sem Domicílio, em especial nos municípios de Porto Alegre, São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

⁶ De acordo com Travassos e Castro (2014) “ao tratar sobre a equidade no acesso a saúde é preciso distinguir as condições de saúde da população, que tem conexão com a desigualdade social presente em nossa sociedade, e as características do sistema de saúde que interfere nas desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços. Entendendo o acesso em seu conceito multidimensional, o conjunto de característica da oferta dos serviços poderá facilitar ou dificultar a utilização dos serviços e atender as necessidades de saúde da população. Essas dificuldades podem se apresentar de modo entrelaçado pelas barreiras geográficas; financeiras; organizacionais; informacionais; culturais, dentre outras. Reconhecer e ter clareza da configuração dessas desigualdades no acesso e na utilização dos serviços, são caminhos essenciais para a redução das injustiças existentes”.

⁷ De acordo com a PNAB (2017) a resolutividade é entendida como: [...] “Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da atenção básica de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da Atenção Básica”.

Considerando que a palavra território contém múltiplos sentidos, nossas escolhas teóricas se aproximam mais do conceito de território usado de Milton Santos (2000, p.96-97):

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer aquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população.

Esta definição nos faz pensar para além dos processos de descrição dos territórios em saúde e avançar na premissa básica da análise desses territórios reconhecendo estes em seus contextos de uso, identificando diferentes sujeitos e disputas que configuram sua formação socioespacial. Apesar dessa categoria já ter sido explorada por diversos estudiosos no campo da saúde coletiva (GONDIM, 2008) e da gestão das políticas sociais (KOGA, 2003; RIZZOTTI *et al.*, 2017), dentre outros campos e disciplinas, as políticas e os programas que tem a categoria território como elemento estruturador das ações ainda tem encontrado diversos desafios. Para o Programa CnaR um dos desafios tem sido o reconhecimento dos serviços de atenção básica à saúde perante a responsabilização do acolhimento da PSR no território.

As ações do Programa por meio do trabalho das equipes multiprofissionais devem estar de acordo com o conjunto de ações da atenção básica, que conforme a PNAB/Portaria nº 2.436/2017, é caracterizada como um:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

De acordo com a Brasil (2017), apesar das equipes de atenção básica serem responsáveis pelo atendimento da população de seu território adstrito, em algumas realidades é necessária a implementação das equipes de CnaR, entendendo esta

como uma equipe adicional de atenção básica para populações específicas⁸, no caso a PSR. No texto da PNAB (BRASIL, 2017), compreende-se um futuro em que as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) possam incorporar as tecnologias de cuidado⁹ a PSR, para que em algum momento não seja mais necessárias às equipes específicas.

Contudo, discordamos dessa afirmação explicitada na PNAB, por três motivos. Primeiramente o texto da PNAB reitera a inconsistência no entendimento do CnaR enquanto uma equipe. Limitar seu entendimento enquanto equipe é desconsiderar os elementos constitutivos de um programa, e que são desdobramentos de um Plano ou Política, como a própria Política Nacional para a População em situação de Rua (PNPSR), as Políticas de Promoção de equidade em saúde¹⁰ e o próprio SUS. Além disso, é importante destacar que, tanto a formulação do programa CnaR como a sua implementação e possíveis reformulações devam ser acompanhadas por instâncias federativas e comitês de monitoramento que compõem representantes de órgãos públicos e da sociedade civil como: o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua, que pode ser implementado nas três esferas de governo e mais precisamente pelo Comitê Técnico de Saúde da População de Rua instituído por meio da Portaria nº 3.305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009, para elaborar e acompanhar as ações de saúde para a PSR.

O segundo motivo para discordamos de tal afirmação, é que para além das tecnologias de cuidado que garantem o acesso da PSR as Unidades de Atenção Básica, o CnaR também tem contribuído no planejamento e implementação da gestão do cuidado junto a rede do território (VARGAS; MACERATA, 2018). Apesar

⁸ De acordo com Brasil (2017), as equipes de atenção básica para populações específicas são as equipes de Consultório na Rua, as Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira e Equipe de Atenção Básica Prisional.

⁹ Por tecnologias do cuidado entende-se o modo de agir para a produção do cuidado em saúde que de acordo com Merhy e Franco (s/ANO): “A ideia das relações como parte constitutiva do processo de trabalho, traz uma dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador. A partir daí sugere uma tipologia para designar as tecnologias de trabalho, quais sejam: aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de ‘tecnologias duras’, do conhecimento técnico, “tecnologias leve-duras”, e das relações, ‘tecnologias leves”.

¹⁰ A Política de Promoção de Equidade em Saúde (SGEP) que reuni as políticas de atenção integral relacionada aos grupos vulneráveis (populações negras; ciganas; LGBT; população em situação de rua; povos do campo e das florestas) até o ano de 2019 era coordenada pela Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, contudo a SGEP foi extinta por meio do Decreto nº 9,795, de 17 de maio de 2019, acarretando um processo de reestruturação do organograma com a nova gestão do Governo Federal de Jair Bolsonaro. Atualmente existe a Coordenação de Garantia de Equidade que está ligada a Secretaria de Atenção Básica.

de se esperar que toda a ESF atenda a PSR, mesmo que a ESF passe a incorporar as tecnologias de cuidado contribuindo para que o acesso à saúde a PSR seja garantido na atenção básica, o CnaR que atualmente tem somado esforços principalmente para garantir esse acesso, poderá priorizar em sua agenda as articulações da gestão do cuidado¹¹ com as redes do território, à luz das diretrizes da cogestão¹² e da integralidade, e a busca ativa daqueles usuários que não chegam nos serviços de saúde.

Contudo, uma vez atingido hipoteticamente esse patamar de igualdade ou universalidade em que a Atenção Básica passe a garantir o acesso a toda a PSR, ainda assim serão necessárias ações que garantam a equidade no sistema de saúde. De acordo com Siqueira (*et al.*, 2017) para articulação da Política de Promoção de Equidade em saúde foram criados três eixos comuns para a estruturação das ações dessa política, que integra diferentes políticas à saúde desenhadas para cada um dos grupos vulneráveis, incluindo a PSR, são: a transversalidades das ações; a gestão participativa e a sensibilização e qualificação dos trabalhadores da saúde como forma de combater o preconceito a esses grupos sociais, considerando imprescindíveis neste campo onde as iniquidades em saúde estão presentes.

Por isso não conseguimos vislumbrar que em algum momento o CnaR não seja mais necessário. Até mesmo por que ainda pouco se conhece e reconhece a realidade da PSR em termos de dados estatísticos¹³. As equipes ainda trabalham com pouco ou nenhum indicador específico das necessidades e das condições de vida da PSR e essa falta de informação também tem prejudicado a formulação e

¹¹ De acordo com Cecílio (2011, p.1) “podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz”.

¹² Para Guizardi e Cavalcanti (2010, p.6) por cogestão, conceito forjado por Campos (2000) entende-se: “Cogestão significa, então, compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. Desta forma, o conceito é particularmente fecundo por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder”.

¹³ DUARTE; SANTOS; LANZA. A indisponibilidade de informação estatística e a invisibilidade da população em situação de rua no campo das políticas sociais. In: Anais Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios contemporâneos, UEL, 2022. <http://www.uel.br/pos/sersocial/pages/arquivos/Congresso%202022/Politica%20social%20seguridade%20social%20e%20protecao%20social/6498-407660-56704-2022-04-04.pdf>

implementação das políticas sociais. Para Jannuzzi (2018, p.9), além de permitir a identificação das demandas sociais, a disponibilidade de informações através de pesquisas e censos demográficos permite:

[...] viabilizar a elaboração de diagnósticos mais robustos em escopo e escala territorial, possibilitar o mapeamento de capacidade de gestão e atendimento de serviços no território e oportunizar indicadores de monitoramento e avaliação, mais gerais e às vezes mais específicos, de políticas e programas.

Por isso, acreditamos que com maior capacidade diagnósticas e de monitoramento o CnaR e a política de saúde terão ainda mais condições de trabalhar com as especificidades da PSR de forma equânime e integral, buscando combater as iniquidades em saúde à luz da redução de danos.

Apesar da escassez de informações, é possível encontrar estudos que tem abordado experiência de outros programas e apresentado bases científicas sobre a redução de danos e o combate as iniquidades em saúde. O livro intitulado: “Limites da Correria: redução de danos para pessoas que usam estimulantes”, coordenado pela pesquisadora Rigoni *et al* (2019), que teve como objetivo apresentar evidências científicas sobre as ações de redução de danos juntos aos usuários de substâncias psicoativas não injetáveis, destaca experiências no âmbito nacional e internacional classificadas como boas práticas. O “Programa Atitude” serviço implementado pelo Governo de Pernambuco no ano de 2011 é uma das experiências destacadas no estudo. Considerado como uma experiência inovadora, o programa destaca-se como um modelo possível para diminuição do uso de drogas, da violência e do encarceramento dos usuários (RATTON; WEST, 2016).

A classificação de boas práticas no campo da saúde são aquelas experiências que de forma inovadora e a partir de evidências científicas, vem apresentando reconfigurações paradigmáticas ao modelo assistencial para efetivação do SUS. Os critérios de seleção das experiências classificadas como boas práticas no estudo de Rigoni *et al* (2019) foram de experiências que apresentavam estudos ou avaliações sobre a sua eficácia, potencial para ser replicadas e ser reconhecida como boa prática pelos (as) trabalhadores (as) da redução de danos e pelas pessoas que usam drogas.

De acordo com Rosa e Santana (2018. p.1-2) o CnaR é compreendido como boa prática no campo da saúde coletiva pois:

[...] vem propiciando novas configurações de redes assistenciais e desvelando novos desafios a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem promovido o deslocamento dos profissionais e da própria estrutura de assistência para fora dos serviços de saúde e das estratégias de cuidado domiciliar, criando estranhamentos ao mesmo tempo em que novas práticas assistenciais são moldadas às necessidades, demandas e processos de adoecimento das pessoas em situação de rua. O sucesso dos Consultórios na Rua deve-se à competência e insistência dos profissionais em construir formas de cuidar, muitas vezes transpondo as barreiras institucionais do próprio sistema de saúde e da ausência de articulação setorial entre as políticas públicas. Campo de resistência e politicidade, a prática do cuidado das equipes de Consultório na Rua reconhece os determinantes sociais e o potencial transformador dos vínculos quando ocorrem na dimensão do engenho e arte do cuidar.

Feitas estas primeiras considerações da configuração do programa, é importante destacar a influência da mobilização política dos movimentos sociais na formulação e execução de políticas públicas voltadas a atender as demandas da PSR, incluindo a formulação e implementação do Programa CnaR. Um dos marcos desta articulação ocorreu no ano de 2001, em Brasília, na I Marcha Nacional da População de Rua e no I Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. A partir dessas mobilizações foi criado o Fórum da População de Rua.

No ano de 2004, na cidade de São Paulo durante a noite, ocorreu a chacina na Praça da Sé, um episódio criminoso com participação de policiais militares que causaram a morte de sete pessoas que estavam em situação de rua. Esse episódio, assim como outros semelhantes em outras regiões de país¹⁴, impulsionou a emergente necessidade de organização política deste seguimento populacional. No ano de 2005, lideranças do Fórum da População de Rua participam do 4º Festival Lixo e Cidadania realizado na cidade de Belo Horizonte. E foi neste encontro, a partir da organização e representação de várias cidades, que foi lançado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e suas bases de luta a partir da influência e interlocução com o Movimento Nacional de Catadores (COSTA, 2007).

Segundo Melo (2001), outros eventos que marcam a história do MNPR foram o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua no ano de 2005, assim como a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) no ano seguinte. Este GTI foi criado pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores, e teve a representação de diversos Ministérios e da sociedade civil, que passaram a discutir propostas de criação da Política Nacional para a

¹⁴ No ano de 1993 no Rio de Janeiro aconteceu a Chacina na Candelária, onde crianças e adultos em situação de rua foram assassinados enquanto dormiam.

População em situação de Rua (PNPSR), sendo criada no ano de 2009, a partir do decreto nº 7.053.

De acordo com Borisow (2018, p.137) este contexto político foi um dos pontos favorável para o surgimento do Consultório na Rua, além de outras questões como:

[...] o aumento de investimentos na Política Nacional de Atenção Básica, realizados pelo governo Lula e Dilma [...]; um contexto político favorável para essa mobilização, devido a recém criada Política Nacional para inclusão Social das PSRs; e a visibilidade da questão das drogas na sociedade, na mídia e no governo, estimuladora da criação do programa “Crack é Possível Vencer”, fator que também levou ao aumento de financiamento de programas associados com o tema, em especial, o Consultório de/na Rua.

Nesse contexto, segundo Medeiros e Cavalcante (2018), logo nos primeiros anos da nova formatação do programa CnaR há uma expansão da implementação nos municípios brasileiros entre os anos de 2012 e 2014, das 30 equipes existentes ampliou-se para 115 equipes. Este crescimento estaria ligado ao apoio fomentado pelo MS através de oficinas e seminários de formação aos gestores e trabalhadores e principalmente com o desenvolvimento das ações pactuadas no Programa “Crack é Possível Vencer”, que ampliou o financiamento federal para implementação nos municípios e apresentou grande articulação de monitoramento do programa. Essa ampliação se confirma nesta presente pesquisa, quando os trabalhadores de 18 programas da região Sul responderam a pesquisa, e constatamos que 11 programas foram inaugurados entre os anos de 2012 e 2014, 5 foram inaugurados entre os anos de 2016 e 2017 e 2 programas foram inaugurados no ano de 2020.

Esse primeiro período positivo para expansão do programa também é considerado um contexto político favorável no trato com as políticas sociais. Sobre isso, entendemos que são governos de Estado regidos por princípios democráticos que buscam garantir a participação social, por meio de espaços estruturados de diálogos com a sociedade civil e com os movimentos sociais, de forma que os interesses coletivos, assim como os direitos sociais inscritos na Constituição Federal do país sejam respeitados e concretizados através de políticas públicas. Para isso, também é favorável que ocorram mudanças estruturais no plano econômico do país, no intuito de favorecer a redistribuição de renda, aumentar o investimento nas políticas sociais, dentre outras alterações que representem iniciativas de ruptura com os interesses privatistas e de mercado na disputa política pelo fundo público.

Fruto dessa disputa acirrada de poder e lucro, a partir do ano de 2015 este cenário de expansão do programa se altera. Verifica-se uma queda no número de novas implementações, resultado de um contingenciamento do recurso federal. Período em que o país vive uma crise política ligada a investigação de corrupção e acusações posteriores feitas em relação à lei orçamentária durante o mandato da presidenta Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores (PT), entre os anos de 2011 a 2016, que resultou em 2016 o impedimento de seu mandato.

A garantia dos avanços no trato com as políticas sociais, identificado em contextos políticos favoráveis, tem exigido novos esforços políticos e de resistências dos movimentos sociais, de trabalhadores da política e demais sujeitos implicados, frente às recentes alterações gerenciadas pelo governo anterior (2016-2018) de Michel Temer, naquele período filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e do atual governo de Jair Messias Bolsonaro (desde 2019) atualmente sem partido. Muitos dos avanços estruturados e contemplados pelo Movimento da Reforma Sanitária, Movimento da Reforma Psiquiátrica e pela institucionalização da Lei da reforma (Nº 10.2016/2011) permanecem em ameaças constantes, frentes a conjuntura política atual de redução dos recursos no campo das políticas públicas e da moralização da pobreza instalada nas bancadas evangélicas e de extrema direita, no senado e no congresso nacional.

Essas ameaças e desmontes fazem parte das tensões existentes entre os diferentes Projetos Societários em disputa na conjuntura brasileira. O governo Bolsonaro tem colocado em xeque políticas e programas guiados pelas diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o que deslegitima programas e serviços, como o próprio CnaR. Na contramão de um cuidado em saúde universal e integral, este governo passa a deslegitimar os avanços desenvolvidos até então no campo da Redução de danos, para financiar modelos assistenciais que priorizam a abstinência, o financiamento na ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e incentivo as Comunidades Terapêuticas de cunho religioso.

Frente a isso o governo também apresentou alterações na Política Nacional sobre Drogas por meio do Decreto nº9.761/2019, que interfere diretamente na Política Nacional de Saúde Mental e de Atenção Básica, comprometendo a prática de Redução de Danos, assim como outras ações que afetam o controle social das políticas públicas. No que se refere ao monitoramento da Política Nacional da População em Situação de Rua outra alteração importante foi por meio do Decreto

nº 9.894/ 2019, que revoga o Decreto nº 7053/2009, modificando a composição e funcionamento do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CiampRua).

Em relação ao quantitativo das equipes, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2020) no período desta pesquisa foram contabilizados 157 equipes de CnaR cadastradas em todo território brasileiro e destas, 20 equipes estão localizadas em 16 municípios na região Sul. Mas durante a coleta de dados e por meio dos contatos realizados com a Rede Nacional de Consultório na rua e de Rua¹⁵ identificamos trabalhadores correspondentes à 21 equipes de CnaR, ou seja ao invés de 20, encontramos uma equipe a mais em um dos municípios informados pelo CNES (2020). Mesmo com a implementação de novas equipes entre 2015 e a data da coleta de dados desta pesquisa, observa-se várias precarizações no funcionamento do programa, resultado destas alterações desempenhadas pelo atual governo, que influem na estrutura organizacional e nas condições de trabalho das equipes dos programas. Como podemos observar em alguns estudos a cerca da temática, a falta de veículo exclusivo para o transporte das equipes (FERREIRA, *et al.*,2016), a necessidade de ampliação de recursos humanos para atender a demanda do município (FREITAS, 2017) e o restrito incentivo a educação permanente aos trabalhadores da rede de serviços (BORYSOW, 2018), são alguns elementos encontrados durante a pesquisa bibliográfica e nos resultados desta tese, como veremos ao longo dos capítulos.

Este contexto nos convoca a refletir sobre a influência da concepção de Política Social no processo de implementação do CnaR, logo nas implicações políticas e técnicas que resultam na eficácia e efetividade do programa. Nesse sentido, tendo como foco a avaliação do Programa e não da política de saúde, nosso propósito com este estudo é enfatizar o quanto a pesquisa de avaliação é fundamental para compreendermos as implicações e contradições que perpassam

¹⁵ A Rede Nacional de Consultório na Rua e de Rua é um coletivo criado no ano de 2015, formado por trabalhadores (as) do programa de Consultório na Rua e do Consultório de Rua de todo país, no qual participam também gestores, coordenadores, militantes do MNPR, representantes do Ministério da Saúde, pesquisadores da área e outros parceiros que se identificam com a temática. Organizar e promover Encontros presenciais, assim como o contato por meio das redes sociais virtuais (*WhatsApp e Facebook*), são um dos objetivos do coletivo que visa compartilhar as experiências das equipes nos diferentes municípios no âmbito nacional, na busca de fortalecer este programa de saúde. O último Encontro presencial, até a conclusão desta tese, ocorreu no ano de 2019, no município de Porto Alegre e teve como tema: “Construções e resistências dos (as) trabalhadores (as) no cuidado em saúde na rua”.

em um Programa de assistência a saúde da PSR, desvelando questões que acreditamos ser fundamentais para efetivação do cuidado em saúde universal, equânime e integral da população em situação de rua. Dessa forma, por meio da publicização dos resultados desejamos contribuir com a instrumentalização dos sujeitos implicados e os demais interessados na área por meio das reflexões a cerca do processo de implementação e de avaliação, visando aprimorar e sustentar cada vez mais o desenvolvimento do programa.

Nesse sentido, fundamentada na linha de pesquisa em Gestão de Políticas Sociais do Programa de Pós-graduação em *Serviço Social e Política Social* da Universidade Estadual de Londrina, apresentamos como problema principal: *Como tem se desenvolvido a implementação do Programa CnaR nos municípios da região Sul do país, enquanto programa de saúde específico para a população em situação de rua?*

JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS

A importância de problematizar esse tema na atualidade e na presente tese reflete uma pertinência intelectual, técnica e política, mas também sobre nossas escolhas e caminhos enquanto mulher, mãe, pesquisadora e assistente social, de grande influência para a escolha deste tema.

Meu primeiro trabalho como assistente social no ano de 2011 inicialmente se desenvolveu em uma Maternidade de alto risco de um Hospital Público, posteriormente em uma Emergência de Hospital Geral, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e mais recentemente em uma equipe de CnaR na região sul do país. Nas instituições e experiências anteriores ao CnaR, o contato e as intervenções realizadas com os usuários do SUS, em situação de rua, se desenvolviam dentro dos espaços institucionais, onde os próprios usuários¹⁶ buscavam o atendimento. Considerando estes serviços com características de atendimentos em saúde emergenciais ou de internação de curto prazo (os chamados serviços de alta densidade tecnológica), os atendimentos prestados pelo Serviço Social eram realizados de forma que atendessem principalmente, as

¹⁶ Utilizaremos o termo usuário para designar o usuário do SUS.

demandas apresentadas pelos usuários naquele momento, muitas vezes por meio da articulação e solicitação de suporte e acompanhamento da rede intersetorial no próprio território.

Já no CnaR nosso contato a PSR foi aumentando, através de suas histórias de vida, conhecendo seus locais de sobrevivência e convivência, realizando um acompanhamento de saúde à longo prazo e principalmente priorizando a construção de vínculo com essas pessoas. Isso permitiu que tivéssemos conhecimento, além das queixas emergenciais, das queixas e demandas mais crônicas que expressam seus múltiplos determinantes de saúde e sobre a permanência nas ruas.

Os acompanhamentos realizados pelas equipes de CnaR demandam meios, técnicas e instrumentos específicos, tempo, planejamento, regularidade nos atendimentos, mas também uma dinâmica inversa habitualmente realizada nos serviços de saúde, tendo como um dos objetivos realizar o acolhimento em saúde deste usuário no seu próprio espaço de vida. Nesse sentido, exige-se que a agenda da equipe de saúde tenha uma rotina mais adaptável às possibilidades e aos modos de vida desses usuários.

No mesmo período em que desempenhávamos nosso trabalho no CnaR, passamos a exercer nossas atividades no campo da preceptoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Primária, no qual o CnaR era um dos campos de estágio. Estar preceptora nos propiciou e exigiu aprofundar os estudos sobre as questões teórico-práticas do processo de trabalho. Um ano depois ingressamos no mestrado e o objetivo principal da dissertação foi estudar o processo de trabalho das equipes de CnaR, especificamente como se desenvolvia o acolhimento em saúde no espaço da rua. Um dos achados dessa pesquisa foi o conceito da *persistência acolhedora* enquanto categoria empírica constituinte do processo de trabalho das equipes.

A *persistência acolhedora* é uma estratégia criada através do processo de trabalho e experiência dos (as) trabalhadores (as) da saúde no espaço da rua, por meio de diversas aproximações estimuladas com a PSR nos territórios. Além do objetivo de construir vínculo e confiança, estas aproximações são pensadas com base nos dados da realidade, considerando o processo de realização, da liminaridade e do estigma¹⁷ vivenciado por essa população, assim como as

¹⁷ Conceitos explicitados ao longo desta tese.

particularidades dos indivíduos e grupos, e as características dos territórios (DUARTE, 2019).

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

Esses determinantes acarretam uma característica de morosidade no alcance de resultados nos processos de cuidado em saúde, logo reverbera na construção dos indicadores, entendidos em seus aspectos quantitativos e qualitativos. Nesse sentido, a *persistência acolhedora* não poderá ser identificada isoladamente, pois é compostas de outras técnicas e instrumentais que se inter-relacionam mutuamente e a equipe de CnaR não desiste nas primeiras aproximações com os usuários no território, mesmo sem ter tido resultados por vezes nada concretos nos primeiros encontros. Além da consonância necessária com o planejamento de trabalho de todos componentes da equipe, tal estratégia busca fortalecer o objetivo de avançar na constituição do cuidado com centralidade no território sob os pressupostos da Redução de Danos, da Atenção Básica e da Saúde Mental.

Em nossa pesquisa de mestrado, concluída no ano de 2018, também foi possível identificar algumas dificuldades no processo de implementação do programa CnaR. Algumas das dificuldades que afetavam o acolhimento em saúde estavam relacionadas à falta de transporte e ao número de trabalhadores na equipe, considerando uma demanda expressiva junto ao território de um município de grande porte. Outra dificuldade expressada pelos trabalhadores encontrava-se na rede de serviços intersetoriais e no acolhimento com a PSR, pois mesmo acompanhada das equipes, em alguns casos, os trabalhadores de saúde de outros

serviços demonstram falta de acolhida, pré-conceito e desconhecimento do trabalho realizado pelas equipes de CnaR (DUARTE, 2018).

Diante do contexto aqui exposto e dos resultados de pesquisas anteriores é possível perceber algumas dificuldades que podem interferir na eficácia e efetividade do programa. A forma como os Programas de CnaR desenvolvem a gestão do processo de trabalho e as práticas de cuidado trazem uma série de aperfeiçoamentos¹⁸ as práticas de cuidado em saúde já existentes, necessitando além de legitimidade política e técnica, uma estrutura organizacional que garanta um cuidado específico a uma população que vive constantemente a deslegitimação de seus direitos sociais e necessidades humanas¹⁹.

Frente a isso, e para fins desta pesquisa, identificamos a necessidade de novos estudos que façam a defesa desses programas de saúde, por meio de avaliações sistemáticas para obtenção de informações reais e relevantes, de forma tal que propicie dados para aprimorar ou alterar o curso de implementação do programa. Considerando as funções política e técnica da pesquisa avaliativa (SILVA, 2013), entendemos que ela pode contribuir para o processo de implementação do programa junto ao fortalecimento das estratégias de reorganização do modelo assistencial²⁰ com base nos princípios do SUS.

Por isso, atualmente ao ingressar no doutorado, a aproximação com o tema da tese, parte de algumas inquietações últimas, a respeito da avaliação do processo de implementação dos programas de CnaR. No presente momento destacamos a relevância desta pesquisa de doutorado, que tem como **Objetivo geral**: Avaliar o processo de implementação do programa Consultório na Rua em municípios selecionados na região Sul, a fim de contribuir com subsídios para a efetivação do

¹⁸ Um dos eixos para o aperfeiçoamento das práticas já existentes se desenvolve através do acolhimento em saúde no espaço da rua apresentando uma inversão do que acontece nas instituições de saúde, onde as pessoas é quem buscam o serviço, já no espaço da rua a equipe do CnaR, muitas vezes não foi chamada, nem convidada pela PSR para estar ali. Nesse sentido a compreensão de território vai além da definição de um território adscrito organizado a partir de domicílio fixo, presente na organização das Unidades da Atenção Básica.

¹⁹ A respeito da operacionalização do programa existem vários estudos que discorrem sobre a produção do cuidado e o processo de trabalho das equipes, como abordaremos mais a frente e indicamos as referências bibliográficas no Quadro 05.

²⁰ O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde. De acordo com Campos (1992), o conceito de modelo assistencial deve ser entendido como o desenho organizacional e técnico dos serviços, o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza nesse processo. As disputas entre o modelo biomédico hegemônico e as propostas de modelos alternativos no Brasil são desencadeadas a partir da década de 1980, no contexto de luta pelo fim de ditadura e pela ampliação dos direitos sociais através da promulgação da Constituição Federal no ano de 1988 e construção do SUS.

cuidado em saúde universal, equânime e integral da população em situação de rua. E enquanto **objetivos específicos** buscamos: a) Identificar como os sujeitos da pesquisa compreendem o processo de implementação do programa em relação as ações propostas, previstas e executadas enquanto objetivos do programa. b) Elaborar um quadro metodológico explicativo composto de indicadores e variáveis da pesquisa de avaliação qualitativa do processo de implementação do programa. c) Identificar quais os determinantes facilitadores e dificultadores do processo de implementação do programa. d) Identificar a percepção dos sujeitos em relação aos efeitos que esse programa tem produzido no acesso da população em situação de rua à rede de atendimento do SUS. e) Analisar em quais contextos tem ocorrido o processo de implementação do programa nos municípios selecionados.

Para tais objetivos, apresentamos os pressupostos impulsionadores dessa pesquisa com a seguinte elaboração:

A implementação do programa CnaR nos municípios selecionados, tem concentrado esforços para garantir o acesso à PSR, enquanto direito, à rede de atendimento do SUS no território. Entretanto, o processo de implementação tem sido impactado por três principais determinantes: a incompatibilidade entre os interesses do projeto político neoconservador e as diretrizes da política social e programas de cunho universal e equânime; a disputa de diferentes racionalidades e modelos assistenciais inscritos no campo da saúde e a estigmatização sobre a PRS que rebate na desvalorização do Programa CnaR. Estes determinantes implicam em mutações e dificuldades alheias à vontade dos implementadores (ARRETCHE, 2001, p.52) e interfere no alcance dos objetivos previstos do programa.

No que compete aos efeitos da implementação do programa, apesar das dificuldades existentes, implicam no aumento das condições de vida da PSR, no fortalecimento da política de atenção básica e da gestão do cuidado em saúde de forma intersetorial. De forma que o trabalho das equipes na busca pela efetivação do acesso a saúde enquanto direito, guiado principalmente pelos atributos da atenção básica, pela redução de danos e pela reorientação do modelo assistencial com centralidade no território, tem gerado efeitos na redução das iniquidades em saúde.

Apresentada a justificativa, os objetivos e os pressupostos, a seguir, iremos tratar a respeito do percurso metodológico deste estudo, destacando os caminhos percorridos para tal objetivo.

CAMINHOS E METODOLOGIA DA PESQUISA

Considerando que todo conhecimento científico tem a pretensão de chegar o mais próximo da realidade de forma fidedigna, é importante deixar claro que a construção do conhecimento, sofre influências do contexto histórico e do nível de desenvolvimento das forças produtivas. A partir do momento que um(a) pesquisador(a) desenvolve sua tese a respeito da vida em sociedade, esta construção irá se desenvolver também por elementos de uma ciência já existente. Ou seja, não se cria uma teoria do nada, mas a partir de questões filosóficas, científicas, metafísicas, entre outras, já existentes. A pretensão de uma tese leva a refletir sobre as demais teses já instituídas, tanto a favor, de teorias que vão dar base à nova teoria, mas também a críticas, pois por meio destas também encontramos caminhos de conceber outras teses.

De acordo com Netto (2011) e utilizando o termo de Florestan Fernandes, é preciso *saturar o objeto pensado com as suas determinações concretas*. Isso se dará pelas sucessíveis aproximações com o objeto e sua importante visibilidade, por meio da interlocução das categorias fundantes e vivas do método e da realidade social – *contradição, totalidade, historicidade, mediação e trabalho* – pensando a realidade dos homens, em suas relações humanas, seja com a natureza e a sociedade.

Considerando a dupla dimensão da política social em atender interesses opostos, a categoria *contradição*²¹ é categoria-chave para compreendermos diversas questões constituintes do nosso objeto de estudo. Nesse sentido evidenciamos aqui a importância dessa categoria na presente pesquisa, refletindo sobre a forma em que o Estado por meio da Proteção Social, principalmente no campo da política de saúde, tem atendido as necessidades e aos interesses opostos presentes na sociedade regida pelo modo de produção capitalista. Esses contraditórios interesses remetem a conceitos diferentes no trato das políticas sociais, que podem

²¹ “É, de fato, a categoria *contradição dialética*, de filiação materialista histórica, que vai impedir que a análise da proteção social se enrijeça em visões lineares e parciais. Se por *contradição dialética*, no campo do bem-estar, se entender, como aqui entendido, um processo inserido numa totalidade contraditória cujas tendências refletem as raízes da sociedade capitalista – entre forças produtivas e relações de produção – ter-se-á em mente que a proteção social exhibirá traços positivos e negativos, isto é: ela poderá atender interesses diferenciados, embora esteja estruturalmente comprometida com os interesses dominantes” (PEREIRA, 2013. p.48).

apresentar conceitos opostos de cidadania e higienismo²², que beneficiam suas ações e decisões na execução das políticas.

Além da categoria contradição, utilizamos de dois grandes eixos de análise para esta pesquisa: a) avaliação do programa CnaR com foco na eficácia da implementação e b) a implementação do programa em diferentes contextos. No primeiro eixo pretendemos avaliar as condições objetivas do programa para o processo de implementação. E no segundo eixo objetivamos analisar o processo de implementação dos casos selecionados a partir do contexto local dos municípios.

Identificados estes eixos centrais de análise, apontaremos alguns elementos em relação aos procedimentos metodológicos. Optamos pela pesquisa de avaliação de processo do tipo acadêmica, por meio do estudo de casos múltiplos, com uso de abordagem mista, com ênfase na abordagem qualitativa a respeito do processo de implementação do programa Consultório na Rua dos municípios selecionados na região Sul do país, correspondente ao período entre os anos de 2011, marco jurídico do programa, até o mês de junho de 2021, período em que finalizamos a coleta de dados. A pesquisa avaliativa possui diversas tendências, de diferentes autores, apresentando diferentes critérios e procedimentos. Com base nos estudos de Silva (2013); Arretche (2007); Draibe (2001) e Martinelli (1994), nossas escolhas pelo tipo de avaliação se configuraram com objetivo de responder, de forma fidedigna, ao problema do estudo e respeitando as particularidades do objeto.

A avaliação de processo (SILVA, 2013), refere-se ao tipo de pesquisa desenvolvida durante o processo de implementação, permitindo a avaliação da eficácia do programa em desenvolvimento. Sendo assim nossa pesquisa avaliativa terá como um dos recursos analíticos o critério da eficácia da implementação, com referência aos objetivos e normas para implementação do programa CnaR, com base nos documentos oficiais, identificando os objetivos e os parâmetros estabelecidos nacionalmente para implementação do programa em todo território nacional.

De acordo com a literatura identificamos essa pesquisa de avaliação do tipo externa (SILVA, 2013), considerando que a pesquisadora não está vinculada direta

²² Giorgetti (2006) Conceitos utilizados pela autora em estudo comparativo entre a população em situação de rua de São Paulo e Paris. O higienismo identifica e culpabiliza o indivíduo pela situação de rua, considerando uma ameaça à sociedade. Já o conceito de cidadania, compreende essa população e suas necessidades devam ser atendidas pelas Políticas Sociais, levando em consideração os fatores de natureza socioeconômica e as ameaças de seus direitos enquanto cidadão.

ou indiretamente nas instituições executoras do programa. É importante ponderar a experiência prévia da pesquisadora enquanto trabalhadora em uma equipe de CnaR na região sul do país, apresentando conhecimento empírico do objeto a ser avaliado.

Quanto ao estudo de casos ou multicaseos 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 buscamos 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 fonte de dados para o estudo de casos foi coletada por meio dos questionários respondido pelos trabalhadores, das entrevistas com os coordenadores e com a Liderança do MNPR e através da pesquisa documental com os Planos Municipais de Saúde²³ vigentes no momento da coleta de dados, e que correspondem aos últimos quadriênios entre os anos de 2018 a 2021 dos referidos municípios. Sendo este último um instrumento para implementação das políticas e elemento constitutivo da gestão pública em saúde, buscaremos por meio de análise de conteúdo as seguintes categorias presentes nos textos: Consultório na Rua; População em situação de rua; Redução de danos e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Elencamos essas palavras chaves a partir do objetivo da pesquisa e a partir dos elementos determinantes no processo de implementação do CnaR identificados nos questionários e nas entrevistas com os sujeitos. Nossa intenção é buscar elementos de contexto e elementos que influem como determinantes facilitadores e dificultadores do processo de implementação do programa CnaR.

²³ De acordo com a Portaria nº2135/2013 que Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): “Art. 3º O Plano de saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera de gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera de governo. § 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção”.

Ainda para o estudo dos casos, definimos três eixos descritivos: indicadores e dados municipais; historicização da implementação do programa e suas características; e a descrição da rede de serviços, conforme descreve a RAPS.

O estudo também se caracteriza pelo uso da técnica de triangulação (TRIVIÑOS, 2007), primeiro pela triangulação clássica: por meio da escuta dos sujeitos, análise documental e análise de contexto; segundo pela triangulação entre os sujeitos: trabalhadores, coordenadores das equipes e representante do MNPR, favorecendo uma análise multidimensional para a complexidade do problema de pesquisa, possibilitando a utilização de diferentes técnicas de coleta de dados. E terceiro através do enfoque misto (CRESWELL, 2010; PRATES, 2012), articulando dados quantitativos e qualitativos, com ênfase neste último, considerando o uso de questionário fechado e o roteiro de entrevista semi-estruturado para a coleta de dados.

CAMINHOS DA COLETA DE DADOS

Nossa aproximação inicial com o objeto de estudo primeiramente se desenvolveu a partir da revisão bibliográfica com foco nos estudos sobre avaliação de políticas e programas sociais e dos estudos existentes sobre avaliação e análise da implementação do CnaR. Posteriormente, a pesquisa documental (CELLARD, 2012) foi desenvolvida concomitantemente com a pesquisa de campo, de forma que para a realização dos objetivos da pesquisa, no caminho da coleta de dados essas etapas se cruzaram em um movimento contínuo. Para a pesquisa documental inicialmente, buscamos analisar aqueles materiais de fonte primária (legislações, manuais orientadores da política e planos de gestão) que apresentam determinações importantes para a constituição e desenvolvimento do Programa, observando principalmente os indicadores e requisitos nacionais para a implementação e funcionamento nos municípios. Conforme esquematizado no Quadro 1-Referências documentais relacionada a implementação do CnaR, para a sua constituição utilizamos esses documentos oficiais relacionados a implementação do CnaR.

Ainda sobre a pesquisa documental, nossa intenção foi identificar, por meio de relatórios de gestão, atas, legislações e reportagens, a existência de espaços de

monitoramento, avaliação e controle social da PNPSR e de programas específicos para a PSR, em destaque para o CnaR. Para isso, buscamos saber quais dos municípios e estados pesquisados possuem legislação que instituem o CIAMP e quais municípios apresentam estudos atuais sobre a PSR por meio de pesquisas censitárias. Ponderamos que tais documentos são públicos, não havendo necessidade de autorização para o acesso.

Quadro 1: Referências documentais relacionada a implementação do CnaR

Documento	Alterações do documento	Governo em que foi instituído
Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências.	Revogado pelo decreto nº 9.894, de 2019 que dispõe sobre o comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento da política nacional para a população em situação de rua.	Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva
Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o comitê técnico de saúde para a população em situação de rua.		
Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).		Governo Dilma
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).		
Portaria nº 3.088 dezembro de 2011, institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (RAPS)		
Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua.		
Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na rua (ecr) por município.		
Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua (BRASIL, 2012)		

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, que define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na psr no âmbito do sus I Plano operativo (2012-2015)	Resolução nº 31, de 30 de novembro de 2017 dispõe sobre o II Plano operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na política nacional para a população em situação de rua no âmbito do sistema único de saúde (SUS).	
Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014. Valor do incentivo		
Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Incentivo financeiro		Governo Michel Temer
Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.		
Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências.		
Decreto nº 9.761/2019 alterações na Política nacional sobre drogas.		Governo Jair Bolsonaro
Planos Municipais de Saúde, vigentes no período de coleta dessa pesquisa, dos Municípios selecionados.		Vigência dos governos municipais 2018 – 2021

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

A partir daí foi possível descrever o desenho e estrutura do programa e iniciar a elaboração do Quadro 2 - **Quadro metodológico explicativo de avaliação qualitativa do CnaR**, composto de atributos, indicadores e escalas para medição quantitativa e qualitativa do processo de implementação do programa nos municípios. Este quadro foi sendo construído ao longo do processo de pesquisa e inicialmente nos auxiliou na construção dos instrumentos da pesquisa, principalmente no questionário eletrônico. Posteriormente com os dados coletados o mesmo quadro serviu de referência para avaliação e análise dos dados gerais com todos os CnaR dos municípios convidados.

Para construção deste quadro foi preciso formular medidas de análise e julgamento, a partir de variáveis, atributos, indicadores e escalas, adaptando os critérios dos níveis de suficiência do processo de implementação. Ou seja, com intuito de estimar juízo sobre o valor (AGUILLAR E EGG, 1994) e ou nível de necessidade da realização dos sistemas logísticos e operacionais, utilizamos o grupo de **variáveis independentes**, que são em sua maioria de natureza institucional e refletem as condições prévias das agencias e dos agentes envolvidos

na implementação (PIERANTONI, 2003; UNICAMP, 1999). E os indicadores de eficácia referidos e concentrados em maior parte ao subprocesso indicado pelo modelo de Draibe (2001) **dos sistemas logísticos e operacionais**, compreendidos como modos de implementar e operacionalizar a atividade-fim. Não obstante incluímos também mais dois indicadores dos seguintes subprocessos: **processo de informação e processo de capacitação**; que permite apontar algumas reflexões iniciais a respeito desses subprocessos.

Para a seleção de variáveis e elaboração de indicadores nos fundamentamos nas legislações e documentos oficiais vigentes de implementação do programa, buscando adaptar os conceitos no Quadro Metodológico para medir de forma quantitativa e qualitativa nosso objeto de avaliação. Entendendo o indicador como forma de nos aproximarmos do conhecimento da realidade, que não poderemos captar diretamente (ANDER-EGG, 1994) elaboramos esses indicadores considerando os objetivos do programa e suas vertentes interpretativas do cuidado em saúde. Nesse sentido para elaborar os indicadores de eficácia principalmente dos sistemas logísticos operacionais, incorporamos fatores ou variáveis para subsidiar a avaliação e análise, pois a legislação não deixa isso claro. Incluímos a variável do espaço de tempo implícito na periodicidade informada, e a participação dos trabalhadores nos processos para o desenvolvimento das ações do programa, compreendendo que esses fatores compõem o processo operacional da implementação e implicam no cumprimento do objetivo do programa.

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

Nesse sentido buscamos adaptá-lo conforme a realidade dos serviços e aos atributos elegidos para avaliação da eficácia. Ou seja, diferente de uma definição *a priori* das escalas de avaliação dos indicadores ou um *check list*, a partir dos documentos oficiais, para prever os sucessos e fracassos da implementação do

programa, as escalas foram sendo construídas e adaptadas ao longo da coleta e análise dos dados, considerando principalmente os condicionantes positivos e negativos na implementação do programa.

Quadro 2 - Quadro metodológico explicativo de avaliação qualitativa do CnaR**Subprocesso dos sistemas logísticos e operacionais**

Atributos	Indicador/ Parâmetro	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insatisfatório
1. Disponibilidade de recursos humanos	1.1. Modalidade I: quatro profissionais; II: seis profissionais e III: seis profissionais acrescido do profissional médico. A modalidade I deve contemplar no mínimo dois profissionais e as modalidades II e III no mínimo três profissionais das seguintes categorias: Assistente social; Enfermeiro; Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional.	Possui o número mínimo de profissionais da equipe e contempla o quantitativo das categorias elencadas.	Possui o número de profissionais mínimo conforme a modalidade;	Não possui o número mínimo de profissionais
2. Carga horária	2. 1. Carga horária mínima de 30 horas e o horário de funcionamento deve ser adequado as demandas da PSR	Contempla a carga horária mínima e o atendimento no período diurno e noturno	Contempla a carga horária mínima e o atendimento no período diurno	Não contempla a carga horária mínima
3. Disponibilidade de recursos materiais	3. 1 Veículo exclusivo do Programa para deslocamento da equipe, transporte de equipamentos e insumos, com identificação visual.	Veículo exclusivo do Programa para deslocamento da equipe, transporte de equipamentos e insumos, com identificação visual. *Configuração de Unidade Móvel	Tem exclusividade, mas não possui identificação visual	Possui veículo disponível, mas não tem exclusividade.
	3.2. Unidade Móvel que permite realizar alguns atendimentos/procedimentos em seu interior.	Possui unidade Móvel	Possui unidade Móvel, mas sem Identificação	Não Possui
4. Sistemas operacionais e fluxos	4.1. Ações de saúde de atenção básica, atendendo as diretrizes da PNAB	Oferta totalmente	Oferta parcialmente	Não oferta
	4.2. Processos ou Instrumentos de estudos, mapeamento e análise situacional. Há um diagnóstico levando em conta a territorialização; Elaborado de forma coletiva;	Possui diagnóstico situacional ou ferramentas parecidas, atualizado e com elaboração coletiva.	Possui diagnóstico mas sem atualização ou sem elaboração coletiva.	Não há diagnóstico.

	<p>4.3. Planejamento e roteiro das ações diárias. Na construção do roteiro consta: os Pontos de atendimento; . Pondera sobre os riscos do atendimento; Considera os perfis dos usuários; Define ações de busca ativa. *construção coletiva</p>	Há roteiro e sua construção é semanal, contemplando os fatores relacionados.	Há roteiro, mas não é feito com frequência e contempla minimamente os pontos de atendimento.	Não há roteiro
	<p>4. 4. Busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Critério de frequência é ter uma periodicidade informada/programada.</p>	Realiza cuidado a e busca ativa com frequência.	Realiza cuidado e busca ativa de forma pontual	Não oferece
	<p>4. 5. Redução de danos faz parte das ações da equipe</p>	Faz com muita frequência	Faz com média ou pouca frequência	Não faz parte
5. Acolhimento Atendimento in loco	<p>5.1. Atividades in loco e itinerantes Critério de periodicidade máxima semanal</p>	Atende com frequência	Realiza de forma pontual ou somente sob demanda	Não realiza
	<p>5.2. atendimentos individuais e atividades em grupo com os usuários. Critério de periodicidade máxima mensal</p>	Atendimento Individual e coletivo, com frequência.	Atendimento individual com frequência e coletivo de forma pontual	Somente atendimentos individuais
6. Cuidado em saúde compartilhado e integrado.	<p>6.1. Reunião de Equipe realizada com frequência para o planejamento e gestão do cuidado. Periodicidade máxima mensal</p> <p>Assuntos considerados essenciais: Planejamento de trabalho; Acompanhamento dos usuários; Questões administrativas; Estudo de casos; Elaboração de projetos terapêuticos;</p>	Realiza reuniões com frequência, abordando principalmente assuntos sobre o planejamento do trabalho e o acompanhamento dos usuários.	Realiza reuniões esporádicas, abordando principalmente assuntos sobre o planejamento do trabalho e o acompanhamento dos usuários.	Não realiza reuniões ou as reuniões são somente sobre assuntos administrativos.
	<p>6.2. Ações compartilhadas e integradas com a UBS</p>	Compartilhadas com todas as UBS's do território.	Compartilhadas com algumas UBS's do território.	Sem compartilhamento das ações, embora utilize as instalações físicas da UBS quando necessário.

	6. 3. Ações compartilhadas e integradas com o CAPS e outros serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Compartilhadas com toda RAPS	Compartilhadas com algumas unidades da RAPS	Sem relação com CAPS e RAPS
Subprocesso: capacitação dos trabalhadores				
Atributos	Indicador/ Parâmetro	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insuficiente
7. Educação no trabalho em saúde	7. 1 As eCR terão acesso a Educação no trabalho em saúde, contemplando-se, dentre outros temas, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.	A equipe tem acesso a programação sistemática à Educação no trabalho em saúde. Contemplando as necessidades da PSR, incluindo a redução de danos.	A equipe tem acesso a Educação no trabalho em saúde de forma esporádica.	A equipe não tem acesso a Educação no trabalho em saúde. Ou só há incentivo para a Busca individual.
Subprocesso de divulgação e informação				
Atributos	Indicador/ Parâmetro	Satisfatório	Pouco satisfatório	Insuficiente
8. Cadastro e a atualização de dados no Sistema de Informação vigente.	8.1. Equipe cadastrada no SCNES e atualiza os dados do sistema vigente.	Equipe cadastrada e atualiza os dados no sistema vigente.	Equipe cadastrada, mas não atualiza os dados no sistema vigente de forma adequada ou não sabe informar.	Equipe não cadastrada.

Fonte: Própria autora, a partir da base de dados da pesquisa documental, 2021.

Outro recurso analítico utilizado, foram os três grupos de variáveis identificados entre os fatores que interferem no processo de implementação: variáveis independentes (indicadores de eficácia) em sua maioria identificada na primeira etapa da coleta de dados através do conjunto de municípios da amostra; variáveis intervenientes e as variáveis cognitivas em sua maioria identificadas com mais profundidade nas entrevistas com a coordenação dos CnaR e com o representante do MNPR.

Para a pesquisa de campo, considerando o contexto de Pandemia do Covid-19 no período de realização da coleta de dados optamos pela modalidade de pesquisa em ambientes virtuais respeitando todas as orientações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa sobre as pesquisas em ambientes virtuais (OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Para tanto, decidimos aplicá-la em duas etapas, conforme os dois grandes eixos de análise deste estudo.

Na primeira etapa utilizamos como instrumento para coleta um questionário online (Apêndice A), com questões fechadas direcionados para todos (as) os (as) trabalhadores (as) das equipes do Programa da região Sul. E para a segunda etapa da coleta de dados, optamos pela entrevista em ambiente online, utilizando roteiro de entrevista com questões semiestruturadas (Apêndice B e C) aplicadas com um(a) representante do Movimento Nacional da População de Rua e com a coordenação de quatro CnaR.

Para a construção do questionário e disposição dos dados contamos também com a assessoria de um estatístico. Por meio desta coleta de dados buscamos identificar como os(as) trabalhadores(as) compreendem o processo de implementação do programa, e com isso foi possível avaliar a implementação por meio das medidas de suficiência dos instrumentos e dos sistemas logísticos operacionais previstos. O que possibilitou a concepção de novas proposições e indicadores para análise e avaliação do programa.

Considerando a abrangência e universo deste estudo, decidimos por algumas escolhas para definição da amostra. No período dessa pesquisa de acordo com o CNES (2020) e com os dados coletados haviam 21 equipes, de diferentes modalidades na região Sul localizadas em 16 municípios: Cascavel, Curitiba, Londrina, Maringá, Blumenau, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Canoas, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Uruguaiana e Viamão. Dentre os municípios, 14 deles, ou seja, a maioria possui somente uma equipe de CnaR, já os

municípios de Porto Alegre e Curitiba possuem mais de uma equipe. Essas 21 equipes somam no total o número aproximado de 100 trabalhadores de nível superior e médio que correspondem a amostra deste estudo. Já o Movimento Nacional da População de Rua se organiza por representações estaduais, tendo no mínimo 03 representantes estaduais na região sul.

Para a aplicação do questionário, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEL (Anexo A), do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS de Curitiba (Anexo B) e da Rede Nacional de Consultório na Rua e de Rua, instituição co-participante²⁴ desta pesquisa, no mês de dezembro de 2020 realizamos um pré-teste do questionário com um dos municípios selecionados, o que nos levou a alterar algumas questões viabilizando o risco de que somente um(a) trabalhador(a) da equipe convidada responderia. Sendo assim com a nova versão do instrumento para alguns atributos teríamos informações não só individuais, mas da equipe. Por isso uma das preocupações principais na construção do instrumento, foi de que as questões facilitassem a captação de dado primeiramente, para que depois pudessemos a partir da análise qualitativa e quantitativa, concatenar as avaliações em um quadro avaliativo (Quadro 4), a partir dos indicadores e escalas já apresentados no Quadro 2. Durante esse processo também avaliamos e constatamos a necessidade de incluir novas questões a respeito da influência da Pandemia do Covid-19 na implementação do programa.

Atendendo a estas alterações, com a nova versão do questionário, iniciamos a coleta no mês de janeiro de 2021 e para convidar os (as) trabalhadores (as) a responderem ao questionário utilizamos um grupo de *WhatsApp* canal de comunicação virtual da Rede Nacional de Consultório na Rua e de Rua, assim como realizamos contatos telefônicos e via e-mail com as equipes e coordenadores (as) do CnaR de cada município. Decidimos convidar também as equipes de CdeR para identificar a existência destas na região.

Para fins de conclusão da coleta, no mês de junho de 2021, decidimos por fechar o questionário para novas coletas, no qual obtivemos um total de 45 respostas, ou seja, aproximadamente 45% de respostas do total de trabalhadores (as) das equipes convidadas. Deste total identificamos respostas de trabalhadores correspondentes a 18 equipes de CnaR, logo obtivemos respostas de 15 municípios

²⁴ Considera-se instituição co-participante aquela no qual haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa.

da região Sul com CnaR, ou seja, somente os trabalhadores de 3 equipes da nossa amostra não responderam ao questionário. Uma dessas equipes que não respondeu ao questionário, por meio de contato com a gestão e com uma trabalhadora da equipe, nos informou que naquele momento passavam por dificuldades para contratação de trabalhadores na equipe, receosos por esta questão, disseram que provavelmente não responderiam.

É importante considerar que tivemos três respostas de dois Consultórios de Rua, de municípios diferentes do Estado do RS, não contabilizados em nossa amostra. Como afirmamos anteriormente, estas são equipes financiadas exclusivamente pelos próprios municípios. Dessa forma contabilizamos mais duas equipes de saúde específicas para a PSR existentes na região sul do país além das 21 equipes registradas. Mas para análise dos dados manteremos o foco nos dados dos 18 CnaR de 15 municípios que reponderam ao questionário desta pesquisa. Até por que a legislação que rege o CdeR são outras. Dessa forma, para análise dos dados iremos considerar os 42 questionários respondidos pelos trabalhadores (as) do CnaR.

Para a segunda etapa da coleta de dados, as entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em áudios, via *meet*. Com esses dados almejamos analisar os determinantes facilitadores e dificultadores do processo de implementação do programa, a partir da percepção desses sujeitos sobre o processo da implementação, considerando a realidade dos municípios e os espaços instituídos de monitoramento e avaliação.

Para as entrevistas com os(as) coordenadores(as), selecionamos 4 CnaR, correspondente aos casos múltiplos, pelos seguintes critérios acumulativos: representar uma equipe de cada modalidade (I, II e III); seguido do CnaR implementados a mais tempo; os(as) coordenadores(as) mais antigos(as); uma equipe de cada Estado e se possível uma equipe que possua trabalhador egresso da situação de rua.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2020 a junho de 2021. Para seleção e inclusão dos sujeitos entrevistados coletamos informações do CNES e das respostas recebidas do próprio questionário. Este último foi a principal fonte para a seleção das entrevistas, pois não encontramos algumas informações precisas no CNES, a informação do ano de inauguração dos serviços, por exemplo, que é um dos critérios, e no CNES não corresponde a inauguração do

serviço e sim da Unidade de Saúde em que a equipe de Consultório na Rua está vinculado. Dessa forma, as respostas dos questionários nos auxiliaram na seleção dos sujeitos para as entrevistas, a partir dos critérios estimulados.

Para sistematização e efetivação do processo de análise dos dados coletados, realizamos uma análise de conteúdo crítica, no qual se leva em consideração significados que vão além do próprio texto em si, e sim buscam significados que se referem a experiência dos sujeitos e de alguma forma visualizar nas falas, as múltiplas determinações que compõem a totalidade social.

Nesse sentido, primeiramente nos debruçamos sobre os dados buscando interpretar e analisá-los a partir das etapas referenciadas por Bardin (1979) que se desenvolvem por meio da pré-análise, através de leitura extensa do material coletado, organização dos dados a partir dos temas mais relevantes relacionando os objetivos e indicadores da pesquisa.

A segunda etapa de análise se desenvolveu através da exploração do material sistematizado, no qual buscamos problematizar as ideias explícitas e os sentidos mais amplos que as falas podem representar. Utilizaremos de procedimentos de codificação, classificação e categorização, o material foi organizado através de mapas de análises de modo a facilitar o processo. Por fim, apresentamos nossa interpretação por meio da mediação entre o conteúdo dos dados e a teoria fundamentada, em direção a uma síntese interpretativa articulando o objeto da pesquisa, a base de dados, o referencial teórico e eixos de análise.

Destacados os caminhos da coleta de dados e a metodologia da pesquisa, seguimos na apresentação da presente tese com o segundo capítulo: *Pesquisa avaliativa de políticas e programas*, que tem como objetivo central tratar a respeito dos conceitos e pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa avaliativa. Destacamos também a fase de implementação das políticas, a avaliação do tipo qualitativa para programas específicos da saúde e o uso combinado de abordagem quantitativa e qualitativa. Considerando que o tema da “pesquisa avaliativa de implementação de políticas e programas” é o grande pilar da construção desta tese, assim como tem sido pouco aprofundado nas pesquisas da pós-graduação no campo do Serviço Social e a respeito do CnaR, optamos por construir este capítulo teórico, a partir dos (as) autores (as) que se debruçam sobre o tema, seja no campo da Educação, Administração, Saúde e Serviço Social.

O terceiro capítulo: *População em situação de rua: sujeito das políticas sociais* avança-se na discussão sobre os marcadores sociais e modos de vida da PSR, que refletem na construção das políticas voltadas para essa população. Seguido da discussão a respeito dos estudos nacionais e seus principais achados sobre o Programa CnaR.

O quarto capítulo há o aprofundamento das vertentes teóricas do cuidado em saúde da PSR, para isso vamos ao encontro das contribuições no campo da antropologia a respeito do etnocentrismo, da alteridade e dos modelos etiológicos de doença, este último com base nos estudos de Laplantine (2004). Esse caminho, justifica-se pelo necessário aporte pluridisciplinar ou interdisciplinar, referente a concepção de cuidado em saúde da mesma forma que o atendimento as necessidades de saúde da PSR, pois questiona o etnocentrismo, neste caso, a centralidade da concepção de saúde biomédica²⁵ e suas formas de entender as causas das doenças. Nesse caminho apresentamos também reflexões sobre a intersecção entre o CnaR e a Redução de Danos, decorrente de novas intervenções e práticas assistenciais embrionárias de um período importante no Brasil do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

No quinto e sexto capítulo foram tecidos os resultados, atentando-se principalmente aos pressupostos deste estudo e aos dois eixos de análise. Para tanto, buscamos selecionar os dados empíricos, por meio da pesquisa documental, a partir dos questionários respondidos pelos(as) trabalhadores(as) e das entrevistas realizadas com alguns coordenadores(as) e com o MNPR. Apesar dos resultados se

²⁵ De acordo com Fertonani (et al, 2015, p.02): “o designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde. A emergência deste modelo é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), que criticava a situação das escolas médicas nos EUA e Canadá. As diretrizes do relatório orientavam no sentido de ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano o qual assume destaque e firma-se no campo da saúde. A hegemonia do modelo biomédico passa, também, a gerar um movimento de críticas que assume relevância internacional a partir dos anos de 1970, as quais também se expressam no Brasil, intensificando-se na segunda metade dos anos de 1980. Por um lado, este modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Por outro, seus limites na atenção à saúde das pessoas são amplamente reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano”.

adensarem principalmente no quinto e sexto capítulo, ao longo da tese também dispomos do uso de fragmentos das entrevistas com os sujeitos.

2. PESQUISA AVALIATIVA DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS

Nossa intenção neste capítulo é por meio de uma síntese, apresentar uma discussão geral sobre o desenvolvimento dos estudos avaliativos no âmbito internacional e no Brasil, buscando refletir a cerca dos modelos tradicionais e das discussões no campo crítico, considerando que não há consenso sobre o tema. Para tal, apresentaremos os principais conceitos sobre a avaliação, as principais vertentes teóricas, o que a diferencia de uma análise, quais os métodos, recursos analíticos e procedimentos usuais, a definição de indicadores e variáveis, entre outros elementos essenciais para fundamentação teórica desta pesquisa. Sem a pretensão de explanar todas as possibilidades de desenhos avaliativos, destacaremos principalmente as questões metodológicas da avaliação de processo. Daremos destaque a fase de implementação das políticas, a avaliação do tipo qualitativa para programas específicos da saúde e o uso combinado de abordagem quantitativa e qualitativa.

2.1 CONCEITOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA AVALIATIVA

A palavra avaliação está presente no dia a dia de todos, de maneira que costumamos usá-la ao pensar em algo de forma a estimar algum valor e mérito²⁶, antes, durante ou depois de acontecer. Julgamos uma atitude ou um fato de maneira informal cotidianamente. Aguillar e Egg (1994) nos chamam a atenção para a diferença entre este tipo de avaliação informal, em sentido lato, sem preocupações metódicas e as formas de avaliações sistemáticas, em sentido estrito, que devem respeitar critérios científicos e técnicos. Esta última forma faz referência a pesquisa avaliativa que utiliza os métodos da pesquisa social. Para este autor e autora:

²⁶ Aguillar e Egg (2002) diferenciam o conceito de valor e mérito de outros conceitos similares como: Medição, estimação, seguimento, controle e programação.

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes do programa (tanto na fase do diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisão racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados (AGUILLAR; ANDER-EGG, 1994, p. 32).

Selecionamos este conceito, pois ele implica e chama atenção para várias questões que são desenvolvidas no decorrer de tal obra. A primeira questão que queremos destacar refere-se ao conceito sobre a avaliação enquanto pesquisa social aplicada, sendo uma vertente das ciências sociais. Para Scriven (1991, *apud* BARREIRA, 2000), não há um consenso entre os estudiosos do campo, para alguns a avaliação é uma disciplina autônoma, analítica e tem sua própria especificidade. Apesar de não haver consenso nessa discussão, já se sabe que a pesquisa avaliativa é reconhecida cientificamente.

A segunda reflexão diz respeito à pesquisa avaliativa que busca acessar os diferentes estágios de condução das políticas e programas sociais a partir de procedimentos metodológicos da pesquisa social. Identificando informações válidas e confiáveis, na busca de estimar e atribuir juízo sobre o valor e mérito de algo. Para Scriven (1967, *apud*, AGUILLAR; ANDER-EGG, 1994), o valor está relacionado ao nível da necessidade de realizar algo, já o mérito tem a ver com o grau da eficiência da realização de algo, ou seja, se foi bem feito independente do seu valor. Esta definição corrobora para pensar os fundamentos e aplicação dos critérios de julgamento a serem utilizados na avaliação.

De acordo com Silva (2013, p.44), a pesquisa avaliativa é um ato técnico e político que se baseia em valores e conhecimento da realidade, e exige uma análise crítica dos fundamentos do programa e dos interesses dos sujeitos envolvidos no processo. Nesse sentido a pesquisa avaliativa desempenha três funções:

Função técnica, fornecendo subsídios para correção de desvios no decorrer do processo de implementação de um programa, indicando em que medida objetivos e mudanças ocorram e subsidiando a elaboração ou o redimensionamento de políticas e programas. **Função política**, oferecendo informações para os sujeitos sociais fundamentarem lutas sociais para o controle social das políticas públicas. **Função acadêmica**, desvelando determinações e contradições contidas no processo e no conteúdo das

políticas públicas, evidenciando os significados mais profundos dessas políticas (sua essência) para a construção do conhecimento.

Além disso, a avaliação seria compreendida como um instrumento destinado para ações que tenham objetivos concretos relacionados a uma intervenção social, podendo ser realizada nas diferentes fases do programa: Diagnóstico, programação e execução, assim como após o seu término. Identificando os tipos de avaliação em relação ao momento realizado e seus objetivos: a avaliação *ex-ante* que antecipa a fase de execução, visa avaliar a pertinência do programa ao iniciar sua elaboração. E a avaliação *ex-post* realizada durante, que poderá fundamentar decisões de continuidade e possíveis alterações durante a execução, podendo também ser realizada após o término do programa, com intuito de estimar e avaliar resultados, efeitos e impactos gerados na realidade. Por isso a avaliação deve ter um sentido de utilidade, tanto para o alcance dos objetivos estabelecidos como para satisfação dos destinatários do programa. Nesse sentido a avaliação deve servir para melhorar as ações propostas, subsidiando a tomada de decisões, permitindo modificar e alterar as ações em curso de forma racional.

Existem também os modelos de avaliação de acordo com a sua natureza e finalidade: a avaliação de resultados e avaliação de processo. De acordo com Draibe (2001), o primeiro preocupa-se em saber o cumprimento e a qualidade dos objetivos alcançados nos resultados. Já a avaliação de processo tem como objetivo identificar no processo de implementação, fatores que facilitam ou dificultam o alcance dos resultados.

Para Silva (2013), o estudo e a avaliação do processo das políticas públicas identifica 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*: para que um problema esteja incluído na agenda governamental é necessário que ele chame atenção da gestão pública, através de estratégias que possibilitem sua visibilidade e legitimidade, ou seja, problema que deve ganhar atenção da sociedade e do poder público. b) *Formulação de alternativas de política*: este é o momento que o corpo técnico, principalmente, estabelece o diagnóstico do problema indicando alternativas e o conteúdo geral do programa; c) *Adoção da política*: este é um movimento decisório que estabelece o desenho do programa, momento que o

Legislativo estabelece as leis, portarias, dentre outros instrumentos de definição que afiançam a implementação do programa. d) *implementação ou execução dos programas sociais*: aqui 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.

Com base nos estudos de Arretche (2007) e Silva (2013), além do rigor científico, existem alguns recursos analíticos importantes para a avaliação das políticas públicas, um deles é a distinção entre os critérios de efetividade, eficácia e eficiência. O critério de efetividade estaria relacionado à avaliação entre a implementação de uma política, seus custos e resultados, tendo em vista seus objetivos e metas, ou melhor seus “produtos” previstos no programa. O critério da eficácia se refere, a avaliação dos objetivos e dos instrumentos explícitos e seus resultados, que segundo Arretche (2007), é uma avaliação que pode ser direcionada de duas maneiras: com foco nas metas propostas e alcançadas ou nos instrumentos previstos e aqueles realmente aplicados na implementação da política. Já a avaliação da eficiência tem com foco a relação entre a implementação, seus impactos e efeitos na realidade objeto e para o público alvo.

Nesta tese, por dimensão de eficácia, entendemos a busca pela satisfação das necessidades sociais a luz da gestão pública regida por princípios democráticos, na qual a política social é entendida como política pública e direito de cidadania pelo traço comportamental do *ethos* solidário, que está a serviço das necessidades sociais engendradas da relação antagônica entre capital e trabalho (PEREIRA, 2020). Diferente das dimensões de eficácia, eficiência e efetividade no contexto da Reforma do Estado que move sua estratégia a partir do paradigma gerencial presente praticamente em todas as políticas. De acordo com Franceze (2011), as mudanças implementadas pela Reforma se resumem ao ajuste fiscal e a mudança institucional que refletem no enxugamento das responsabilidades do Estado, na contenção dos gastos, na privatização das empresas públicas, dentre outras ações que visam o maior controle por resultados das organizações, que passam a ter maior autonomia de gestão a serviço da rentabilidade econômica da lógica neoliberal.

Embora a eficácia seja um recurso analítico de origem de autores anglo-saxões no campo da pesquisa de avaliação de abordagens tradicionais (MERCADO *et al.*, 2010, p.24), compreendemos que o uso desses conceitos e dimensões avaliativas na realidade Latino Americana devam ser acompanhados de análises que adentrem a realidade estudada à luz de valores e concepções sociais democráticas, desvencilhando de concepções neutras e evitando seu uso homogeneizador que não respeitam as particularidades locais e de grupos e que reforcem ainda mais as desigualdades sociais. Para isso entendemos que o uso dessas dimensões - eficácia, eficiência e efetividade – no processo avaliativo deva estar apoiado de abordagens pluridisciplinares para conhecimento e representação da realidade social, assim como a análise multidimensional do processo saúde e doença, para pensar o atendimento as necessidades de saúde específicas da PSR, afastando-se de abordagens mediadas apenas por indicadores econômicos. Para isso junto a dimensão da eficácia incluímos o princípio da equidade, que fundamenta este estudo avaliativo, uma vez que a equidade para o SUS está intrinsecamente relacionada a implementação de políticas com o objetivo de diminuir vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, incluindo a PSR.

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

Para JANUZZI (2005):

No campo aplicado das políticas públicas, os indicadores sociais são medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesse programático. Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Prestam-se a subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e da sociedade civil e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais (MILES, 1985. NAÇÕES UNIDAS, 1988). Taxas de analfabetismo, rendimento médio do trabalho, taxas de mortalidade infantil, taxas de desemprego, índice de

Gini e proporção de crianças matriculadas em escolas são, nesse sentido, indicadores sociais, ao traduzirem em cifras tangíveis e operacionais várias das dimensões relevantes, específicas dinâmicas da realidade social.

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

Os indicadores, assim como as variáveis, também representam as medidas de avaliação dentre os recursos da pesquisa avaliativa. De acordo com Minayo (2009, p.2):

Em geral, os pesquisadores consideram que os indicadores constituem parâmetros quantificados ou qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (Avaliação de resultados). Como uma espécie de sinalizadores da realidade, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido da medida e balizamento do processo de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas.

No que compete aos indicadores qualitativos compreendidos em sua constituição permanente e coletiva, Martinelli (1994, p.139), chama atenção para dois eixos essenciais no qual a construção dos indicadores devem se reportar: *efetividade das ações e o alcance social*:

A efetividade das ações se refere ao vigor do Programa, desenvolvido, à sua força política enquanto instrumento de transformação social da realidade e o alcance social, ao impacto do Programa junto à população usuária e a comunidade na qual se encontra inserida.

Já a variável é uma característica do fenômeno que pode apresentar diferentes valores. Para que as variáveis se tornem medidas de avaliação é necessário utilizar-se dos indicadores, que são como parâmetros dos resultados esperados. De acordo com o material publicado pela Unicamp (1999), as variáveis podem ser classificadas como dependentes; intervenientes e; independentes. A variável dependente são aquelas medidas representadas pelo programa e seu plano, como medidas de resultados, desempenho, cumprimento de metas e outros. Os indicadores que captam tais variáveis são os indicadores de eficiência e de impacto. A variável interveniente são aquelas variáveis contextuais e os fatores externos que podem ou não contribuir para produção de mudanças identificadas. As variáveis intervenientes ou contextuais podem ser compreendidas como as condições dos espaços locais de implementação, a exemplo pode considerar o porte do município; características socioeconômicas da população, a incidência de um mesmo programa no município, dentre outros. Já para a variável independente são considerados:

[...] os fatores que operam como condicionantes do desempenho do programa. São tipicamente fatores do tipo inputs que, por hipótese, atuam através de sub-processos de atividades de implementação, condicionando de modo positivo ou negativo os resultados. Os indicadores que captam tais variáveis são, portanto, indicadores de eficácia, referidos aos conteúdos e à qualidade dos processos através dos quais os programas são executados. Nos processos de implementação dos programas, as principais variáveis independentes são de natureza institucional e retratam características as condições prévias das agências e dos agentes envolvidos na implementação (UNICAMP, 1999. p.15).

Para a análise do processo de implementação das políticas e programas considera-se que as variáveis independentes influenciam nas variáveis dependentes. Em outras palavras, a condução da implementação e seu desempenho dependerá das estratégias (ou metodologias) elencadas e pelo impacto que as estruturas de operação institucional (estruturas organizacionais; quadro jurídico-legal; recursos físicos; recursos financeiros; recursos humanos; base de apoio logístico) e a dinâmica dos agentes implementadores (conhecimento sobre os objetivos da política, dentre outros) exercem nestas estratégias (SILVA, 1999).

D' Ascenzi e Lima (2013) incluem ainda as variáveis cognitivas, ao propor um modelo analítico ao processo de implementação baseado na integração entre variáveis centrais dos modelos top-down (desenho prospectivo) e bottom-up

(desenho retrospectivo)²⁷. Essa integração destaca algumas contribuições destes modelos, assim como rejeitam outras.

Nossas pesquisas em política sociais nos setores de educação e saúde exigiram ampliar as variáveis explicativas e explorar elementos como as ideias e concepção de mundo dos atores, suas estratégias, normatividades e intencionalidades própria (D'ASCENZI; LIMA 2013, p.109).

Nesse sentido, além das características do plano e da dinâmica dos espaços organizacionais, há um destaque das variáveis cognitivas, que agem como mediadoras entre as intenções compreendidas no plano e sua apropriação nos locais, fazendo com que essa variável tenha ênfase neste modelo de análise proposto pelo autor e autora.

De acordo com a fala de uma das coordenadoras entrevistadas, nem sempre o que está posto no plano do programa é de fato o que acontece na rotina das equipes:

Às vezes um encaminhamento de um case, por exemplo né... de uma pessoa ir a um atendimento, tem três, quatro olhares diferentes, e fazer a convergência desses olhares sobre o mesmo fenômeno, é delicado e pode gerar conflito, e pode gerar atrito. E aí a gente não pode perder o foco da assistência do cuidado em saúde daquela pessoa (Coordenadora município 03).

As diferentes compreensões encontradas entre os implementadores de um mesmo programa, além de trazer a imprevisibilidade na execução do plano, pode gerar conflito entre os implementadores no processo de decisão. Por isso compreendemos que a variável cognitiva deva estar presente no processo de análise, assim como deva buscar identificar como os implementadores do programa tem lido com essa variável no processo de implementação.

Para tanto, quando propomos realizar uma avaliação quanti-quali de implementação do Programa CnaR com foco na eficácia, devemos levar em conta as dimensões explicitadas acima e articular aquelas que possam contribuir de forma fidedigna na avaliação de um programa de saúde, da política de atenção básica, com foco no atendimento as necessidades da população em situação de rua a longo prazo.

²⁷ Falaremos mais a diante a respeito destes modelos.

Esta clara nossa escolha pela *avaliação de políticas*, no qual discorreremos ao longo desta tese, mas é importante deixar claro que há outras modalidades de avaliação identificadas entre os (as) autores (as) como: *avaliação política* e *análise de políticas públicas*. Para Arretche (2007) apesar das diferenças, é comum que essas modalidades de avaliação não tenham a intencionalidade de serem apenas instrumentais e neutras, reafirmando aqui a dimensão técnica e política da avaliação. Para a autora a *avaliação política* vai ao encontro dos fundamentos políticos e das razões pelas escolhas e adoção de critérios de uma dada política, ou seja, é um estudo anterior e independente da engenharia institucional ou de seus resultados. Para Figueiredo e Figueiredo (1986, p.108-123) a *avaliação política* pretende realizar:

[...] análise e elucidação dos critérios ou critérios que fundamentam determinada política: as razões que as tornam preferível a qualquer outra [...] aqueles estudos que se voltam para aferição do grau de consistência entre os objetivos sociais, os princípios de justiça e, claro, os meios a serem usados.

O autor e a autora ainda afirmam que a *avaliação política* deve contemplar questões a respeito dos propósitos do programa, em que medida esses propósitos respondem as demandas sociais, qual a viabilidade funcional do programa, e qual seu potencial de efetividade. Olhando para essas questões nos parece um caminho de análise da formulação e construção da política, para substanciar as escolhas e estratégias adotadas para avaliação e monitoramento adequados a realidade do programa, somada a análise a respeito da constituição dos fundamentos éticos da política social implicados na ordem capitalista e suas transformações.

No entanto, a modalidade de *análise de políticas públicas* tem o intuito de examinar pontos essenciais da engenharia institucional do programa, buscando analisar como se deu esse campo de decisões políticas, de negociação e embates, para chegar ao desenho e engenharia do programa (ARRETCHE, 2007).

Existe também a abordagem denominada de “ciclo de políticas”, formulada pelos autores ingleses Stephen Ball e Richard Bowe, utilizada para análise de políticas sociais e educacionais. A partir de uma orientação pós-moderna, o ciclo de políticas busca uma análise crítica desde a formulação, implementação e resultados das políticas, assim como os diferentes desejos e disputas que influenciam esse processo. Nesse sentido há uma preocupação em analisar as várias dimensões da

política nos seus contextos de influência, de produção de texto e o contexto da prática. Uma das críticas a essa abordagem é a falta de uma teoria de Estado clara, crucial para uma análise de políticas e seus determinantes (MAINARDES, 2006).

Ainda nesta modalidade de análise é possível que se atribua alguns resultados prováveis neste exame da política, mas é na modalidade de *avaliação das políticas e programas* que se desenvolve a particularidade que:

[...] consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou ainda, que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y. (ARRETCHE, 2007, p. 31).

Esta distinção demarca que a avaliação tem como principal objetivo estimar o valor de algo, avaliar e compreender os fatores que distanciam os objetivos e o desenho do programa, tendo como referência seus objetivos e metas. A avaliação busca estimar valor e julgamento sobre os efeitos e impactos da política, seja antes, durante ou ao final de sua implementação.

Em relação ao surgimento e desenvolvimento da avaliação de políticas sociais, a literatura divide em quatro gerações (GUBA; LINCOLN, 1990). Nos Estados Unidos entre os anos de 1930 e 1960 destaca-se a primeira e segunda geração, e entre 1960 e 1970 marca a terceira geração. As três gerações, as mais tradicionais, se desenvolvem a partir de preocupação e procedimentos de medições quantitativas e neutras, em sua maioria.

De acordo com Silva (2013), foram nas décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos que a avaliação de políticas e programas sociais se expandiu. A preocupação nesse período era dimensionar o resultado das políticas e programas, identificando o sucesso e o fracasso das instituições estatais, através de medidas quantitativas por critérios de eficiência e eficácia. Essa preocupação focada nos resultados de políticas e programas registra uma grande produção na literatura, assim como de cursos e treinamentos nas universidades norte-americanas. Para Tanaka e Melo (2007) a primeira geração traz como preocupação principal a *medição* dos fenômenos avaliados. A segunda geração valoriza a necessidade de ampliar a preocupação de medição para *descrição* de outros fatores que pudessem influenciar no objeto de avaliação.

Já na década de 80 a pesquisa avaliativa apresenta um enfraquecimento atrelado ao governo dos Estados Unidos que passa a reduzir o financiamento para a estrutura da proteção social. E a terceira geração soma a preocupação do *juízo*, atrelado às necessidades de medir e descrever (TANAKA; MELO, 2007).

A quarta geração nasce neste contexto último, mas agora fundamentada em abordagens bem diferentes das anteriores, passando a valorizar a participação de outros sujeitos no processo de avaliação, discordando da avaliação como ação exclusiva de um especialista. Essa geração passa a afirmar a importância da articulação de metodologias quantitativas e qualitativas, assim como evidencia a dimensão política da avaliação, negando a neutralidade técnica defendida anteriormente, pelas gerações mais tradicionais. Neste período também cresce a participação da sociedade e de vários grupos políticos no debate sobre a transparência e alocação de recursos públicos nas políticas e programas sociais (SILVA, 2013).

De acordo com Silva (2013), no Brasil a pesquisa de avaliação inicialmente se constituiu com intenções fiscalizatórias e burocráticas. A partir da década de 1980 passa a se desenvolver com mais intensidade impulsionado pelo Movimento de Redemocratização do país, demarcado pela luta de grupos sociais para a universalização e controle social das políticas sociais. Na década de 1990 a prática da avaliação demarca outra conjuntura, a da Reforma do Estado e do projeto neoliberal. Enxugando sua função de executor, o Estado passa a transferir a execução dos programas sociais ao Terceiro Setor, neste contexto a avaliação das políticas e programas se torna fundamental para o controle do Estado, favorecendo o uso de avaliadores externos, com intenção de medir a eficiência dos gastos públicos e a eficácia dos programas sociais.

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

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

O desenho metodológico deste presente estudo vem neste caminho de articular coordenadores, trabalhadores e usuários organizados no processo de avaliação do programa. Dessa forma, acreditamos que é preciso continuar tensionando os modelos de controle externos instituídos historicamente e avançar na articulação dos sujeitos e na construção de agendas de formação e avaliações sistemáticas. Também é preciso, tensionando a construção coletiva de metodologias e indicadores de avaliação mais próximas da realidade da PSR, por meio dos espaços já existentes para isso, como o próprio CIAMP. Acreditamos que isso possa contribuir para a sustentabilidade do programa que tem encontrado dificuldades no processo de implementação, dada as fragilidades e inconsistências advindas da formulação de documentos oficiais, no que se refere a operacionalização das diretrizes e a indisponibilidade de dados estatísticos sobre a PSR para a construção de indicadores no processo de monitoramento e avaliação do programa.

A seguir daremos destaque a fase de implementação das políticas, os diferentes modelos de análise, a avaliação do tipo qualitativa para programas específicos da saúde e o uso combinado de abordagem quantitativa e qualitativa.

2.2. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DA SAÚDE

Para a realização da avaliação dos programas de saúde, devem-se considerar as particularidades do trabalho neste campo e de seu produto, pois este é fruto da inter-relação entre usuário e trabalhador da saúde, além do processo de trabalho que se constitui de forma coletiva e interdisciplinar. Dada essa complexidade na produção de conhecimento, assim como na avaliação dos programas e projetos, falaremos sobre a relevância da pesquisa qualitativa e o uso combinado das abordagens quantitativa e qualitativa.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2007), no campo das Ciências Sociais trabalha com um conjunto de fenômenos que não podem ser quantificados, pois são aqueles fenômenos entendidos como parte das relações humanas, destacando significados, representações, crenças e intencionalidades. Para tanto a Ciências Sociais considera que seu objeto de estudo é *histórico*, pois apesar de cada sociedade humana se constituir de forma particular e em um determinado espaço de tempo, estas também são determinadas por seu passado e apresentará determinantes para construção do futuro. Nesse sentido, cada sociedade em seu tempo possui uma *consciência histórica*, ou seja, possui uma racionalidade de seu tempo e intenções para o futuro. Há também uma *identidade entre sujeito e objeto*, pois o investigador e o objeto partilham de substratos comuns da cultura. É *intrínseca e extrinsecamente ideológica*, não acreditando que exista ciência neutra, considera-se que a visão de mundo e as intenções humanas estão implicadas em todo processo da construção do conhecimento.

Dada essas particularidades podemos encontrar diferentes práticas avaliativas fundamentadas em distintas intenções. No que se refere a avaliação qualitativa de programas de saúde, Mercado e Bosi (2010), ao abordarem o tema, delimitam diferenças entre as práticas avaliativas de políticas e programas do modelo tradicional positivista e os novos modelos de avaliação denominados como *enfoques emergentes* na área da saúde na América Latina. Estes novos enfoques de cunho participativo, democrático e colaborativo teriam em comum seu *antipositivismo*, pois passam a questionar a neutralidade desta perspectiva e a metodologia estritamente quantitativa. A abordagem tradicional positivista²⁸ é questionada, pois não garante a participação dos sujeitos implicados no processo de avaliação e acredita que só pode ser realizada por especialistas.

Para Tanaka e Melo (2007) esse rigor de especialidade tem influenciado significativamente a avaliação em serviços de saúde, assim como a função de controle exercida pelo Estado. Isso seria um dos fatores para a insipiência de

²⁸ Os fundamentos do método positivista irão advertir que a falta da neutralidade na pesquisa constitui um obstáculo no caminho de sua legitimidade científica – ou seja, o (a) pesquisador (a) ou avaliador deve manter certa distância do objeto estudado para que os resultados sejam fidedignos. A teoria positivista historicamente constrói um método de pesquisa que defende uma neutralidade, pois se fundamenta nas ciências naturais para iniciar discussões a respeito da física social ou, mais tarde, a chamada sociologia. Para Auguste Comte (1973), os fenômenos da sociedade são regidos por leis naturais e invariáveis. A filosofia positivista aqui não tem a pretensão de expor as causas geradoras dos fenômenos e sim explicar os fenômenos através de leis universais e classificáveis. Nesse sentido o positivismo pretende prever os acontecimentos e não modificá-los.

práticas avaliativas no campo da saúde, pois além do desconhecimento do processo avaliativo, há uma ideia de prática ameaçadora quando apresentada quase sempre através de processos fiscalizatórios e de capacidade especializada. Essa insipiência se confirma na análise dos resultados da presente pesquisa, quando 76% dos sujeitos, ou seja, a maioria dos (as) trabalhadores (as) do CnaR que responderam ao questionário, afirmaram não participar de nenhum espaço de monitoramento e avaliação de políticas públicas. Dentre os sujeitos da pesquisa que disseram participar, citaram como espaços de monitoramento e avaliação: o CIAMP, Conselho de gestão, Conselhos de saúde e um grupo de militâncias dos trabalhadores do CnaR.

E dentre os coordenadores entrevistados somente um afirmou que realiza monitoramento e avaliação dos resultados do programa a partir de indicadores já monitorados pela Atenção Básica no município, ou seja, não são indicadores específicos do programa. A mesma coordenadora relata que havia no município o Comitê Técnico de saúde da PSR que foi suspenso pelo fato de não haver representação da sociedade civil, dado o embate político entre o MNPR e a atual gestão municipal. E os demais entrevistados, incluindo a liderança do MNPR, afirmaram não ter conhecimento sobre processos avaliativos do programa, apesar deste último afirmar durante a entrevista que o MNPR realiza o controle e o acompanhamento das políticas públicas.

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

De acordo com Tanaka e Mello (2007) a *avaliação para subsidiar o processo de gestão* é parte integrante do planejamento e essencial para a tomada de decisões. Nesse sentido deveria ser um processo habitual na gestão devendo ser contemplada pela participação dos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços. Para os autores as principais dificuldades encontradas pelos gestores e trabalhadores se encontram no pouco domínio do campo teórico e metodológico da avaliação e pouca clareza de sua finalidade.

É importante deixar claro que apesar das afinidades entre pesquisa e avaliação como já apontamos anteriormente, existem as diferenças. De acordo com FARIA (2011, p. 292-293):

Dentre as afinidades, podemos destacar o objeto de estudo, o conteúdo dos fenômenos estudados e as técnicas de coleta, organização e análise de dados. A especificidade das áreas é marcada, principalmente, em função do principal usuário de seus resultados. A motivação do *pesquisador social* e a contribuição dos seus “achados” apontam para a formulação e a comprovação de hipóteses que confirmam, ou não, abordagens teóricas que lhes dão sustentação. Resultados com estas características são orientados para a *conclusão*. O *avaliador* tem sua principal motivação na possibilidade de oferecer, aos decisores e formuladores dos programas, recomendações e pareceres que justificam a propriedade de metas, a utilização de recursos e o estabelecimento de fluxos e procedimentos de implementação; que permitam redimensionar ou confirmar as ações planejadas; que viabilizem a manutenção ou correção do curso das ações implementadas ou em elaboração. Resultados assim caracterizados são voltados para a *decisão*.

Para a realização da avaliação nos serviços e programas de saúde, seja uma pesquisa avaliativa ou avaliação para subsidiar o processo de gestão, devem-se considerar as particularidades do trabalho neste campo e de seu produto, pois este é fruto da inter-relação entre usuário e trabalhador da saúde, além do processo de trabalho que se constitui de forma coletiva e interdisciplinar²⁹.

Dada essa complexidade na produção de conhecimento, assim como na avaliação dos programas e projetos, indica-se, o uso combinado das abordagens quantitativa e qualitativa (Silva, 2013; Tanaka e Melo, 2007; Minayo, 2009).

O uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa possibilitará compreender em maior profundidade e dinâmica interna do fenômeno e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados. Enquanto a avaliação quantitativa permite quase sempre uma visão geral do fenômeno avaliado, a avaliação qualitativa permite encontrar

²⁹ Para maior aprofundamento sobre o tema ver Nogueira (1997).

explicações e aprofundar alguns dos aspectos gerais identificados quantitativamente (TANAKA; MELO, 2007, p.130).

As diferenças entre as abordagens são de natureza, mas não são de forma alguma incompatíveis, por isso essas combinações devem respeitar o rigor científico, critérios de confiabilidade e validade.

Além da pertinência desse uso combinado de abordagens é preciso considerar outras diferenças nas pesquisas de avaliação no campo da saúde, que de acordo com Stenzel (1996), há duas linhas discursivas que orientam as escolhas do pesquisador avaliador: a avaliação de programas e a avaliação da qualidade. A primeira está ligada a pesquisa avaliativa de políticas sociais dentre os quais se inclui os programas de saúde. Já a avaliação de qualidade, que não é o mesmo que avaliação qualitativa centra-se na abordagem que historicamente privilegia a mensuração de procedimentos, ou seja, constituem estudos da qualidade na sua dimensão objetiva³⁰.

Para Contandriopoulos (et. al, 1997), outra definição consensual entre os estudiosos da área são entre a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. Para o autor a primeira tipologia estuda o evento isolando-o de qualquer interferência do contexto, buscando fazer um julgamento a partir dos critérios e normas do programa. Geralmente é realizada pelos responsáveis do funcionamento do programa, pois tem como finalidade auxiliar a gestão em suas funções de controle, acompanhamento, garantia de qualidade, entre outros. Já a pesquisa avaliativa ou investigação avaliativa tem fundamentos científicos e geralmente é realizada por pesquisadores externos ao programa.

[...] trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p.37).

Essa tipologia, considerada pelo autor, ainda pode se dividir em seis enfoques analíticos: análise estratégica, de intervenção, de produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação. As escolhas do pesquisador poderão guiar-se por uma ou várias dessas análises.

³⁰ Para maiores informações a respeito da avaliação de qualidade ver Uchimura e Bosi (2002) – A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde.

Diante disso, fica claro nosso percurso metodológico guiado pela pesquisa avaliativa de processo, com o uso combinado das abordagens quantitativas e qualitativa, para avaliação e análise do processo de implementação do Programa CnaR.

2.3 A ESTRUTURA DO ESTADO BRASILEIRO E OS MODELOS DE ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO

Apresentadas algumas discussões a respeito da dinâmica das políticas sociais e no campo da saúde, é preciso considerar também alguns elementos específicos da realidade brasileira e de sua estrutura institucional do Estado que influenciam nessa dinâmica. Para Franceze (2011) o avanço da democratização do país estabeleceu alguns mecanismos para a participação e controle social das ações governamentais e da administração pública, como o direito ao sufrágio, a composição dos Poderes do Estado que funciona de maneira tripartite entre o Legislativo, Executivo e Judiciário; e ainda os Conselhos de Direitos e as Conferências das políticas públicas. Embora se constituam de maneiras diferentes, esses agentes e mecanismos participam e interferem diretamente na gestão e execução das políticas.

Outra característica do Estado brasileiro a ser destacada é a federação. Forma de organização político-territorial estabelecida pela Constituição Federal que define um conjunto de prerrogativas aos entes federativos para o compartilhamento da soberania federal, por meio de um Pacto que conjugue o princípio de autonomia e da interdependência. Outra particularidade deste Pacto é a descentralização, entendida como uma diretriz que garante a autonomia política, administrativa e financeira dos municípios, que passaram a promover políticas das mais diversas áreas, por vezes inovadoras (FRACEZE, 2011).

No que compete a Política de Saúde, para a estruturação e implementação do SUS, compreendido como sistema único e descentralizado, foi preciso sancionar diversos instrumentos³¹ legais, desenvolvidos em diferentes ciclos nacionais de descentralização³², que regulamentassem a adesão dos Estados e Municípios. Adesões imbuídas de crescentes tensões relacionadas à autonomia dos entes

³¹ Lei orgânica da Saúde; Normas Operacionais Básicas; Pacto pela Saúde; dentre outros.

³² Para mais informações sobre os Ciclos ver Viana (2008).

federativos e o tipo de descentralização proposto. Para Viana (*et al*, 2008, p.2) a descentralização foi a principal estratégia de implantação do SUS:

O privilégio da estratégia de descentralização se explica pelo próprio momento de constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para as esferas subnacionais foi identificada, no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e maior eficiência governamental (ALMEIDA, 2007). Aqui, o ideário da descentralização, longe de representar um recurso para o desmantelamento do Estado, ou ser apenas peça da reforma do Estado na perspectiva liberal, teve o significado de unificar o discurso de diferentes atores políticos interessados em ampliar sua participação nas arenas decisórias, principalmente governamentais, e no bolo tributário.

Apesar do SUS apresentar claramente uma direcionalidade técnica e política a respeito da estratégia de descentralização, a formação de um padrão híbrido de gestão pública no estado brasileiro, contribui para que a formação da descentralização na implementação das políticas se constitua enquanto termo polissêmico e seja instrumentalizado para atender interesses de grupos e classes sociais antagônicas (SILVA, 2016).

De acordo com Barbosa (2018), o CnaR é um serviço que compõem o sistema nacional da política de saúde e para ser implementado é preciso um arranjo institucional que integre os níveis de governos, tendo em vista as suas diferentes responsabilidades e os objetivos comuns fixados setorialmente. Cabe ao governo federal dispor sobre as regras e orientações gerais do serviço, a gestão municipal cabe a implementação do programa, demandando a contratação de trabalhadores, aquisição de veículo para uso da equipe, além da coordenação do serviço no território. E ao governo Estadual cabe o monitoramento e avaliação do CnaR, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, conforme descrito na Portaria nº 122/2011.

Para articular esse arranjo institucional o SUS conta com espaços de articulação interfederativa entre os gestores, as chamadas Comissões Intragestores: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne os gestores dos três níveis de governo e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) que reuni Estados e os Municípios. Para Arrenche (2004, *apud* BARBOSA, 2018) estes espaços constituem inovações do SUS para o funcionamento do federalismo brasileiro, pois consistem em espaços de negociações do processo de formulação das políticas de saúde

reduzindo a possibilidade de MS definir as regras do SUS de forma unilateral, já que os governos locais dependem do financiamento federal. Evidenciam-se também os dispositivos de participação e controle social nas tomadas de decisões, Conferências, Conselhos de saúde e Comitês.

Para Silva (1999), a configuração dos estados federativos, dotados de autonomia política e fiscal, propende a incongruência de objetivos e interesses entre autoridades centrais e implementadores, e entre os próprios implementadores. Segundo Arretche (2001) comportamentos não cooperativos derivados de partidos políticos distintos, com projetos societários distintos, aumentam essa tendência a incongruência. Esse dado da realidade que impõem um cenário de incertezas também envolvem programas que desempenhar a implementação em parcerias público e privado cujos interesses também podem ser diferentes. Por isso a autora afirma a necessidade de incentivos, ou seja, o sucesso da implementação da autoridade central dependerá de uma estrutura de incentivos que facilite a adesão dos implementadores e a obtenção da ação cooperativa entre os agentes governamentais e não governamentais aos objetivos e metodologia de um programa.

Embora seja indispensável essa estrutura de incentivos, Arretche (2001) destaca fatores inerentes a formulação, também compreendida como um campo de incertezas. Estes fatores estão ligados à construção do desenho do programa sinalizando que muitos dos efeitos esperados pelos formuladores somente serão conhecidos no processo de implementação, em razão de que os formuladores não possuem dados suficientes e completos a cerca da realidade, além da restrita liberdade no processo decisório que gera a necessidade de adequação do desenho final do programa.

De acordo com os documentos oficiais do programa CnaR entende-se que estar na rua de forma contínua é um pré-requisito para as equipes e para o funcionamento do programa CnaR, seja para a constituição de diagnóstico territorial, seja para o cuidado em saúde longitudinal e resolutivo. E para facilitar o acesso dessa população ao cuidado em saúde é oportuno que as equipes realizem suas ações majoritariamente no espaço da rua e caso as demandas de saúde passem a exigir maior complexidade tecnológica, que não pode ser ofertada na rua, será preciso acionar o uso da UBS como recurso (MACHADO, 2021). Para Vargas e Macerata (2018), tanto a rua como a UBS sede/referência e as redes institucionais

são considerados os três principais planos de intervenção das equipes de CnaR, incluindo suas especificidades na gestão do processo de trabalho em cada plano.

De acordo com a fala da liderança do MNPR sobre a realidade da implementação em um dos municípios estudados, as condições estruturais como a falta de motorista na equipe, tem levado esta a comparecer menos dias no território e isso não tem suprido as demandas locais e muito menos o que está descrito na política nacional, já que o número de PSR vem crescendo e o território do município é muito extenso.

A equipe só consegue que o carro esteja lá no sul (região do município) [...], se tiver motorista realmente, né? Então... né... pela política nacional, o consultório era pra tá funcionando de vento em polpa, né? Segunda a segunda, né? Mas daí vem essa mudança municipal, entendeu? O secretário lá da saúde “não.. a equipe só tá nas ruas segunda, quarta e sexta” Bom... (risos).. Eu questiono isso aí, né cara (Liderança do MNPR).

Dada a autonomia dos municípios na gestão do programa podemos observar alguns ajustes no referido município que não convergem com a opinião do representante do MNPR e aos objetivos do programa. Somado a isso, os dados da pesquisa demonstram a necessidade de processos de monitoramento e avaliação que garanta espaços de diálogo entre representantes do governo e da sociedade civil, alinhados com as necessidades locais.

De acordo com Machado (2021), o CnaR não esteve incluso no PMAQ e não está incluso no Previne Brasil, programas com objetivo de incentivar gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços, que para isso propõem um conjunto de critério para o acompanhamento e avaliação das equipes da atenção básica. Dado o impasse de não haver indicadores específicos e de usar ou não os indicadores da atenção básica, em sua completude, para avaliação do CnaR, o programa até então não tem sido contemplado nestes programas e nem com os mesmos incentivos disponibilizados as equipes de atenção básica.

De acordo com as falas de dois trabalhadores no questionário, nas questões dissertativas, há falta de incentivo, assim como há a necessidade de monitoramento e de materiais oficiais do MS com maior clareza dos objetivos e metodologia do programa:

Maior supervisão do Ministério da Saúde em relação a implementação e manutenção do serviço, bem como um guia nacional para aproximar as

práticas realizadas pelas equipes, respeitando as singularidades regionais, além de fiscalizar e acompanhar os processos e terceirização dos equipamentos (Trabalhador 01) .

O consultório na rua vive ameaçado por uma inconsistência na implementação de sua política de trabalho ao ser alvo dos inúmeros processos de precarização do trabalho no SUS a partir da promoção de vínculos trabalhistas frágeis, desmonte de políticas de apoio Institucional e clínico/Institucional, enfraquecimento e anulação do diálogo com o as instâncias de controle social e movimento social das pessoas em situação de rua, desmonte de estrutura física de trabalho, enfraquecimento dos mecanismos de gestão pública para incentivar modos de trabalho nas equipes, visto que elas estão loteadas em várias diferentes organizações sociais que terceirizam para a gestão pública, entre outras (Trabalhador 02).

[...] a importância de um norteador nacional e maior divulgação dos serviços (Trabalhador 03).

Um dos principais documentos oficiais 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, entretanto, “como são difusas em sua apresentação, não são apontadas formas concretas para que as equipes de CnaR operem seu processo de trabalho”.

Reafirmada esta inconsistência operacional para o processo de implementação do Programa nos documentos oficiais, os municípios não encontram respaldo legal para ajustes locais. Os sujeitos também sugerem em suas falas, que 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. Essas falas reafirmam a formação de um padrão híbrido de gestão pública que pode aplicar estratégias não condizentes as diretrizes do SUS e sim atrelada à reforma do estado e a terceirização dos serviços.

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

Não há consenso na literatura a cerca da compreensão da implementação das políticas, logo podemos encontrar diferentes modelos de análises derivadas

desse processo. Por isso iremos tratar nos próximos parágrafos das principais gerações e pressupostos dos diferentes estudos.

A literatura identifica diferentes modelos de análises nos estudos sobre a implementação, Lotta (2019) sistematiza quatro gerações. A primeira geração chamada *top down*, baseada principalmente nas experiências dos Estados Unidos, tem como direção de análise o processo de formulação e as normas que estruturam a política. Se dedica a olhar de cima para baixo investigando erros e problemas identificados na implementação que não segue a risca o Plano da formulação. A busca pelos acertos estaria ligada a maior clareza da estrutura normatiza e maior controle dos agentes implementadores de forma que não comprometam a legitimidade da formulação.

Para D'Ascenzi (2013), diferente da primeira, a segunda geração denominada *bottom up*, não tem como objetivo central limitar a discricionariedade dos agentes implementadores, pois a compreende como algo inevitável e desejável já que os implementadores conhecem as características locais e pode ajustar a formulação da política à realidade local. Quando disseminada na Europa essa perspectiva passa a olhar para aqueles burocratas envolvidos na implementação, posteriormente chamados de burocratas de nível de rua (*street-level bureaucrats*)³³. Esses estudos reforçam que os processos decisórios também acontecem na implementação e não só na formulação.

O desenvolvimento dessas duas perspectivas segue entre as décadas de 1970 e 1980 com pouquíssimos diálogos entre si. É na década de 1990 que surgem modelos alternativos a esses modelos hegemônicos na literatura sobre implementação. De acordo com Lotta (2019, p.17) a terceira geração busca a partir de modelos analíticos “sair da contraposição entre formulação e implementação,

³³ De acordo com Pires (2019): “O conceito de burocracia de nível de rua (Lipsky, 1980; Hupe, Hill e Buffat, 2015) buscou precisamente chamar a atenção para o papel crucial desenvolvido por atores até então ignorados nas avaliações de políticas públicas, mas cujo trabalho cotidiano apresenta sérias implicações em termos da redefinição dos objetivos e do conteúdo de uma política, assim como das formas de relação com seus públicos (usuários, beneficiários, alvos etc.). Segundo esta vertente, o trabalho desses agentes se torna importante porque eles gozam inevitavelmente de discricionariedade na forma como conduzem suas atividades cotidianas e executam os comandos legais e hierárquicos. Isto se deve às condições sob as quais esses agentes da linha de frente desempenham suas funções, marcadas por objetivos ambíguos, um emaranhado de regras complexas, excesso de demanda, escassez de recursos, distância da supervisão hierárquica, e em interações face a face com os destinatários da ação pública. Em função dessas condições, esses agentes se encontram em meio a um contínuo exercício de acomodação entre o desiderato formal e as condições reais e específicas da execução. Nesse processo, diversos elementos e referências que não fazem parte do conjunto de prescrições legais e formais passam a se embrenhar nas atividades de implementação de uma política pública (Dodier, 1989)”.

compreendendo processos decisórios contínuos que envolvem as políticas públicas e seus resultados”. Os estudos sobre a implementação no Brasil, chegam com a quarta geração identificada na atualidade, embora ainda embrionária essa geração, desenvolvendo-se a partir dos anos 2000, com contribuições de diferentes campos disciplinares, principalmente da Sociologia. Além de buscar integrar as perspectivas hegemônicas *top down* e *bottom up*, a quarta geração é marcada por temas relacionados a capacidades estatais, novos arranjos institucionais dentre outros temas, influenciados pelo processo de reforma do Estado.

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.

Também nesse perspectiva, para Arrentche (2001), é preciso considerar que processo de implementação configura-se 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 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, por implementação entendemos a realização de um conjunto de ações que dispõem 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. Acreditamos que olhar para os processos decisórios em suas condições e disposições é umas das tarefas principais no processo de avaliação, buscando investigar e compreender a implementação para além de sua constituição normativa, mas sim como de fato a política funciona.

A escolha pela avaliação de processo neste presente estudo vai ao encontro a estes conceitos e premissas de análises “capazes de captar o sentido e a lógica dos programas movidos por interesses, conflitos e eventuais negociações” (DRAIBE, 2001, p. 27). Definidos alguns caminhos na presente tese é importante considerar que a análise de conteúdo dos dados também nos apresentou algumas direções para os recortes analíticos necessários.

A literatura já apresenta algumas pistas ou caminhos para os necessários recortes analíticos para a avaliação da implementação. Draibe (2001), chama atenção para identificar as estratégias elencadas na implementação, que se constituem no campo das decisões a cerca das características ou dimensões de processo: a) a dimensão temporal, o que ela chama de “cálculos políticos quanto aos apoios e resistências que enfrentará o programa”; b) os atores estratégicos a serem mobilizados e a matrizes de conflito e cooperação; c) e as parceria e redes de apoio. Embora não seja possível aprofundar todas essas questões estratégicas num estudo sobre a implementação, para a autora, o avaliador deve se preocupar com essas questões que são elementares para a identificação de fatores que facilitam ou dificultam a execução do programa.

A autora também elenca subprocessos e suas preocupações de análises, nos quais se desdobra o processo de implementação o que ela chama de *anatomia do processo geral de implementação*: a) o sistema gerencial e decisório; b) o processo de divulgação e informação; c) sistemas de seleção; d) sistemas de capacitação; e) sistemas internos de monitoramento e avaliação; f) e sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim). Já Adelar e Egg (1994) para avaliação da implementação elencam alguns componentes mais importantes: a) as tarefas de preparação e motivação; b) a disponibilidade dos recursos sejam eles humanos, materiais, financeiros e técnicos; e c) a disponibilidade dos meios físicos.

Dada essa explanação, destacamos o caminho teórico adotado nesta tese, que se aproxima das últimas gerações dos estudos avaliativos de implementação e da proposta de D'Ascenzi que busca integrar as perspectivas hegemônicas *top down* e *bottom up*, integrando um grupo de variáveis entre os fatores que interferem no processo de implementação: em sua maioria as variáveis independentes (indicadores de eficácia) atentas as características do plano que norteia o Programa; as variáveis intervenientes considerando os contextos locais da implementação e variáveis cognitivas considerando os valores e princípios dos agentes implementadores.

Ao discorrer sobre os conceitos e as perspectivas teórico-metodológicas da pesquisa avaliativa, as influências da estrutura do estado brasileiro, assim como os pressupostos de análises da implementação no campo da saúde, foi possível destacar neste capítulo nossas escolhas metodológicas para o presente estudo no que compete ao processo de avaliação da implementação de políticas e programas.

O próximo capítulo por sua vez, têm dois propósitos, o primeiro é refletir sobre os marcadores sociais e modos de vida da PSR, a partir de dados empíricos, que refletem na construção das políticas específicas para essa população. O segundo propósito é apresentar os estudos existentes sobre os programas de saúde específicos para a PSR, como estes têm sido desenvolvidos e quais têm sido seus principais achados, de forma que estes puderam substancia e dialogar com a presente tese.

3. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SUJEITO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Ao se debruçar nos estudos sobre a construção das políticas sociais, partimos do entendimento que a existência humana necessita de condições objetivas para produção de sua vida material e satisfação de suas necessidades, que favoreçam a sustentabilidade e continuidade da reprodução da vida. Por necessidades humanas básicas entendemos as necessidades relacionadas à saúde física e a autonomia, pois de acordo com Pereira-Pereira (2008, p.68):

[...] só existem dois conjuntos de necessidades básicas objetivas e universais – que devem ser concomitantemente satisfeitos para que todos os seres humanos possam efetivamente se constituir como tais (diferente

dos animais) e realizar qualquer outro objetivo ou desejo socialmente valorado. São eles: saúde física e autonomia. Estas necessidades não são um fim em si mesmo, mas pré-condições para alcançar objetivos universais de participação social.

Compreendemos que o Estado tem a competência na satisfação dessas necessidades humanas básicas por meio das políticas sociais, sustentado historicamente através das lutas sociais e disputa de classes de interesses antagônicos. Disputa que compreende o cerne da acumulação capitalista e luta pela redistribuição da riqueza.

Para Pereira (2020), apesar dos avanços conquistados no campo das políticas sociais e do Estado Social ao longo dos anos, há uma reestruturação perversa dos fundamentos éticos da política social. A moral conservadora (*ethos* conservador) está cada vez mais presente nas relações sociais e firmada no traço comportamental da política social. O avanço da nova direita tem contribuído para a transição do *Ethos* solidário do regime de acumulação keynesiana-fordista para o *ethos* egoísta do regime de acumulação neoliberal conservador, pois exige um novo perfil do Estado: *Workfare* e empenha-se para o assentimento de uma concepção de divisão de classes naturalmente aceita.

Feitas essas primeiras explicações, a seguir, neste primeiro item do presente capítulo almejamos realizar uma reflexão interdisciplinar com autores (as) no campo do serviço social, da antropologia e da geografia na busca de evidenciar as particularidades da população em situação de rua e suas formas de vida, considerando aspectos socioculturais e de territorialização no espaço urbano. Para isso apresentaremos as Categorias: rualização (PRATES, 2011); liminariedade (TURNER *apud* VARANDA, 2009) e espacialização/territorialização (PALOMBINI, 2013). Pretendemos ainda fazer uma reflexão sobre o que caracteriza essa população e em quais condições essa população vive, a partir dos dados que alguns censos e pesquisa municipais têm identificado.

3. 1. MARCADORES SOCIAIS E MODOS DE VIDA: UM DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR

Já se sabe que a PNPSR traz elementos imprescindíveis para a organização das demais políticas públicas e setoriais que de forma integrada, possam planejar e

atender as necessidades específicas de um seguimento populacional heterogêneo como a PSR, seja nas áreas de saúde, assistência social, trabalho, educação, habitação, direitos humanos e segurança alimentar.

Os marcadores sociais também devem ser levados em conta na construção de políticas públicas para este seguimento populacional. As categorias como classe social, gênero e raça/cor devem substanciar ações que realmente atendam expressões da realidade. Por isso consideramos a validade e sustentabilidade teórica do uso da categoria interseccionalidade (PISCITELLI, 2008) nos estudos referentes à PSR, pois ao propor a noção de interação entre as formas de opressão, passa-se a valorizar a multiplicidade das diferenças e das desigualdades entre as relações de poder presentes em contextos específicos.

Os resultados da pesquisa documental, deste presente estudo confirmam a escassez de informações, apresentadas pelas instâncias governamentais, a respeito da PSR e do monitoramento dos programas direcionados a este público. A partir da busca realizada em plataformas oficiais e documentos públicos, buscamos identificar pesquisas censitárias e diagnósticos sociais, assim como espaços de monitoramento, avaliação e controle social da Política Nacional para a População em situação de rua (PNPSR) e de programas específicos para a PSR, em destaque para o CnaR.

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) órgão responsável pela implementação e monitoramento da PNPSR, em seu site oficial identifica os estados e municípios que aderiram a PNPSR e tem instituído o CIAMP. De acordo o MMFDH em todo o país existem 18 comitês municipais e 6 comitês estaduais, sendo da Região Sul: Londrina (Decreto nº1385/2014), Curitiba (Decreto 1226/2012), Florianópolis (Decreto 11624/2013 - Revoga o Decreto nº 11.624, de 2013 -Redação dada pelo Decreto nº 19939/2019) e Porto Alegre (decreto nº17.111/2011) do Rio Grande do Sul (Decreto 52.072/2014 - Portaria SES nº 750/2018 Comitê do RS). Entretanto, em outras plataformas públicas encontramos outros decretos não descritos pelo Ministério como: Maringá (Decreto nº1653/2017) e o Paraná (decreto 2405/2015). Em relação ao estado de Santa Catarina encontramos uma notícia oficial da Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social, sobre a criação em andamento do Comitê no estado³⁴.

³⁴ Para mais informações ver em: <https://www.sds.sc.gov.br/index.php/noticias/1113-implantacao-do-comite-intersectorial-de-acompanhamento-e-monitoramento-da-politica-estadual-para-a-populacao-em->

Em relação as pesquisas cessionárias específicas para a PSR, é sabido que o ultimo censo nacional realizado foi no ano 2008, pelo denominado e já extinto Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). O imperativo de um novo censo nacional³⁵, visando quantificar as pessoas e qualificar dados a respeito de suas condições vida é essencial no processo de planejamento e avaliação das políticas sociais, servindo de referência para a construção de novos serviços e a avaliação da rede de atendimento já existente nos estados e municípios. Nesse sentido, essa tem sido uma das principais demandas do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), além de outras entidades de defesa dos direitos dessa população.

Frente a essa necessidade, alguns municípios têm organizado pesquisas por meio de parcerias entre Universidades, prefeituras, ONGs e por vezes sem recursos financeiros. Encontramos o quantitativo de sete pesquisas municipais na região Sul, algumas de caráter censitário e outras com características de diagnóstico social da realidade local, referente aos seguintes municípios: Londrina (LANZA *et al.*, 2019), Maringá (RODRIGUES, 2019), Curitiba (IAMP, 2016)³⁶, Florianópolis (ICOM, 2017), Porto Alegre (UFRGS, 2016), Novo Hamburgo (GIONGO, 2020) e um estudo referente a região metropolitana de Porto Alegre (CAMP, 2017).

Estes estudos comprovam que essa população não é invisível e substanciam sua concretude, suas características e necessidades. A última Pesquisa Nacional realizada pelo extinto Ministério do Desenvolvimento Social (Brasil, 2009) apresenta algumas características desse seguimento populacional:

A grande maioria da população investigada é composta por homens (82%) em idade produtiva (18 a 54 anos) (86%). A vulnerabilidade educacional incide sobre 64% do grupo pesquisado – 15 % nunca estudaram e 48% tem o primeiro grau incompleto. Um quarto dos entrevistados não é alfabetizado (17%) ou só sabe assinar o nome (8%). A maior parte (53%) recebe entre R\$20,00 e R\$80,00 semanais, ou seja, menos de um salário mínimo mensal, o que caracteriza como miseráveis ou indigentes (BRASIL 2009, p.112).

situacao-de-rua-e-tema-de-reuniao

³⁵ Recentemente o Ministério da Economia anunciou o cancelamento do Censo demográfico nacional programado para o ano de 2021, justificando a decisão por necessários cortes orçamentários. Essa decisão implica uma disputa política tanto no uso do fundo público, como no ataque a um dos instrumentos fundamentais no campo da democracia que permite detalhar a população e público-alvo das políticas públicas.

³⁶ Informações a respeito da pesquisa disponível no site da prefeitura de Curitiba por meio de matéria oficial disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/fas-realiza-pesquisa-sobre-populacao-em-situacao-de-rua-de-curitiba/40126>.

Em relação à distribuição de raça/cor a mesma pesquisa informou que 39,1% dos entrevistados se declararam pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos (BRASIL, 2009). Pesquisas municipais da região sul mais atuais, também apontam uma grande prevalência nas repostas dos participantes ao se autodeclararem pardos e negros. De acordo com Lanza (*et al.*, 2019) no município de Londrina entre os respondentes: 40,4% declararam da cor parda, 33,8% cor branca, 12,4% cor negra, 6,5% cor preta, 1,1% cor amarela e o mesmo número se autodeclararam indígena, 4,4% não responderam. Em Porto Alegre, a UFRGS (2016) informou que os entrevistados declararam: 34,4% branca, seguida da cor negra 24,6% e parda 12,4%.

Apesar de apresentar uma parcela significativa de homens negros, existe um quantitativo de mulheres, pessoas transexuais, população LGBTQIA+, idosos, imigrantes, refugiados, dentre outras particularidades que fazem com que o processo de planejamento, execução e avaliação das políticas e programas de atendimento a essa população não seja tarefa simples, sendo imprescindíveis estudos que acompanhem a reconfiguração em curso do perfil social e as necessidades da PSR nos territórios.

Essas particularidades também estão presentes nas falas de dois sujeitos desta pesquisa, a liderança do MNPR e uma trabalhadora do CnaR Centro, afirmaram o imperativo de atendimento das necessidades em saúde específicas da população transexual em situação de rua e a urgência da implantação de unidades de acolhimento específicas para atendimento da população transexual e para as mulheres, considerando que há unidades que atendem homens, em sua maioria.

Ponderando esses marcadores e a diversidade que caracteriza as PSR, seja como meio de sobrevivência e moradia, de acordo com Prates (2011) a análise sobre a população e sua situação de rua não pode ser compreendida como estática, uma vez que o processo de *rualização* é um movimento dinâmico e deve ser entendido como um fenômeno atribuído a diversas causas.

O termo processo de rualização [...] o reconhece como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num continuum, razão pela qual processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas (PRATES, 2011. p.194).

Compreendendo a situação de rua como um processo, daremos referência também a categoria *liminarietà*, originalmente utilizada pelo antropólogo Turner (1974) e referenciada por Varanda (2009) no que tange a população em situação de rua. Para Varanda (2009) a *liminarietà* revela um processo de passagem às margens da sociedade, vivenciada pela população de rua, marcada pela anulação ou perda de status que possuía antes de viver nas ruas, como a perda e/ou fragilidade dos laços familiares, afastamento de grupos, perda de vínculos trabalhistas, falta de moradia fixa, dentre outros.

Para o autor:

O rompimento com as hierarquias externas e com a previsibilidade da estrutura social conduz à construção de novas hierarquias que surgem nos interstícios sociais: *communitas* consolidadas como antiestrutura mediante modelos relacionais alternativos, constituindo grupos com valores e objetivos comuns. Sob esta perspectiva podemos nos aproximar das malocas e identificar a relação de pertencimento, princípios, afinidades e distanciamento do corpo social estabelecido (VARANDA, 2009, p.07).

Nesse sentido, a categoria *liminarietà* estaria nesse cotidiano dinâmico da rua, no qual haveria diversas transições entre diferentes circuitos da cidade, que exigem dessa população, novos arranjos sociais, para um novo contexto de vida mais afastado de instituições regulatórias, como a família, por exemplo. Esses novos arranjos sociais revelam a heterogeneidade dessa população e os diversos motivos identificados que os levaram a viver nas ruas.

O conceito de *liminarietà* corrobora para compreendemos os elementos que inferem nas diferentes necessidades da PSR e do CnaR. Para Varanda (2009, p.66) o liminar é também um estado de potencialidade de que tudo pode acontecer, ao contrário do ambiente doméstico que impõem alguns comportamentos:

[...] a rua oferece um espaço de uso ilimitado, onde a legalidade e a moralidade que geralmente atuam como mecanismos de controle dentro das estruturas sociais, são afrouxadas e resignificadas.

Isso pode ser identificado aos motivos de estar em situação de rua, relacionados à obtenção e busca de maior liberdade sexual; maior liberdade para o uso de drogas; busca de segurança não encontrada em lugares conhecidos; fuga de relações de violência e estigma; busca de trabalho e melhores condições financeiras; busca de moradia e abrigo; dentre tantos outros e diversos motivos.

De acordo com o autor esses diversos motivos identificados pelas pessoas que passam a viver nas ruas podem ter uma assimilação de *encanto* e *desencanto* dessa realidade. O encanto estaria primeiramente relacionado a esse espaço ilimitado da rua em que mencionamos, pois há um modo de vida alternativo daquele vivendo em domicílio. Esse encanto pode se intensificar com estados alterados de consciência e satisfação do desejo pelo uso de substâncias psicoativas. Já o desencanto estaria associado às dificuldades de subsistência e deslegitimação de direitos vivenciados por esta população, assim como as condições de violência e de exclusão social, já mencionada (VARANDA, 2009).

Essas percepções dos sujeitos a respeito de sua própria autonomia e liberdade, assim como de suas fragilidades, condições de debilidades e necessidades, influenciará nas demandas apresentadas aos serviços de saúde, assim como de que forma esses serviços acolhem esses sujeitos em suas necessidades.

Considerando o processo de *rualização* e a condição liminar relativa a uma situação social marginal e insalubre, essa população encontra dificuldades e imposições do espaço urbano, que não permitem escolhas autônomas ou tão livres assim. O processo de exclusão social reitera a deslegitimação dos direitos humanos sofridas diariamente por essa população, seja por meio da violência (institucional, racial e de gênero), discriminação, estigma, falta de serviços básicos e acessíveis, que ofereçam banho, alimentação, pernoite, dentre outras necessidades básicas.

A condição de violência, também reitera esse processo de exclusão social, e se confirma nos dados publicados pelas pesquisas dos municípios de Porto Alegre (UFRG, 2016) e Londrina (LANZA *et al.*, 2019). Segundo o relatório da pesquisa de Porto Alegre, o medo e a sensação de estar vulnerável a violência nas ruas foi apontada pelos sujeitos entrevistados. As alternativas apontadas no estudo referem-se ao medo de diferentes tipos de violência, refletindo no medo de ser assassinado principalmente dormindo (21,6%), medo de ser agredido (14,4%), medo da polícia (12,7%), dentre outros. Em relação aos principais agentes da violência, as duas pesquisas municipais destacam a violência cometida por agentes do estado principalmente pela polícia militar e guarda municipal. Dos entrevistados em Londrina que já sofreram algum tipo de violência, referem que 34,3% foram cometidas por policiais militares e 23,2% pela guarda municipal. Já em Porto Alegre

os brigadianos 31,4% (polícia militar) foram citados como os agentes que mais praticam a violência contra a PSR.

Essa condição do medo da violência e da necessidade de estarem sempre alerta às imposições do espaço urbano, é referenciada pelo pesquisador geógrafo Palombini (2013), por meio de sua pesquisa de mestrado realizada na cidade de Porto Alegre. Para ele a espacialização dessa população:

[...] se dá não por sua escolha livre, mas pelas imposições do espaço urbano. A escolha de locais para dormir leva em consideração fatores múltiplos, como segurança, tranquilidade, fluxo de pessoas, proximidade com locais de fonte de renda e ganhos ou simplesmente de convívio social. Ademais, é um espaço efêmero, pois todos têm a crença de que aquele local, por melhor que seja dentro da sua concepção, mais cedo ou mais tarde terá de ser substituído por outro em função da imposição das autoridades (PALOMBINI, 2013, p.51).

Por meio da análise, além do autor considerar que a relação de espacialização/territorialização dessa população tenha grande influência da rede de controle promovida por órgãos estatais, ou seja, considera a relação de poder do *eu* com o *outro*, ainda interpreta o conceito de “território paradoxal”, que nos provoca a pensar sob o olhar subjetivo dos diferentes sujeitos, seja aqueles em situação de rua ou os transeuntes que perpassam pelos circuitos da cidade. Segundo Ornat (2014), a pesquisadora geógrafa Rose (1993) ao criar o conceito de território paradoxal:

[...] desafia a ideia dual e oposicional de constituição de territórios. Ela cria o conceito de espaço paradoxal para evidenciar a multiplicidade e a plurilocalidade dos sujeitos permanentemente tensionados em relações de poder que podem estar na situação de centro e/ou margem da configuração territorial, dependendo do perfil de relação que se estabeleça. Para Rose (1993) as pessoas ocupam simultaneamente polos de centro de margem de relações de poder, a partir das mais variadas possibilidades espaciais e isso depende da posição do sujeito que olha o fenômeno (ORNAT, 2014, p.117).

Entendendo que a população em situação de rua tem uma relação de convivência e não de posse dos espaços da rua, na qual a existência de redes de relações sociais seria condição dessa apropriação do território, é possível considerar que as relações de poder e a relação com o *outro*, ou o sentimento de medo e insegurança com a presença entre *eu* e o *outro*, também determina essa espacialização/territorialização.

Apesar de que muitas vezes possa parecer um uso efêmero e descontínuo do território, é importante considerar, que o uso do território por essa população

depende da dinâmica do movimento local, como horário comercial, horários dos serviços de atendimento especializado a esse seguimento (Abrigo, Albergue, Centro POP, Restaurante Popular), locais mais utilizados para dormir ou locais que apresentam dinâmicas propícias a trabalhos eventuais ou contínuos (panfletagem, guardar carros, coleta de reciclagem, prostituição), entre outros. Nesse sentido para o Palombini (2013) esse território paradoxal reflete diferentes olhares e julgamento de valores de um local que está livre ou não livre para circulação:

Ou seja, os moradores de rua circulam pela cidade perpassando diferentes espaços, porém, existem alguns espaços que eles não passam por medo da própria rejeição, enquanto o mesmo ocorre ao contrário, onde pessoas socialmente estabelecidas circulam pela cidade, porém, evitam passar por locais onde haja um acampamento de moradores de rua, por medo do que é diferente. E essa premissa é dinâmica, uma vez que os moradores de rua são indivíduos em constante deslocamento, o qual é também submetido à própria temporalidade do dia (PALOMBINI, 2013, p.52).

Para tanto, podemos concluir previamente, de acordo com Varanda; Adorno (2004) e Palombini (2013) que a espacialização da população em situação de rua não se dá por escolha livre, mas por imposições do espaço urbano e das relações de poder que se constituem. A intolerância com essa população e as práticas higienistas nas cidades influenciam o nomadismo e a mobilidade dessa população nos territórios, assim como a centralização dos serviços especializados (assistência social, filantropia, entre outros) que acabam por demarcar circuitos mais utilizados pela população que se utiliza dos serviços.

As terminologias atribuídas para esse seguimento também são diversas e podem apresentar similaridade ou oposição como: *mendigos, trecheiros, pardais, pedreiros, maloqueiros*, entre outros. Esses termos podem vir representados por ações da própria pessoa em situação de rua, que não são necessariamente homogêneas, como a prática da mendicância, por exemplo, e aqueles termos reproduzidos, que Varanda e Adorno (2004) chamam de “*enquadre institucional medicalizante*”, quando atribuídos pelos trabalhadores das diferentes políticas públicas e sociais, e da população civil. Esse enquadre identifica essa população segundo o uso problemático de substâncias psicoativas, de forma estigmatizante e culpabilizadora, que podem ser reconhecidas ou não pelos próprios usuários, como: os bêbados, os crakeiros, os pedreiros, entre outros (VARANDA; ADORNO, 2004).

Há muitas outras denominações utilizadas socialmente para definir a PSR de forma preconceituosa e estigmatizante como: “vadios”, “loucos”, “drogados”, entre outros, por isso acreditamos ser importante destacar aqui os conceitos de preconceito e estigma, mesmo que de forma sucinta. Os preconceitos de acordo com Heller (1989 p.47) são: “juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência cuidadosamente analisada, mas que se conservam inabalados contra todos os argumentos da razão”. Deste modo, a manutenção dos preconceitos encontra-se na desinformação, no moralismo, no conservadorismo e no conformismo, discriminando aqueles sujeitos que se encontram diferentes dos padrões dominantes.

Já o conceito estigma, de acordo com Bacila (2005) estaria ligado aos aspectos objetivos das diferenças presentes entre as etnias, gêneros, comportamentos religiosos ou de visível pobreza, mas também fortemente presente em valorizações subjetivas que geram descrédito ou desvantagem daquele considerado diferente ou daquele que não é o normal. A palavra estigma derivada do Latim *Stigma* significa tatuagem, e na Roma antiga a tatuagem, ou a marca, era usada para distinguir a classe inferior com significado social negativo. Para Goffman (1988) a pessoa estigmatizada é vista com uma diferença indesejada ou qualquer atributo que frustra as expectativas de normalidade. O autor diferencia três tipos de estigmas: as deformações físicas, os desvios de caráter, e os estigmas tribais.

Ainda sobre o estigma Parker e Aggleton (2001), destaca que longe de compreendermos a categoria estigma como construções individuais e de aspectos relativamente estáticos, deve ser entendida como processos sociais ligados às estruturas e funcionamentos de poder. Ou seja, para esses autores o estigma entendido enquanto processo social em constante mutação só poderá ser aprofundado nas noções mais amplas de poder e dominação.

Na nossa visão, o estigma desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais. Faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam de alguma forma superiores. Em última análise, portanto, estamos falando de desigualdade social (PARKER, 2001, p.11).

Por conseguinte, compreendemos que o processo de estigmatização afeta diretamente a PSR e está associado ao aprofundamento da desigualdade social

intrínseco a modo de produção capitalista que produz e reproduz mecanismos de concentração de renda e poder.

Nas entrevistas com os coordenadores identificamos em todas as falas dos sujeitos o estigma e o preconceito enfrentado pela PRS que está presente nos posicionamentos da sociedade de forma geral, dos representantes do governo, gestores e trabalhadores da saúde que impactam diretamente na valorização da vida da PSR e no processo de implementação do CnaR.

[...] é um estigma bem forte, preconceito é bem grande ainda, até pelos nossos colegas lá da secretaria mesmo, bem complicado. A gente tenta trabalhar isso, mas é difícil, já tentei (Coordenadora município 02).

Mas eu percebo que existe sim uma coisa “bom, trabalha com pessoa de rua, pessoa de rua se morrer não vai dar o mesmo problema que se morrer uma criança”. Entende? Que tem uma casa... Não vai dar o mesmo problema do que se morrer alguém que... é só mais um número, entende? É muito difícil... de... então por mais que eu tente as vezes, eu acho que a gente poderia mais. Eu acho que eu até poderia mais, entende? Meus colegas e eu poderíamos mais. Mas... mesmo tendo uma UBS que a gente trabalha legal com os colegas, eu acho que a gente poderia ter uma sala só pra gente, pra gente colocar todo material, pra poder trabalhar e sair, mas é tudo... A gente trabalha com dificuldades. Entende? (Coordenadora município 01).

De acordo com as falas das coordenadoras o estigma afeta o processo de implementação quando os profissionais da rede de serviço não querem atender a PSR, mesmo acompanhados da equipe de CnaR. Apesar de reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde em geral no processo de financiamento, uma das entrevistadas refere que no caso do CnaR estas dificuldades somam-se a desvalorização da vida da PSR, impactando na efetividade do programa. E se somarmos a indisponibilidade de dados sobre a PSR, se esta já não é incluída nas pesquisas e censos demográficos, quiçá teremos dados consistentes para análises mais apuradas de vigilância em saúde³⁷, que dentre várias descrições, caracterizações e análises, permite identificar dentre elas a caracterização do perfil epidemiológico com indicadores de morbidade e

³⁷ De acordo com Brasil (2010, p.16) “a vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. [...] o conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; a vigilância da situação de saúde; vigilância ambiental em saúde., vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

mortalidade. Mas como uma das coordenadoras apontou em sua fala, o óbito de uma pessoa em situação de rua não importa.

Parafrazeando Padre Júlio Lancelote, um dos líderes religiosos mais atuante no campo social que tem ganhado notoriedade com o trabalho realizado com a PSR, em uma entrevista com a revista RADIS (2021), quando perguntado sobre como é trabalhar com os descartáveis, com as pessoas que ninguém vê, o Padre responde que: “É ser desvalorizado, também. É entrar numa mesma lógica. Se você está do lado dos descartados, você vai ser descartado também”.

O programa CnaR, assim com seus trabalhadores, também sofrem esse processo de desvalorização, o que gera a falta de atendimento e do reconhecimento das necessidades do CnaR em seu processo de implementação como afirma um dos entrevistados e liderança do MNPR:

O problema é que eu vou te falar novamente é que a gestão não atende a necessidade do Consultório na Rua. Quando essa gestão não atende, as equipes não conseguem dar conta de tantas necessidades e demandas né. Eu vou ser bem sincero. Eu vejo a equipe do Consultório na Rua se contorcendo para poder resolver situações... em plena pandemia (Liderança do MNPR).

Para a liderança do MNPR, um dos principais problemas enfrentados pela CnaR é o não atendimento da gestão frente as necessidade de implantação de serviços que compunham uma rede intersetorial, que articule um cuidado compartilhado e integrado. E somado a Pandemia essas dificuldades tem apresentado elementos significativos no trabalho diário e na resolução das situações encontradas pelos trabalhadores do CnaR.

A falta de visibilidade do programa na composição da rede de serviços de saúde dos municípios, se apresenta na fala da coordenação e dos trabalhadores, como também foi percebida por nós quando estávamos no período de coleta de dados em busca dos contatos via telefone com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios. Que na ocasião muitos trabalhadores das secretarias desconheciam a existência do programa nos municípios ou não sabiam informar o contato de referência.

[...] o Consultório na Rua colocou algumas situações que... eu até desconhecia.. colocaram hoje pra mim isso... do quanto que parece que a gestão não os enxerga realmente como um serviço. E aí.. a psicóloga vinha inclusive me falando que se você abrir hoje o site da Prefeitura, você não

encontra escrito esse serviço, não aparece lá. Talvez a gestão entenda como mais uma equipe, mas na verdade, é uma equipe bem diferenciada (Coordenador município 04).

O não reconhecimento das diferentes necessidades da PSR e do Programa CnaR em relação as outras equipes ou programas, reafirma a falta de visibilidade e a desvalorização dessas diferenças, impactando diretamente no atendimento dos sistemas logísticos e operacionais do CnaR.

Atualmente a Pandemia do coronavírus (Covid-19) tem imposto inúmeros desafios à implementação das políticas sociais diante de uma crise sanitária mundial, acompanhada em períodos de crise política e econômica. No Brasil, dada à marcante desigualdade social que atinge a sociedade brasileira, com a eclosão do Covid-19 se intensificam as emergências sociais, principalmente para aqueles grupos mais marginalizados, como é o caso da PSR. Apesar de todos estarem suscetíveis ao vírus, as condições desiguais de vida aumentam a chances de infecção, por isso as políticas sociais fazem diferenças decisivas para a manutenção da vida dessa população que não tem se quer moradia e acesso a locais públicos ou instituições para realizar uma higiene básica.

De acordo com Silva (*et al.*, 2020), o governo federal divulgou algumas recomendações específicas³⁸ para o atendimento a PSR no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do SUS, através de medidas de acesso às instituições de acolhimento regular e provisório, mobilização das organizações sociais, distribuição de kits de higiene, entre outros. No campo da saúde e especificamente para o Programa CnaR foram divulgados algumas documentos orientadores para a organização dos serviços e atendimento a população: Nota Técnica do Manejo e Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de Consultório na Rua da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2020)³⁹; Documento de Recomendações para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam junto a população em situação de rua da Fundação Oswaldo Cruz (2020)⁴⁰; e Covid-19: orientações para serviços que trabalham com pessoas em situação de rua da Universidade de São Paulo (2020)⁴¹. Considerando que possivelmente a rotina das equipes e as agendas habituais foram reorganizadas, tivemos a preocupação de

³⁸ Para mais informações sobre as normativas ver Silva, *et al* (2020).

³⁹ Disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_23.pdf

⁴⁰ Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44269>

⁴¹ Disponível em: <https://sites.usp.br/leipsis/covid-19-orientacoes-sobre-a-gestao-de-equipamentos-sociais-e-servicos-que-trabalham-com-a-populacao-em-situacao-de-rua/>

perguntar aos sujeitos da pesquisa a respeito da alteração presente no processo de implementação, o que nos trouxe mais elementos para análise da realidade.

Feitas essas considerações é preciso olhar para os serviços de atendimento a essa população atentando-se de que forma estes foram gestados e estão sendo implementados. Com esse intuito e para seguimento desta tese, iremos apresentar um mapeamento realizado por meio de revisão bibliográfica, a respeito dos estudos sobre o CnaR .

3.2. MAPEAMENTO DOS ESTUDOS NACIONAIS A RESPEITO DO CNAR

A partir da necessidade e do desejo de conhecer o que já foi produzido sobre o tema desta tese, realizamos um mapeamento por meio de revisão bibliográfica, a partir do período, dos locais e das palavras-chaves previamente definidas. Esta busca se desenvolveu através de algumas plataformas científicas do país, com intuito de saber o que tem sido produzido nas pesquisas a respeito do Consultório na Rua no Brasil. Selecionamos um recorte entre os anos de 2011 até o primeiro semestre de 2020. Iniciando por 2011, o ano da promulgação da portaria que define as diretrizes e o funcionamento do programa através da Política Nacional de Atenção Básica e 2020, o ano que realizamos a pesquisa bibliográfica para fins desta tese.

Nossa busca principal foi através da palavra chave “Consultório na Rua”, para os artigos publicados em revistas, dissertações e teses, na base de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), Scielo e no *Google acadêmico*. Foi possível encontrar no total 82 produções, dentre estas 41 são artigos, 36 são Dissertações, 2 teses, 2 livros e 1 cartilha. As áreas de conhecimento identificadas nas produções são em sua maioria das ciências em saúde, totalizando 68 publicações, identificadas nos seguintes campos: Enfermagem (18), Psicologia (18), Saúde Coletiva (15), Saúde Pública (10), medicina (2), medicina preventiva (1), bioética (1), saúde mental e atenção psicossocial (1) e odontologia (3). O campo das Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas também estão presentes, mas são em menor número, com o total de 13 publicações: Ciências Sociais (2), Antropologia (1), Serviço Social (5), Políticas Públicas (2), Administração (2), Educação (1) e Direitos Humanos e Cidadania (1).

Em relação ao período das produções podemos observar que entre os anos de 2011 a 2014 existem 15 publicações. A partir de 2015 e nos anos seguintes há um aumento considerável nas produções sobre o Consultório na Rua, pois só no ano de 2015 existem 13 publicações, acreditamos que isso se deu pelo aumento no número de serviços implementados em todo território nacional entre os anos de 2012 a 2014, assim como há várias publicações do governo federal neste período que definem e ajustam estratégias de apoio a implementação e ao monitoramento do programa nos municípios (MEDEIROS, 2018).

Sobre os principais temas das pesquisas, identificamos que em sua maioria (37) discorrem sobre: *a produção do cuidado; o processo de trabalho; as práticas do cuidado e o cuidado em saúde*. Em segundo lugar identificamos algumas (11) análises e avaliações do programa e em terceiro os relatos de experiências (4). O restante das pesquisas (30) apresenta temas diversos, mas diretamente relacionados com os eixos e diretrizes do programa como: *redução de danos, o uso de substâncias psicoativas, tuberculose, saúde bucal, experiências e práticas uniprofissionais, educação em saúde e educação permanente, perfil da população usuária do serviço, acolhimento e acesso à saúde*.

Acreditamos que o maior número de pesquisas encontradas sobre os temas *produção do cuidado* e *ao processo de trabalho* estão relacionadas as novas configurações que o programa instituiu para implementação do cuidado de uma população específica, apresentando uma dinâmica de coordenação do cuidado e promoção da equidade no acesso a saúde da população em situação e rua. Além das dificuldades encontradas pelos trabalhadores e coordenadores no processo de implementação do programa que apresentam referenciais éticos e metodológicos que divergem do modelo assistencial tradicional biomédico.

Já o número de pesquisas avaliativas empíricas e de análise sobre o processo de implementação do programa ainda é restrito conforme apresentamos no Quadro 3, e dentre as pesquisas existentes identificamos diferentes objetos e metodologias. Esses estudos têm como lócus da pesquisa, em sua maioria a realidade de um programa municipal.

Quadro 3 - Estudos avaliativos e de análise sobre o CnaR

Autor (a)	Título
Jorge e Webster (2012)	Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção
Junges (2014)	Construção da inclusão do Consultório na Rua no Programa Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade: elementos para o instrumento de avaliação externa
Ferreira (Dissertação 2015); Ferreira <i>et al.</i> (2016)	Consultório na rua em Maceió/AL: o olhar das pessoas em situação de rua. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social.
Joice Pacheco (2015)	População em situação de rua tem sede de quê?: relato da implantação do consultório na rua da cidade de Joinville
Freitas (2017)	A política de saúde para população em situação de rua: O Consultório na Rua de Curitiba-PR.
Simões <i>et al.</i> (2017)	Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso.
Bodstein <i>et al.</i> (2017)	Produzindo saúde nas ruas: o desafio do trabalho das equipes de Consultório na Rua - Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro.
Medeiros (Dissertação 2016); Medeiros e Cavalcante (2018)	Análise sobre a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores
Borisow (2018)	O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua
Mariano (2019)	Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa.

Fonte: Própria autora, a partir da base de dados do Scielo, BDTD e *Google acadêmico* (2020).

Nestas publicações, de forma geral, é possível identificar algo em comum no que se refere às dificuldades encontradas no processo de implementação do programa. A inadequação dos recursos humanos (FREITAS, 2017; FERREIRA *et al.*, 2016; JORGE E WEBSTER, 2012; MARIANO, 2019) e da estrutura organizacional, como ausência de sede própria, falta de veículo e de insumos para o uso exclusivo da equipe (JORGE E WEBSTER, 2012; FERREIRA *et al.*, 2016), assim como as dificuldades em relação à articulação da rede de saúde e dos serviços intersetoriais (JORGE E WEBSTER, 2012; PACHECO, 2015; SIMÕES *et al.*, 2017; FREITAS, 2017; FERREIRA, 2017; BORYSOW, 2018) estão presentes na maioria dos resultados. Essa articulação dos serviços é identificada através de planejamento das ações, discussão de casos, sensibilização dos trabalhadores entre outras práticas e ferramentas que tem como objetivo gestar o cuidado em saúde compartilhado e integrado.

A estigmatização e o não reconhecimento dos direitos da PSR, também aparecem nas pesquisas, citados como barreiras ou parte dessa fragilidade no cuidado integrado. As barreiras de acesso são apresentadas pela exigência de documentação pelos serviços como critério de atendimento, a falta de conhecimento dos trabalhadores e até mesmo pela falta de disponibilidade para o acolhimento. Para Simões (2017), trabalhadores do CnaR se sentem isolados e solitários em relação aos outros setores da saúde e atribui essa solidão as dificuldades relacionadas ao preconceito, a falta de habilidade e capacitação dos trabalhadores de saúde para o atendimento da PSR.

A redução de danos é ressaltada pela maioria das pesquisas como importante método e diretriz assistencial do trabalho das equipes, apesar de encontrar dificuldades na obtenção de insumos e oferta de ações (BORYSOW, 2018), por vezes ligada à resistência por parte de trabalhadores e gestores da saúde (WEBSTER, 2012).

A expertise própria dos trabalhadores do CnaR (SIMÕES, 2017), os trabalhadores com perfil para trabalhar na rua (JUNGUES, 2014 E PACHECO, 2015) a disposição espontânea para trabalhar na área, aqueles engajados com um cuidado diferenciado e humanizado (FREITAS; 2017), a atuação comprometida e o engajamento do CnaR na atenção as necessidades da PSR (FERREIRA, 2016), são afirmações que aparecem como importantes características dessas equipes no processo de implementação do programa.

O acolhimento é apresentado como uma importante estratégia na implementação do programa, sendo definido como: potencialidade (FERREIRA, 2016), instrumento (FREITAS, 2017) e como essencial para o trabalho (WEBSTER, 2012). O matriciamento (SIMÕES, 2017), também aparece como uma estratégia fundamental para a sensibilização dos trabalhadores, incluindo outros serviços no cuidado, entendendo que a Atenção Básica é a principalmente porta de entrada no território para o acesso da PSR.

Os estudos ainda concordam, de forma geral, que além dessas ações em rede que objetivam um cuidado em saúde integral, é preciso que a implementação do programa também envolve dimensões e atributos essenciais do cuidado em saúde na atenção básica como: o acompanhamento/vínculo longitudinal; porta de entrada principal; coordenação do cuidado, prestar atenção à saúde in loco e integralidade (BODSTEIN, *et al.*, 2017; JUNGES, 2014).

Podemos perceber algumas tendências e enfoques metodológicos diferentes presentes nos estudos sobre o CnaR. Alguns desses estudos apresentam como objetivos: discussão a respeito da efetividade do programa através de oficina com os trabalhadores (SIMÕES, 2017); análise da implementação do programa por meio de revisão integrativa de literatura (MARIANO, 2019); estudo sobre o instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) para as equipes de CnaR (JUNGUES, 2014); estudo realizado por meio de oficinas com trabalhadores e gestores para traçar um modelo lógico com as principais atividades, recursos e resultados esperados pelas equipes de CnaR (BODSTEIN, 2017). Ou seja, a maioria dos estudos parecem estar mais próximos de uma análise do programa, pois não apresentam ou não deixam claras as opções próximas aos enfoques da pesquisa avaliativa. Nesse sentido, identificamos somente um estudo avaliativo da implantação (BORISOW, 2018), pois embora o autor deixe clara a utilização da avaliação como uma das metodologias para a análise e conhecimento aprofundado do programa, também afirma sua opção pelo estudo de caso e a construção de uma matriz de avaliação a partir de critérios elegidos para tal.

Considerando as importantes contribuições do estudo de Machado (2021) para avaliação da implementação do CnaR, apesar de ter sido publicado em plataforma digital de domínio público no ano 2022, também foi incluído nesta presente pesquisa mesmo após o período em que já tínhamos realizado a pesquisa bibliográfica, considerando o recorte estipulado para a construção do Quadro 3 e Quadro 5.

Apesar dos estudos apresentarem diferentes metodologias e lócus de pesquisa, expõe em seus resultados algumas questões em comum. Porém, a maioria dos objetivos e desenhos metodológicos estão mais voltados para descrição e análise do que para pesquisa de avaliação da implementação do programa. De acordo com Fronza e Nogueira (2015, p.104-113), apesar da interdependência existente entre a análise e a avaliação é preciso deixar claro a diferença desses enfoques.

A avaliação preocupa-se com o alcance dos objetivos, resultados e procedimentos adotados durante a implementação de planos, programas e projetos, tendo como referência o proposto e o executado [...] A análise, ao contrário do que ocorre na avaliação, que foca no exame do momento da

operacionalização da política e no seu resultado, preocupa-se em apreender e analisar todo o processo decisório que a origina e das decisões subseqüentes necessárias para a operacionalização das decisões; ou seja, a análise aborda os aspectos estruturais das políticas públicas nas distintas esferas governamentais.

Considerando essa linha tênue existente entre análise e avaliação de políticas públicas, assim como os inúmeros equívocos existentes em torno das discussões a respeito da interpretação e dos significados, alguns desses estudos, apesar de não apresentam ou não deixar clara a intenção ou o percurso metodológico de análise da política, nem de avaliação do programa, apresentam objetivos que caminham próximo a esta temática, principalmente no que compete aos fatores que interferem no processo de implementação do Programa CnaR, e por isso não descartamos suas importantes contribuições para esta presente tese.

Após trabalharmos com os marcadores sociais da PSR e apresentar uma revisão bibliográfica com os principais estudos sobre o tema desta pesquisa, dando continuidade ao estudo, no próximo capítulo, trataremos sobre as vertentes interpretativas do cuidado em saúde à PSR que influi na constituição e funcionamento do programa.

4. O PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA: VERTENTES INTERPRETATIVAS DO CUIDADO EM SAÚDE

De acordo com Oliveira (2017), a concepção sobre a situação de rua passou por transformações ao longo das décadas, possibilitando novos saberes que refletiram na compreensão deste fenômeno. O autor no desenvolvimento de sua tese cita três momentos elaborados didaticamente para a compreensão do estudo a partir das produções acadêmicas para com o fenômeno. No primeiro momento compreendido entre o início do século XX até o início da década de 1970, o entendimento da vida na rua esteve ligado ao crescimento das cidades e ao êxodo rural, e o fenômeno era tratado como uma situação individual e uma prática indolente e contra a lei. O segundo momento marca a década de 1970 até 2000, no qual a vida na rua passa a ser questionada como o reflexo do processo de acumulação capitalista e a compreensão do fenômeno nesse período relaciona-se à equação: migração, desemprego e situação de rua. Essa compreensão propiciou o

desenvolvimento da rede de atendimento a PSR em alguns municípios, mas o avanço normativo e institucional só se deu após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e décadas depois com a PNPSR no ano de 2009.

O terceiro momento é datado a partir da metade da década de 2000 e o debate sobre a presença da PSR no Brasil ganha destaque pela temática do uso de SPA no espaço da rua, principalmente do *crack*. No que se refere aos condicionantes que ocasionam a situação de rua, a migração e o desemprego perdem sua relevância e o uso do *crack* emerge no discurso oficial de governo e ganha espaço na agenda pública e na agenda das pesquisas científicas do campo. Para o autor, as representações elaboradas em torno do *crack* também tiveram influência da mídia nacional, por meio do termo *cracolância*, denominação dos espaços de uso de SPA que atravessou a capital paulista principalmente, o uso da imagem das pessoas usuárias associadas à “figura de perigo e contágio” e o *crack* à uma “droga sem retorno”.

O surgimento do CnaR é atravessado pela necessidade do Estado buscar alternativas em resposta ao problema do consumo de *crack* nos espaços públicos publicizado a partir da década de 2000. Somado ao contexto político favorável à ampliação dos direitos da PSR e de fortalecimento do MNPR na arena de disputa política, o Ministério da Saúde apostou na reconfiguração de um projeto já existente no campo da saúde mental, o Consultório de Rua. Assim o CnaR passa a ser gestado pela Política Nacional de Atenção Básica como principal programa de atendimento à saúde da população em situação de rua.

Macerata (2015), ao analisar em seu estudo a experiência de uma equipe de saúde para a PSR no Rio de Janeiro, destaca três pontos importantes na construção do cuidado em saúde da PSR no campo da atenção básica: o primeiro refere-se a noção de território, pois desafia a compreensão e definição de território adscrito organizado a partir de domicílio fixo. O segundo diz respeito ao cuidado compartilhado entre as equipes de saúde da atenção básica e as equipes do campo da saúde mental e redução de danos, à luz da integralidade do cuidado. E o terceiro ponto diz respeito à garantia do acesso da PSR ao SUS. Para o autor esses elementos, fizeram com que essa experiência, dentre outras⁴² fossem elementares e

⁴² Borisow (2018) também apresenta em seu estudo outras experiências de equipes de saúde específicas para a PSR nos municípios de São Paulo, Belo Horizonte e Porto Alegre que serviram de modelo para a construção do CnaR.

que servissem de modelo para a formulação do programa CnaR em nível nacional.

As justificativas de reconfiguração do Projeto de CdeR e criação do CnaR se apresentam pela vulnerabilidade e necessidades de saúde da PSR que encontram serviços de saúde constituídos de práticas mais tradicionais⁴³ (BORISOW, 2018) e com baixa capacidade da rede de atenção básica em acolhê-las (VARGAS; MACERATA, 2018), além de buscar envolver as equipes da ESF para uma abordagem intersetorial (MARTINEZ, 2016). Para Machado (2021), outro ponto elementar no processo de reconfiguração entre CdeR e CnaR se refere a demanda da PSR para que o cuidado em saúde ofertado não se concentre apenas nas questões provenientes do uso de SPA e sofrimento psíquico. Assim, o CnaR passa a ser gestado pela Política de Atenção Básica, entendendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do sistema de atenção à saúde. De acordo com Oliveira e Pereira (2013, p.159):

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, acredita-se que o processo de implementação do programa também deva dialogar com esses aspectos da APS e com seus atributos explicitados na PNAB dos anos de 2012 e 2018: os atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural)⁴⁴.

Contudo, é importante considerar que a configuração do programa CnaR também perpassa pela disputa histórica em torno da necessidade de substituição dos modelos assistenciais tradicionais existentes, pautados no modelo biomédico, seja no campo da saúde mental, como da atenção básica. No campo da saúde mental a implementação da política é preconizada com base na desinstitucionalização e na construção de uma nova rede de assistência por meio de um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A busca pela desinstitucionalização também pode ser encontrada na política de atenção básica,

⁴³ Práticas restritas com base no modelo assistencial médico-hegemonico, como: a busca espontânea do usuário ao serviço- queixa e demanda; a abstinência como critério para adesão ao tratamento de saúde; modelo centrado na referencia hospitalar especializada, entre outros.

⁴⁴ Derivado da literatura internacional, estes atributos, de acordo com Starfield (2002), são utilizados ao método de avaliação da atenção primária.

principalmente nas ações dos Agentes Comunitários de Saúde (FEUERWERKER, 2013) que buscam articular os serviços de saúde e a comunidade, reconhecendo as particularidades do território e a autonomia dos usuários. Dentre outros elementos presentes na reorientação do modelo assistencial da atenção básica (PAIM, 2003) estão: o cuidado integral, a abordagem interdisciplinar, a vigilância da saúde, as ações educativas, as ações aos grupos prioritários, a gestão democrática, dentre outros.

A substituição de modelos assistenciais tradicionais também passa pela disputa de modelos terapêuticos e o campo da antropologia vem a contribuir nas vertentes explicativas do cuidado em saúde à PSR, pois questiona o etnocentrismo, neste caso, a centralidade da concepção de saúde biomédica e as formas homogeneizadoras de entender as causas das doenças. O modelo biomédico, desde sua constituição, passou a ter domínio nas práticas de saúde, não apresentando um olhar para as singularidades e particularidades de grupos com culturas e modos de vida diferentes.

Desse modo, compreende-se que a alteridade deva ser um conceito presente na constituição dos modelos assistenciais e nos modelos terapêuticos. Por alteridade entende-se a condição de ser um outro, de ser um diferente.

De acordo com SANTOS (W.J. *et al.*, 2015, p.3⁴⁵) a alteridade é um:

Conceito central da Antropologia, compreendida como estado, qualidade daquilo que é outro, distinto, configurando a posição do não-eu, cujos sentidos e lugares são investigados para mostrar o outro como diferença, desvendar suas características e especificidades, bem como incorporar a noção de uma humanidade plural. Isso rompe com a ideia da existência de um centro do mundo e amplia a possibilidade do saber na diversidade de culturas com suas próprias complexidades, inclusive na saúde pública. Dessa forma, no âmbito da saúde coletiva, a experiência de alteridade configura o lugar do encontro entre humanos reconhecidos a partir das suas diferenças.

Por isso tratamos neste capítulo reflexões a cerca dos modelos etiológicos e terapêuticos, para pensar como é o conceito de saúde e de bem estar para o outro, e de como o outro, que é diferente de nós, entende a produção de saúde. O exercício da alteridade, portanto, irá influenciar no acesso da PSR nos serviços de saúde, e na qualidade do cuidado prestado, pois resistirá ao etnocentrismo,

⁴⁵ *Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas – SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2015- Rev. Ciência e Saúde Coletiva*

buscando superar o modelo hegemônico biomédico que não tem atendido as necessidades de diferentes grupos sociais em sua integralidade.

De acordo com SIQUEIRA SAV (*et al.*, 2017, p.3):

A integralidade na sua dimensão das práticas de saúde obriga a pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Uma diferença com potencial de criatividade e exercício de alteridade. Sendo assim, as relações com o outro passam a ser mediadas pelos diferentes olhares que atravessam a relação, podendo interferir no acesso e qualidade do cuidado prestado.

Em vista disso, faremos algumas aproximações com estudos da antropologia a respeito dos modelos etiológicos de Laplantine (2004), buscando substanciar uma reflexão no campo da saúde, a respeito das práticas biomédicas tradicionais e as práticas do CnaR, identificando assim as tensões entre as diferentes racionalidades e modelos assistenciais presentes historicamente na operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e que influenciam diretamente na formulação e implementação do programa. Identificando as contradições de dois extremos, entre uma lógica biomédica de encarceramento e higienização dos corpos e outra que busca a operacionalização e materialização dos princípios do SUS, que valoriza o respeito à autonomia e liberdade dos usuários, em processos que perpassam dentro ou fora das instituições de saúde.

Em continuidade, no segundo momento iremos apresentar reflexões sobre a intersecção entre o CnaR e a Redução de Danos, considerada uma das diretrizes principais para a implementação do Programa, pois dialoga com as relações e contextos socioculturais vivenciadas pela PSR e qualifica a análise multidimensional do processo saúde e doença, para atender as necessidades de saúde da PSR de forma equânime, além de valorizar o respeito à autonomia e liberdade dos usuários.

4.1. MODELOS ETIOLÓGICOS DE DOENÇA E A INFLUÊNCIA PARA AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Considerando a construção histórica dos modelos assistenciais de saúde no âmbito internacional e nacional, além do modelo hegemônico biomédico de influência norte-americana (modelo unicausal flexneriano) há outros modelos alternativos que convivem historicamente de forma contraditória (PAIM, 2003). Modelos alternativos provenientes do Movimento da Reforma Sanitária e de

construção do SUS trazem a tona novas bases conceituais e estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde.

De acordo com Fertoni (et al., 2015) críticas ao modelo biomédico assumem relevância internacional a partir da década de 1970 e no Brasil a partir da década de 1980, no contexto de luta pela democracia. Marcos de regulamentação do SUS e críticas ao modelo hegemônico ganham sustentação por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde, promulgação da CF 1988 e da Lei Orgânica de saúde.

[...] o conceito de saúde, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, o tema do direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde, ambos reconhecidos como direitos de cidadania. Os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular (FERTONI, et al., 2015, p. 02).

Para pensar as concepções de saúde em sua pluralidade, é preciso considerar que existem diferentes concepções além do tradicional modelo biomédico. Podemos considerar que o ponto de vista biomédico, enraizado nas práticas de saúde, identifica o uso abusivo de álcool e outras drogas como um processo de patologização, dando referência principal à morbidade, sem dar ênfase à vulnerabilidade e exclusão social dos sujeitos, ou seja, dando mínima importância à determinação social em saúde⁴⁶.

Esse modelo busca identificar um agente patológico da doença, de forma individualizante, sem considerar o contexto socioeconômico, e identifica o usuário como mero paciente, que é passivo do cuidado e vítima de uma vulnerabilidade fisiológica.

Apesar do uso de álcool e outras drogas não ser identificado por todas as pessoas que vivem em situação de rua, as pesquisas e os censos tem mostrado sua alta incidência e demonstrado preocupação com os graves problemas de saúde

⁴⁶ De acordo com Borde, Hernández-Alvarez e Porto (2015), o enfoque das determinações sociais defende uma posição igualitarista social da justiça e reconhece que as desigualdades são injustas porque são produzidas por uma apropriação indevida dos meios de realização da vida por parte de uma classe social, um gênero e etnia. Nesse sentido, o enfoque nas determinações sociais reconhece a partir da matriz teórica crítica as múltiplas determinações da realidade concreta e de sujeitos históricos que vivem e reproduzem os processos de dominação e exploração da força de trabalho no modo de produção capitalista. Partindo desta matriz, fundamenta-se o enfoque importante para o olhar interseccional, considerando as intersecções representadas pelas iniquidades intrínsecas ao sistema capitalista.

associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e ao processo de exclusão social. De acordo com o último Censo Nacional da população em situação de rua (BRASIL, 2008) o consumo de álcool e outras drogas podem estar associados tanto às causas e/ou as consequências da vida na rua, seja por hábitos anteriores e/ou adquiridos posteriormente por novas necessidades.

De acordo com a pesquisa realizada no município de Londrina (LANZA *et al.*, 2019) com a PSR ao perguntar sobre a frequência do uso diário de substâncias psicoativas o relatório indica que 53,6% dos entrevistados fazem uso de cigarro, seguido do Álcool, com 30,5%, 23,2% dos entrevistados citaram o uso de *Crack*, 18,3% citaram a Maconha e 5,6% a Cocaína. A incidência no uso diário de substâncias psicoativas também pode ser encontrada na pesquisa realizada no município de Novo Hamburgo (GIONGO, 2020). De acordo com o relatório 89,4% dos participantes informaram fazer uso do cigarro, 51,6% de álcool, 50,9% de maconha, e 50% de crack. E ainda apresentam duas falas de pessoas em situação de rua que exemplificam essa necessidade de uso nas ruas: “*O uso de drogas é para fugir da realidade*” [...] “*Bebo e fumo pra ficar feliz e conseguir uma renda*” (GIONGO, 2010, p.38).

De acordo com Laplantine (2004) é possível distinguir duas grandes tendências médicas de imputação etiológica da doença: uma centrada na doença denominada de *modelo ontológico* e outra centrada no homem doente, denominada de *modelo relacional ou funcional*. Esses modelos não necessariamente se apresentam puros, eles podem se cruzar nas formas de entender o processo de adoecimento e de cura. Outros modelos dualistas apresentados por Laplantine (2004) como formas elementares de compreensão das causas da doença são: Exógeno e endógeno; Aditivo e subtrativo; Maléfico e benéfico. Já as formas elementares de compreensão dos processos terapêuticos, sempre segundo Laplantine (2004), podem ser identificadas através do contraste entre as opções alternativas que seguem: alopático e homeopático; aditivo e subtrativo; exorcista e adorcista e sedativo e excitativo. Utilizaremos esses modelos para construir relações diferenciais presentes no modelo biomédico e entre ele e outras formas de entender a doença e a cura.

A concepção patológica, individualista e culpabilizante, do modelo biomédico pode levar a compreender o uso de álcool e outras drogas sob uma perspectiva de doença exógeno-ontológica, que foca sua atenção no estado mórbido e de

dependência decorrente do consumo. Isso é bastante presente nas instituições de cunho religioso e muitas vezes reforçado pela própria mídia. Um exemplo são as campanhas que representam o usuário de *crack* como um *zumbi*⁴⁷, uma entidade não humana que tomaria conta do usuário e de sua autonomia, determinando como justificativa utilizada pelos defensores da internação hospitalar compulsória⁴⁸.

A partir dessa leitura consideramos também que há uma aproximação biomédica com o *modelo endógeno*, quando considera o uso de álcool relacionado a fatores genéticos e de pré-disposição. Para Laplantine (2004, p.83) o modelo endógeno entende que “a doença tem sua origem no indivíduo, é o próprio ser humano o gerador do que lhe acontece”.

No discurso biomédico podemos identificar também uma inclinação para o modelo de *cura sedativa*, que partindo da compreensão da doença como força inimiga, visa reequilibrar o organismo pela sua inibição. A internação hospitalar para desintoxicação também representa outro grande recurso para a cura. Os hospitais utilizam técnicas ora *aditivas* com uso de mais drogas medicamentosas, ora *sedativas* com medicações calmantes e técnicas de contenção, que favorecem o desligamento do *paciente* com o meio ambiente e social, pois são considerados elementos de risco ao critério desse modelo.

O modelo de cura *alopático*, também tem grande centralidade biomédica, pois os hospitais apresentam medidas hiper-intervencionistas na internação por meio de normas e regras pré-determinadas. De acordo com Laplantine (2004, p.161-162) a alopatia e a medicina contemporânea:

São terapias de agressão frontal. A representação da doença como entidade patogênica, específica e inimiga, que penetra no corpo do doente, elas respondem ou, mais exatamente, reagem prontamente com um ato de contra-agressão, ministrando o antagonista quimioterapêutico capaz de inibir a causa pela raiz. [...] a alopatia contemporânea é hiper-intervencionista. Ela visa acelerar a superação da crise e mesmo a agir de forma a que ela não se produza: se o doente se mostra agitado, prescrevem-lhe um sedativo; se ele é atacado de náusea, um anti-emético.

Bem diferente da alopatia, o modelo homeopático trabalha com terapias de acompanhamento e estímulo pelo semelhante, buscando a cura pelo interior,

⁴⁷ Associação Parceria Contra Drogas (APCD) faz campanha contra o crack: <https://exame.abril.com.br/marketing/zumbis-invadem-o-brasil-em-campanha-contra-o-crack/>

⁴⁸ Lei nº 10.216/ 2001 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. E indica que a internação compulsória seja determinada pela justiça por meio de avaliação médica.

considerando a autodefesa do indivíduo. Já a alopatia busca atacar a doença, considerada inimiga, pelo seu oposto, com um antídoto exterior e da intervenção do outro.

O modelo alopático nesse processo se aplica muito bem ao hospital, considerado como instrumento terapêutico de organização exterior, hiper-intervencionista e disciplinador. Segundo Foucault (1979) historicamente o hospital tinha como finalidade dar assistência espiritual aos pobres que já se encontravam em precárias condições de saúde e poderia apresentar perigo à saúde de outrem.

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 1979, p.59).

A função médica no hospital advém depois de algumas transformações e reformas da instituição que primeiramente se justificaram pela desordem econômica e médica, que refletia nas necessárias condições de saúde dos soldados do exercito, assim como uma organização nos navios de exportação. A disciplina passa a ser um elemento importante na reforma dos hospitais militares e da marinha.

O hospital médico segundo Foucault (1979) tem origem nesse processo de disciplinalização do hospital junto a uma transformação do saber médico que passa a olhar para aquilo que rodeia o doente: ar, temperatura ambiente, alimentação; e encontra dentro do hospital, condições ideais de controlar esse ambiente, de modo que o hospital e sua disciplina passam a ser instrumento terapêutico de cura.

Isso é muito controverso quando pensamos a concepção de saúde de forma integral e ampliada, pois não faz sentido que os usuários devam se adequar aos modelos instituídos por uma cultura dominante etnocêntrica, sem suas particularidades, singularidades e as determinações sociais sejam consideradas e respeitadas (BORDE *et al.*, 2015). Como já apontamos anteriormente a PSR é heterogênea e apresenta modos de vida e uma dinâmica sociocultural determinante em suas concepções de saúde e doença.

De acordo com Aguiar e Iriart (2012) no estudo realizado na cidade de Salvador com a PSR, apesar de identificar algumas diferenças entre as respostas

daqueles que utilizam os serviços de acolhimento institucional (*os abrigados*⁴⁹ que contam com uma mínima estrutura que propicie higiene, segurança e alimentação) e dos que não utilizam esses serviços (*não abrigados* - necessitam buscar estratégias não convencionais para sobrevivência), os significados associadas à saúde e a doença estão intimamente aliada à percepção do corpo enquanto instrumento de subsistência.

Apesar das difíceis condições de vida, as pessoas entrevistadas tenderam a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde. A maioria relatou se sentir bem, ainda que alguns acrescentassem poder apresentar dores de cabeça, problemas gastrointestinais, gripes, pequenos ferimentos ou problemas de visão, dentre outros. Especialmente entre os não abrigados, esse fato pode ser em parte explicado por uma concepção de saúde que está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas. Já a doença foi associada ao estado de debilidade a ponto de não poder trabalhar, a impossibilidade de batalhar e ganhar dinheiro, o impedimento de realizar tarefas simples, ou no caso extremo, o organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir (AGUIAR; IRIART, 2012, p.6).

Dada essa concepção de saúde e doença, os entrevistados desta pesquisa referem buscar os serviços de saúde quando o problema é considerado agudo e grave, principalmente quando compromete suas atividades cotidianas. Outras formas de lidar com os problemas de saúde apontados pelos entrevistados, quando não buscam atendimento nos serviços foram: buscar um recolhimento até cessar de forma espontânea os sintomas; o uso de bebida alcoólica para aliviar os incômodos; entre outros.

Outra pesquisa que relaciona o uso de SPA como meio de amenizar incômodos à saúde da PSR é o estudo de Malheiro (2018). De acordo com a autora, para as mulheres que vivem em situação de rua a violência de gênero é um grande problema enfrentado diariamente e a estratégia do uso de substâncias, principalmente do *crack* aparece como forma de aliviar dores e sofrimentos gerados pela violência. A autora destaca também as variações do controle do uso, para a proteção da saúde identificado por essas mulheres, por meio de regras e valores que surgem a partir do conhecimento adquirido com o tempo de uso. O consumo do *crack* em locais protegidos, atrelado ao uso da maconha, são estratégias que auxiliam nesse segurança, na sensação de alívio e também como importante regulador do uso de *crack*.

⁴⁹ Termos utilizados pelas autoras Aguiar e Iriart (2012).

Varanda (2009) a partir das falas dos sujeitos de sua pesquisa identifica diferentes relações dos usuários com o uso de drogas, que podem compreender como doença, como mecanismo de conforto para suportar ou reparar algo, meio de aceitação nos grupos, entre outros.

Um catador de materiais recicláveis relatou o uso como uma condição para “ter coragem” de mexer nos lixos, a procura de latinhas de alumínio. Sem a bebida ele sentia vergonha. Noutro caso observado, o sujeito estava há doze dias sem beber, segundo seu relato. Disse que havia bebido naquele dia porque tinha ficado “invocado” com a abordagem de policiais (VARANDA, 2009, p. 126-127).

Esses relatos demonstram o significado e sentido simbólico para os usuários, que ultrapassam e até mesmo negam a causalidade fisiológica de doença. A realidade dessas pessoas em um contexto violência e estigmatização podem levar a considerar o consumo de álcool, neste caso para mecanismos de sobrevivência. A bebida alcoólica para o coletor de materiais recicláveis e para aquele que sofreu uma abordagem policial representou naquele momento um efeito excitativo, pois a intenção foi estimulante por uma ação. Como aponta Laplatine (2004) há o modelo excitativo, que compreende o processo terapêutico e o tratamento ministrado de forma tônica e estimulante, citando como exemplo o uso de bebida alcoólica (licores, vinho quente, entre outros) como fortificantes e reanimadores.

A pessoa em situação de rua também busca em seu cotidiano algumas situações e meios que propiciem o “bem estar”, que pode ser identificados como: segurança, prazer, felicidade, satisfação, estímulo, mas a concepção desses sentidos pode ser diferente para cada um, e para cada grupo identitário de uma realidade, neste caso uma realidade urbana. Reconhecer outras concepções e representações de saúde e “bem estar” perpassa pela dimensão política da equidade em saúde e da alteridade, que visa acolher e atender as diferentes necessidades de acordo com a pluralidade da população.

Para Santos e Pires (2021, p.118), a redução de danos vem a contribuir no contraste com as terapêuticas centradas na abstinência. Considerando que o acesso ao cuidado em saúde no pressuposto da RD deve favorecer o autocuidado, à progressiva diminuição do consumo de substâncias e se for desejo do usuário, a busca pela abstinência, ou seja, a abstinência não é o único objetivo do cuidado. Diferente do modelo biomédico de extrema objetivação e focalização na doença e no

corpo biológico, centrada nos procedimentos e na abstinência. A redução de danos reconhecendo as características e necessidades do usuário enquanto um consumidor de substâncias e percebendo esse grupo na sua singularidade e alteridade, busca promover o engajamento deste em sua rotina de auto cuidado e autorregulação.

Nesse sentido, no discurso da redução de danos podemos encontrar uma inclinação para os modelos de cura de Laplantine (2004) relacionados a uma interpretação funcional e relacional aos problemas de saúde com o uso abusivo de SPA. Na qual a doença não é considerada uma entidade inimiga e estranha como na interpretação ontológica, mas sim um desarranjo por excesso ou por falta do mesmo, que pode ser relacionado a variações fisiológicas, psicológicas ou sociais. E o ato terapêutico não tem a intenção de rastrear a entidade inimiga e sim encontrar um equilíbrio para as reações do sujeito.

Para Laplantine (2004, p.192) apesar das particularidades e diferenças, há uma simetria entre o modelo homeopático e o modelo adorcista⁵⁰ quando consideram que: “[...] a cura não consiste em uma inibição da doença, pois se estima que ela, que tem uma função que convém interpretar”. E a relação possível que encontramos aqui com a terapêutica da Redução de danos, é que o cuidado em saúde não consiste somente na abstinência ou na inibição do uso, pois é preciso interpretar o uso de SPA. Para Laplantine o modelo homeopático ainda (2004, p.173):

[...] leva em consideração particularmente o potencial de autodefesa do indivíduo, o que implica a responsabilidade ou, pelo menos, a participação do doente, em seu estado e, depois, em seu tratamento, que não lhe é mais ministrado a partir do exterior à maneira de um choque.

Compreendemos assim que a Redução de danos enquanto estratégia terapêutica encontra validade/ semelhança ao modelo de cura homeopático, pois compreende e estimula o usuário de SPA a refletir sobre o autocuidado e a autoregulação. A construção do cuidado em saúde não deve ser algo exterior a vida

⁵⁰ De acordo com Laplantine (2004), o modelo adorcista é uma das formas elementares de compreensão dos processos terapêuticos, identificada através do contraste com o modelo exorcista. Este último atribui que quem cura, ou o terapeuta, é um combatente engajado em uma verdadeira guerra contra a doença, que busca extrair ou anulá-la do cliente. Já a alternativa adorcista compreende que quem cura se torna, pelo contrário, se torna o assistente ou iniciador do doente, pois este é considerado o agente principal da cura.

dessa população ou algo que bata de frente com seus hábitos e percepções, e sim objetiva engajar o usuário no seu autocuidado somado aos seus próprios conhecimentos e práticas que busquem minimizar riscos e danos gerados pelo uso de substância psicoativa.

Estudos recentes⁵¹ no campo da Saúde Coletiva e da Antropologia têm problematizado a Redução de danos enquanto uma epistemologia descolonialista, por trazer elementos éticos e políticos de modos de vida e de intervenção da realidade, que buscam romper com políticas de cunho proibicionistas⁵² e manicomiais. Pois estas últimas são estabelecidas

[...] no racismo e no machismo estruturais, na heteronormatividade e na dominação de classe que sustentam as desigualdades estruturais desde que estas terras e gentes passaram a ser colonizadas pela branquitude eurocêntrica (LIMA, p.41, 2021).

Entendemos que é necessário superar a homogeneização das abordagens em saúde, pois esta inviabiliza abordagens alternativas, em favor de narrativas predominantemente biomédicas. É preciso que a política de saúde contemple ações específicas à população em situação de rua, por meio de ações que considerem as iniquidades de gênero, raça e classe social, a luz dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Para isso é preciso uma política eficaz que trabalhe além da concepção negativa e proibicionista do uso de SPA, trabalhe com uma perspectiva ampliada de saúde e com técnicas para além das burocráticas e tradicionais, buscando uma articulação do cuidado em saúde com base nas diretrizes da redução de danos, da educação popular, do cuidado em liberdade e antimanicomial.

E para dar voz e acolher o que esse seguimento populacional compreende por saúde e doença, os modelos etiológicos de Laplantine (2004) podem nos auxiliar

⁵¹ POR UMA REDUÇÃO DE DANOS DECOLONIAL / Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Luiz Henrique Passador (Orgs.) / Santos: Universidade Federal de São Paulo, 2021. E TREMPER, M. Escrevivências sobre o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: Diálogos entre Redução de Danos e Pensamento Descolonial. In: **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas** / Míriam Cristiane Alves, Alcione Correa Alves, organizadoras/es. -1. ed. - Porto Alegre : Rede UNIDA; 2020. 213 p. – (Série Pensamento Negro Descolonial).

⁵² O proibicionismo pode ser considerado um princípio organizativo das políticas públicas, que ao longo do século XX tornou-se um paradigma hegemônico na resposta do Estado frente à problemática do consumo e circulação de drogas. A abstinência como solução do uso problemático de drogas e o incentivo a modalidade de encarceramento, criminal ou sanitário, são alguns dos princípios do paradigma proibicionista e de grande influencia na formulação e implementação da política de saúde (GOMES-MEDEIROS, et al, 2019). Políticas de drogas e saúde coletiva. scielo.br/j/csp/a/JJ5FM4Lk4RctsyTwbhFpfdk/?format=pdf&lang=PT

na identificação e análise de suas representações, valores e sentidos a respeito de estar doente e de viver na rua. Não defendemos aqui uma classificação e formatação das doenças ou modelos de cura. Nossa defesa é que o usuário deve ser um participante ativo na relação estabelecida entre os serviços e os trabalhadores de saúde. Também devem ser respeitados seus conhecimentos e suas concepções a respeito da saúde e bem-estar. Isso contribui para a contestação de modelos médicos hegemônicos e práticas tradicionais, fazendo com que haja uma quebra de poderes instituídos, na busca de igualdade, equidade e alteridade na construção do cuidado em saúde.

É preciso ouvir os próprios sujeitos a respeito de suas concepções e representações sobre a saúde e a doença, formas de adoecimento e cura. Para que o cuidado em saúde e as práticas terapêuticas dos trabalhadores em saúde, estejam atentas as reais necessidades dessa população, respeitando suas histórias e modos de vida. A população em situação de rua já é marcada por estigmas e distanciamentos com as instituições sociais (familiar, trabalho, Abrigos, hospitais, etc) e determinações sociais, nesse sentido é preciso que os serviços de saúde acolham e se aproxime dos princípios e das práticas de convivência dessa população, para fundamentar as práticas do cuidado de equipes específicas e que garantam uma problematização deste cuidado no território e articulado a rede de serviços intersetoriais.

A centralidade do cuidado no território articulado a rede de apoio enquanto diretriz, assim como a tolerância e a diversidade, também tem sido demarcada nos estudos a respeito da prática de redução de danos. A seguir, iremos apresentar algumas reflexões sobre a intersecção entre o CnaR e a Redução de Danos, sendo está uma diretriz imprescindível para o processo de implementação de um Programa que compõem a APS.

4.2. A REDUÇÃO DE DANOS ENQUANTO DIRETRIZ DO CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

De acordo com estudiosos do campo, a constituição histórica da prática de Redução de Danos foi ganhando destaque na década de 1980 em países da Europa

primeiramente, e no Brasil registra-se no final da mesma década a cidade de Santos como precursora na prática de troca de seringas, considerando o alto índice de infecção por HIV e Hepatite na época. Mas esse movimento precursor no Brasil encontrou muitas dificuldades e barreiras jurídicas no campo da saúde pública, e a prática da redução de danos só seria institucionalizada pelo MS depois de uma década.

A partir do documento intitulado “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” no ano de 2003 é que oficialmente a RD deixa de ser uma estratégia exclusiva dos programas de DST/AIDS para ser também uma estratégia norteadora do Ministério da Saúde para a constituição da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outra Drogas e da Política de Saúde Mental. Segundo Brasil (2010), pela primeira vez as ações de redução de danos são admitidas como estratégia extremamente necessárias no campo da saúde pública.

De acordo com PETUCO (p.435, 2016) este documento do MS:

[...] é uma espécie de registro do encontro entre saúde mental e RD, que é posicionada para além de qualquer estratégia de cunho preventivo, como diretriz ética do cuidado oferecido a esta população na rede SUS.

Para o autor, apesar deste encontro entre os campos da RD e a saúde mental apresentarem muitas controvérsias para a constituição do cuidado para a população usuário de álcool de outras drogas, se posicionou enquanto diretriz ética do cuidado que ampliou as possibilidades de ação em ambos os campos.

Essa articulação entre RD e saúde mental se fez presente na implementação dos projetos de CdeR pelo MS principalmente no ano de 2010. E atualmente essa articulação soma-se a Política de Atenção Básica, compreendo a reformulação do CdeR para o programa CnaR, que passam a ser gerido por tal política. Visando atender as necessidades de saúde da PSR em sua integralidade o CnaR busca articular as ofertas da saúde mental, as ofertas das equipes de atenção básica e a estratégia de redução de danos (SOUZA; MACERATA, 2018).

Para Macerata (2005) tanto a RD, como a AB e a SM são paradigmas éticos da saúde pública, também entendidas como lógica de cuidado, que tem em comum a centralidade do território para a construção do cuidado em saúde. Para o autor essa é a principal linha de conexão para a construção do cuidado da PSR no CnaR.

Apesar dessa confluência das políticas para com o cuidado da PSR, é importante considerar que não há um consenso sobre o conceito de Redução de Danos (RD) na literatura, no entanto, para Andrade (2004) sua definição se caracteriza a partir da prática de ações que tenham como objetivo minimizar riscos e danos gerados pelo uso de substância psicoativa. Esses riscos e danos podem ser diretos ou indiretos e de natureza biológica, psicossocial e econômica.

Para Andrade (2004) a RD se orienta por três princípios: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. O pragmatismo, pois a RD tem como objetivo prático através de suas ações a preservação da vida, minimizando os danos e prevenindo de maiores complicações de saúde. A tolerância respeitando a escolha dos usuários, não tendo como critério a exigência a abstinência. E a diversidade incide nas diferentes ações de RD em função das múltiplas possibilidades entre os usuários, dos recursos técnicos possíveis e disponíveis, dos diferentes territórios e das diferentes drogas de uso por parte dessas populações.

De acordo com MACRAE (S/ANO, p.1):

[...] para realizar um trabalho de prevenção ao abuso de drogas que seja efetivo, é necessário começar por procurar conhecer o contexto sociocultural em que ocorre o seu uso, buscando entender a sua lógica interna. Em se tratando do uso de substâncias ilícitas esse tipo de proposta muitas vezes encontra resistência tanto a nível individual quanto em esferas institucionais por, ao admitir que essas atividades não sejam regidas pelo caos e a loucura e colocar em questão a maneira como a sociedade as vem representando, parecer estar “compactuando com o uso”.

Para o autor, mesmo que o uso de substâncias, principalmente ilícitas, encontre barreiras legais e de valores hegemônicos, fazendo com que seu uso seja marginal, existem regras e uma lógica interna nesses grupos e territórios de uso. Para o autor conhecer o contexto sociocultural do uso para a construção de Políticas Públicas é apostar em novas possibilidades e práticas de prevenção que sejam eficazes, para além de uma prática mecânica e limitadora do critério de abstinência.

Para MacRae (S/ANO, p.4) o conhecimento do usuário sobre a substância e suas formas de uso é muito importante para essas práticas de RD, pois a troca de conhecimento entre trabalhadores da saúde e usuários favorecem as formas de adaptar e tornar mais efetiva as estratégias já utilizadas pelos usuários para redução dos riscos e danos:

Assim como preconizam os adeptos das políticas de redução de danos relacionados ao uso de drogas, pode-se atentar para as estratégias já empregadas pelos consumidores e tentar limitar os efeitos indesejáveis através de uma múltipla abordagem, reservando um papel importante para a mobilização das suas próprias redes de sociabilidade, tal como em vários países vem se fazendo em relação a drogas lícitas como o álcool e o tabaco.

Essa articulação também leva em consideração alguns processos como: o reconhecimento e importância da mobilização das redes de sociabilidade dos usuários, a potente colaboração desses usuários na elaboração e avaliação das políticas, e a possibilidade de formação e capacitação desses usuários que podem trabalhar como articuladores e agentes redutores de danos nas próprias equipes de saúde e nos territórios.

De acordo com a portaria nº122/2011 de regulamentação do CnaR, sugere-se que o agente social possa compor a equipe do programa, que dentre as diversas atribuições deve trabalhar com a PSR a partir do conhecimento básico de Redução de danos. De acordo com o documento essa categoria deve preferencialmente ter experiência prévia no atendimento com a PSR e/ou trajetória de vida em situação de rua. Na presente pesquisa perguntamos aos trabalhadores quais as categorias profissionais que compõem a equipe e somente os trabalhadores de 3 equipes responderam que possuem o agente social ou agente redutor de danos⁵³. E em relação a trajetória de rua de acordo com as respostas dos trabalhadores, nenhuma equipe de CnaR possui esse integrante. Esse dado demonstra o número restrito de CnaR que tem implementado na equipe o profissional da categoria agente social, conforme sugerido pelo plano nacional.

Durante a entrevista com os coordenadores dentre os termos mais citados, quando perguntado sobre os princípios valores adotados para a execução do programa, a Redução de danos e os princípios do respeito e da tolerância que fazem parte da RD, foram o que mais apareceram nas respostas. Porém a avaliação deste atributo de acordo com as respostas dos trabalhadores não foi tão satisfatória. Apesar de todos os programas realizarem ações de RD, nem todos apresentam uma frequência esperada dessas ações. Nove serviços afirmaram realizar as ações de redução de danos com muita frequência e os outros nove afirmaram realizar com média ou pouca frequência.

⁵³ A categoria do agente redutor de danos ainda perpassa por um processo de regulamentação da profissão, por isso não há consenso entre essas denominações.

Para análise destes dados é preciso considerar que, apesar das conquistas significativas no campo das Políticas Públicas a luz da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, ainda há muitas barreiras fundadas na moral e no preconceito, entendendo o consumo e o uso problemático de drogas no paradigma proibicionista. Resultado desse retrocesso político atualmente está em vigor o Decreto nº. 9.761/2019, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD e revogando inteiramente o Decreto nº. 4.345/2002, que extinguiu a Política Nacional de Redução de Danos.

Apesar do conceito de redução de danos ser considerado uma diretriz política na construção da política de saúde e do cuidado da PSR, sua deslegitimação institucional e política no âmbito governamental tem interferido diretamente na implementação do programa. O governo federal incentiva cada vez mais as organizações privadas e religiosas no campo da promoção da saúde relacionado ao uso de drogas, como as Comunidades Terapêuticas, instituições de cunho religioso, centradas na internação e no isolamento do usuário, que ferem a laicidade das ações em saúde e vão à contramão da Reforma Psiquiátrica.

A intersecção do CnaR e a Redução de Danos decorre da configuração de novas intervenções pensadas em um período importante da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que marcou o final da década de 1980. Compreendido enquanto movimento social, a Reforma Psiquiátrica luta contra a violência e violação de direitos instalados nos manicômios, asilos e hospitais, em um contexto em que se lutava também contra o autoritarismo da Ditadura Militar no país. A transição de um modelo de tratamento de saúde em instituições totais e fechadas para um modelo de assistência comunitária junto ao território constitui-se como um dos eixos principais da Reforma Psiquiátrica. Esse processo de transição só foi se institucionalizar com a Lei nº 10.216/2001, apesar do primeiro Projeto de Lei da Reforma ter sido criado no ano de 1989, pelo então Deputado Paulo Delgado.

Os avanços estruturados e contemplados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica frente a conjuntura política atual sofrem constante ameaças e desmontes. Posto isso, dentro de conjunto de vulnerabilidades e iniquidades da condição de saúde da PSR, temos a grande prevalência de pessoas que declaram fazer o uso de SPA, como já pontuamos anteriormente. Esse incentivo de políticas voltadas a lógica manicomial e a primazia da abstinência como única política pública

para os usuários, tem demarcado o estigma e a marginalidade dos usuários de SPA e em situação de rua.

Por isso, por mais que a Redução de danos tenha sido institucionalizada em algum momento, é preciso considerar que ela sempre foi e ainda é marginalizada. Porém, apesar dessa marginalidade e dos duros golpes do governo conservador para com a política de redução de danos, o conjunto de práticas construídas pelos redutores de danos nas últimas décadas, tem se consolidado na resistência como parte do cotidiano dos trabalhadores na área da saúde e no atendimento a PSR.

Dessa forma reafirmamos aqui a preposição transversal da redução de danos ao processo de implementação do programa, que dialoga tanto com um modelo de concepção em saúde alternativo ao modelo tradicional, que está mais próximo a realidade e necessidades da PSR, como também dialoga com a defesa política de diminuição das iniquidades (BARATA, 2001) em saúde, pois as diferenças vinculadas as condições heterogêneas da vida e as diferentes concepções de saúde não podem ser limitadoras do acesso a saúde como direito e ao cuidado no território.

Feitas essa explanação a respeito das vertentes interpretativas no cuidado em saúde a PSR, reafirmamos a determinação social na saúde (BARATA, 2001) para conhecimento e representação da realidade social, para pensar o atendimento as necessidades de saúde da PSR. Esse modo interpretativo da realidade encontra barreira e limites nos processos de avaliação das políticas estritamente quantitativos. Por isso, acreditamos que a falta de indicadores no campo das políticas, principalmente a PSR, seja um reflexo da busca balizada por indicadores quantitativos com dimensões de eficiência econômica que não condizem ou traduzem as necessidades e as particularidades da PSR. Considerando a complexidade que envolve os modos de vida da PSR e suas necessidades de saúde, a avaliação de implementação de um programa de saúde específico a essa população encontra uma realidade morosa na obtenção de resultados de eficiência. Nesse sentido, acreditamos que um indicador qualitativo na avaliação de processo mais próximo dessa realidade esteja ligado pelo eixo de *alcance social*.

Dada a característica processual e coletiva da construção de indicadores de implementação e sua combinação, implicará em outros indicadores de alcance social e de efetividade como o acesso aos bens e serviços públicos e a melhoria da qualidade de vida da população. Buscando avançar na superação, do que Nunes

(2019) chamou de (des)conexão entre a perspectiva de universalidade e a identificação das (des)proteções sociais⁵⁴, gerador de fatores determinantes da invisibilidade da PSR na construção das políticas sociais.

Macerata e Vargas (2018, p.04) afirmam que “[...] cada vez menos o Consultório na Rua aparece como um serviço especializado. Ele figura também como um serviço analisador, ou seja, que coloca em análise as práticas em saúde”, assim dizendo, postas em análise as práticas de saúde existentes que não condizem com a concepção ampliada de saúde, com o cuidado centrado no território e com as necessidades dessa PSR e da comunidade, a execução do programa processualmente gera um impacto social, pois provoca e fortalece os processo de participação na formulação de alternativas e do processo decisório em relação a reorganização da rede de serviços e no modelo de mudança da prática clínico-assistencial (aspectos da APS) que vai além de práticas centradas em procedimentos de queixa-conduta. Destarte, esse processo favorece que o CnaR não seja visto como um serviço especializado, entendendo que o usuário tem direito a ser atendido em qualquer serviço, principalmente no seu território, independente de suas particularidades, considerando que os serviços em rede estejam capacitados para o atendimento em saúde em sua integralidade.

A seguir iremos dar continuidade a explanação e análise dos dados, mas agora seguindo uma lógica de exposição e articulação com os dois principais eixos de análise, a saber, no quinto capítulo a) avaliação do programa CnaR com foco na eficácia da implementação e no sexto capítulo b) a implementação do programa em diferentes contextos. Desenvolvemos o quinto capítulo por meio de explanação e análise dos dados gerais com todas as equipes participantes, para isso apresentaremos o **Quadro 4** de concatenação de avaliação da implementação com os resultados a partir das escalas de satisfação.

⁵⁴ Para Nunes (2019) em seu estudo a respeito da Vigilância Socioassistencial e PSR, afirma que apesar da importante função designada ao processo de Vigilância Socioassistencial na implementação do Sistema Único de Assistência Social, a PSR não tem sido contemplada nessa função, demonstrando que a maioria das experiências desenvolvida pelos gestores e agentes da política, tem se limitado a buscar resultados de alcance quantitativos, não apresentando muito conhecimento a respeito das desproteções sociais e características da PSR.

5. A AVALIAÇÃO DE PROCESSO: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA

5.1 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO COM FOCO NA EFICÁCIA DO PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA

Para a exposição do primeiro eixo de análise, inicialmente apresentaremos o **Quadro 4** de concatenação das avaliações dos CnaR, esses estão identificados de acordo com os CnaR avaliados. Os resultados dessas avaliações estão distribuídos a partir do conjunto de atributos do processo de implementação já identificados anteriormente no **Quadro 2 Metodológico explicativo**⁵⁵. Iniciaremos com a apresentação dos atributos elencados do sistema **logístico operacional**, em sua maior parte, e posteriormente apresentaremos os demais atributos dos seguintes subprocessos: **processo de informação e processo de capacitação**.

Para disposição dos dados e das falas coletadas, com intuito de resguardar a identidade dos sujeitos entrevistados, utilizaremos codinomes para os 18 CnaR avaliados. Os codinomes foram escolhidos com base em alguns locais e referências de moradia e permanência das PSR nas cidades: *Marquise, Viaduto, Praça, Avenida, Mocó, Esquina, Calçada, Vila, Centro, Semáforo, Mato, Fundo de Vale, Carcaça de carro, Lona, Papelão, Barraca, Carrinho e Abrigo*. Já para as (os) coordenadoras (es) e liderança do MNPR entrevistados, utilizamos: *Coordenadora município 1; Coordenadora município 2; Coordenadora município 3; Coordenador município 4 e Liderança do MNPR*. Para os (as) trabalhadores (as) que responderam as questões dissertativas no questionário, utilizaremos: *Trabalhador 1; trabalhador 2; trabalhador 3; trabalhador 4; trabalhador 5; trabalhador 6 e trabalhador 7*.

Durante a análise e avaliação da implementação do programa e construção deste Quadro 4, a partir das respostas dos trabalhadores que responderam ao questionário, encontramos algumas divergências nas respostas entre trabalhadores de uma mesma equipe. Utilizamos um critério de escolha entre as respostas divergentes, porém escolhemos omitir neste texto o critério utilizado para não correr o risco de identificar os sujeitos que participaram da pesquisa.

⁵⁵ Quadro disposto no capítulo I na página 40.

Quadro 4 - Concatenação das avaliações dos CnaR

	Disponibilidade RH	Carga horária	Unidade móvel	Veículo	Oferta ações básicas	Diagnóstico	Planejamento	Busca ativa	Redução de danos	In loco	Atend.: grupo e ind.	Reuniões Equipe	Ações UBS	Ações RAPS	Educação trab. saúde	Reg. e atual. cadastral
CnaR	1.1	2.1	3.1	3.2	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	6.1	6.2	6.3	7.1	8.1
Viadulto	M1 S	PS		PS	PS	S	S	S	PS	S	PS	S	PS	PS	PS	S
Esquina	M2 S	PS		IN	S	PS	S	S	PS	S	al	S	IN	S	PS	PS
Praça	M2 S	PS	S	S	S	IN	S	S	PS	S	PS	S	PS	PS	PS	PS
Avenida	M1 S	PS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	PS	PS	PS	S
Mocó	M3 S	NR		NR	S	S	S	S	S	S	S	NR	NR	NR	PS	NR
Marquise	M1 S	PS		S	S	IN	IN	S	PS	S	S	S	IN	NR	IN	PS
Calçada	M3 S	S	S	S	S	S	PS	PS	S	S	S	S	PS	PS	PS	S
Vila	M1 QT	PS		S	PS	S	PS	S	PS	S	PS	S	PS	PS	PS	S
Centro	M2 S	PS	S	S	S	S	PS	S	PS	S	S	S	S	S	PS	S
Semáforo	M3 S	PS	S	S	S	S	PS	S	S	S	IN	S	S	S	PS	S
Mato	M1 S	PS		IN	PS	S	S	S	S	S	IN	PS	PS	PS	IN	S
Fundo de Vale	M1 S	S		PS	PS	PS	PS	S	S	S	S	IN	PS	IN	IN	S
Carcaça de carro	M2 S	PS		IN	PS	S	S	S	PS	S	S	PS	IN	NR	PS	S
Lona	M2 S	NR		IN	PS	S	S	S	PS	S	S	S	PS	PS	PS	PS
Carrinho	M3 S	PS		PS	PS	S	S	S	S	S	IN	S	PS	PS	IN	S
Barraca	M1 S	S		IN	S	PS	S	S	S	S	S	S	PS	PS	IN	S
Papelão	M2 S	PS		IN	S	S	S	S	PS	S	S	IN	S	S	IN	S
Abrigo	M1 S	PS		IN	PS	S	S	S	S	S	IN	S	PS	PS	IN	PS

Legenda

S Satisfatório

PS Pouco Satisfatório

IN Insatisfatório

NR Não teve resposta

QT Questionário Teste

AL Alterações durante a Pandemia

M1 Modalidade I

M2 Modalidade II

M3 Modalidade III

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

O primeiro atributo do sistema logístico e operacional refere-se a **1.1.Disponibilidade dos recursos humanos** em relação a modalidade da equipe de cada programa. A partir das respostas dos sujeitos e conforme apontamos na Tabela 01, todos os serviços que responderam a esta variável⁵⁶ foram avaliados de forma satisfatória, ou seja, 17 CnaR estão com o número mínimo de trabalhadores de acordo com a modalidade da equipe cadastrada no CNES e contemplam o quantitativo das categorias profissionais elencadas por modalidade.

Tabela 1- Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Disponibilidade dos recursos humanos” e o quantitativo de CnaR

Disponibilidade de recursos humanos		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	94,4%	17
Pouco satisfatório	0%	0
Insatisfatório	0%	0
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	5,6%	1
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Embora todos os serviços que responderam a esta questão indicarem estar com a equipe mínima completa, durante as entrevistas três coordenadores e a liderança do MNPR relataram que durante a Pandemia de Covid-19 alguns trabalhadores precisaram ser afastados ou realocados para outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios, gerando dificuldades para substituição destes trabalhadores nas equipes.

Outro elemento importante identificado na composição das equipes, de acordo com o questionário, foi o acréscimo do profissional médico nos CnaR Centro, Marquise e Lona, mesmo sendo das modalidades I e II, ou seja, não sendo da modalidade III. Isso nos indica que esses municípios têm financiado com recursos próprios o profissional médico para integrar as equipes de CnaR⁵⁷.

⁵⁶ O CnaR Vila não respondeu a esta variável, pois corresponde ao programa que respondeu ao questionário teste (QT), no qual não havia sido incluída a questão referente às categorias profissionais existentes na equipe.

⁵⁷ De acordo com Machado (2021) no período de sua pesquisa, foram identificados no total 38 médicos cadastrados no CNES em equipes de CnaR no âmbito nacional da modalidade I e II, ou seja, são médicos financiados pelos municípios exclusivamente.

Ainda sobre o profissional médico, na questão dissertativa do questionário identificamos um trabalhador do CnaR Esquina que pontuou a necessidade de profissional médico na equipe. Durante as entrevistas também verificamos nas falas de três coordenadores e da liderança do MNPR que além da necessidade de ampliação da equipe, dois coordenadores de dois serviços referiram especificamente a necessidade de profissional médico na equipe, considerando as dificuldades que são encontradas para atendimento médico das PSR nas UBS de referência, mesmo acompanhadas do CnaR, como exposto na fala destacada a seguir:

Eu acredito que a gente precisava ter um consultório, uma modalidade que tivesse um profissional de medicina, entende? Porque eu me pego fazendo teste rápido no paciente que vai precisar de benzetacil, mas eu não posso prescrever benzetacil. Entende? Aí eu tenho que pegar essa pessoa, levar ela até o posto, aí agora eu tenho a sorte de ter um médico no posto que é legal, que me atende todas as demandas de prescrição. Mas e quando... e se não tiver esse médico? Os médicos vira e mexe sai, porque a grana né... é pouca que paga na gestão municipal. Daí eu fico refém de uma pessoa, que eu to vendo o problema que ela tem, mas eu não posso ajudá-la mais (Coordenadora município 01).

Podemos analisar nesta fala que a falta de médico gera barreiras para a equipe de CnaR na resolutividade das necessidades de saúde da PSR, pois essa resolutividade também depende de ofertas e ferramentas específicas do profissional médico. De acordo com Nogueira (1997) o processo de trabalho em saúde possui uma direcionalidade técnica, tratando-se de uma atividade humana plural que resulta do compartilhamento de conhecimentos científicos por um conjunto de categorias profissionais e indivíduos. Porém, o autor ressalta como a categoria médica ainda controla o processo de trabalho em saúde a partir de sua autoridade técnica e social. Isso contribui para que a direcionalidade técnica no processo de trabalho em saúde encontre-se “fraturada” para os trabalhadores e para a população usuária do serviço, conformando um contexto de fragmentação dos atos em saúde, onde há uma tendência à especialização das áreas e o acúmulo de novas tecnologias e de variedades dos serviços.

Neste sentido, a necessidade do profissional médico no CnaR apontada pelos sujeitos desta pesquisa expõe as barreiras de acesso que a PSR encontra nas redes de atenção à saúde, o que dificulta o processo de resolutividade das ações de maneira compartilhada. Nesse sentido acreditamos que a contemplação

dos programas com a categoria médica, em todas as modalidades, fortaleceria ainda mais os objetivos do programa, no que compete à garantia do acesso aos tratamentos de saúde de forma equânime e resolutiva, como já apontam outros estudos já citados ao longo desta tese (MACHADO, 2021; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

De acordo com Machado (2021), a composição das equipes de CnaR pode se constituir como um ponto de tensão no processo de implementação devido aos dilemas éticos existentes para o exercício dos profissionais de saúde no espaço da rua, considerando por exemplo a questão de “quais procedimentos podem ser realizados na rua?”.

De qualquer forma, sendo o profissional médico a principal categoria capaz de diagnosticar e prescrever tratamentos em saúde, consideramos que sua presença na equipe mínima de qualquer modalidade pode auxiliar no enfrentamento das iniquidades de saúde desta população, além de auxiliar no processo de educação permanente dos demais médicos no contexto do SUS e avançar na problematização dos dilemas postos, sejam eles éticos, técnicos ou sociais. Nesse sentido o médico do CnaR não elimina o compartilhamento do cuidado com os demais médicos da rede local de saúde, pois a justificativa pela presença do médico na equipe mínima envolve as dificuldades com o outros médicos e trabalhadores de saúde.

Embora as equipes mínimas estejam completas e tenham sido avaliadas como satisfatória, os resultados demonstram a necessidade de ampliação das equipes, principalmente da categoria médica ser contemplada na equipe mínima.

Em relação ao atributo **2.1. carga horária**, avaliamos o indicador da carga horária mínima de funcionamento do serviço e conforme a Tabela 2, somente três CnaR afirmaram funcionar 30 horas semanais, incluindo um período noturno, por isso esses CnaR foram avaliados como satisfatórios. Outros 13 serviços também afirmaram cumprir 30h semanais, mas não incluem o período noturno, sendo considerados Pouco Satisfatório. Outros dois serviços não responderam (NR) a essa questão. Embora a legislação não obrigue o programa a funcionar no período noturno, a orientação é que funcione conforme as necessidades da população.

Tabela 2- Distribuição das escalas da avaliação do atributo “carga horária” e o quantitativo de CnaR

Carga horária		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	16,67%	3
Pouco satisfatório	72,22%	13
Insatisfatório	0	0
Não teve resposta	11,11%	2
Questionário teste	0	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com Escorel (1999), muitas pessoas em situação de rua não se sentem seguras em dormir no período da noite pelo alto risco de sofrerem algum tipo de violência, por isso muitos utilizam este período noturno para atividades sociais como se alimentar, realizar atividades laborais e durante o dia reservam o período de descanso por considerarem mais seguro. Segundo o “Manual sobre o cuidado à Saúde junto a PSR” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a violência aparece como fator de riscos à situação de rua, pois essa população necessita estar sempre alerta, principalmente durante a noite. Dessa forma, deve lidar constantemente com a privação de sono, pois durante a noite essa população prefere e necessita ficar acordada. Realidade muito semelhante também foi encontrada a partir dos estudos de Aguiar e Iriart (2012).

Diante dessa realidade e a partir do que já discutimos nos capítulos anteriores sobre os modos de vida dessa população, é legítimo que o atendimento que inclua ao menos um período noturno estará mais próximo ao objetivo do programa no que se refere à diretriz da equidade no atendimento, buscando priorizar e respeitar as necessidades de saúde e os riscos associados. Por isso, aqueles CnaR que afirmaram incluírem o atendimento no período noturno foram melhores avaliados.

De acordo com uma das coordenadoras entrevistadas, ao considerar o processo de transição do programa CdeR para o formato de CnaR no seu município, na primeira configuração o horário de funcionamento era somente no período noturno porque era ligado à política de Saúde Mental, e quando passou a ser CnaR, o horário de funcionamento passou a ser no período diurno. Segundo Borisow (2019), em seu estudo sobre essa fase de transição no âmbito nacional,

vários CnaR passaram a funcionar a partir do horário padrão diurno das unidades da atenção básica, sem outras considerações, mesmo com o risco de que as equipes de CnaR só reconheçam e encontrem determinados ou possíveis usuários do serviço somente no período noturno.

A partir destes dados podemos compreender que o programa CnaR não tem sido implementado com o horário de funcionamento a partir de um estudo da realidade e necessidade local da PSR, sendo influenciado direta ou indiretamente pelas políticas nacionais preponderantes.

Por isso, processos de monitoramento e avaliação de políticas e programas que incluam a escuta dos implementadores e agentes sociais diretamente envolvidos tem uma função importante para dar subsídios a essas decisões operacionais na implementação, pois podem tensionar e desafiar a existência de lógicas institucionais previamente concebidas, como o horário de funcionamento dos serviços, buscando sempre respeitar as características locais e regionais e as necessidades da PSR.

Com respeito ao atributo **3. Disponibilidade de recursos materiais**, buscamos avaliar a partir do indicador das informações referentes aos veículos utilizados pelas equipes. Como não há clareza nos documentos oficiais sobre a obrigatoriedade da configuração do veículo como Unidade Móvel - que permite realizar alguns atendimentos/procedimentos em seu interior decidimos separar um atributo para a Unidade Móvel e outro atributo para o veículo.

Em relação ao item **3.1 Unidade Móvel**, somente 4 CnaR afirmaram possuir veículo com esta configuração, sendo todos avaliados como Satisfatórios nesse quesito. Em relação ao item **3.2. Veículo de Transporte**, o critério de maior relevância utilizado para avaliação foi a exclusividade para o uso da equipe, pois, conforme já apontamos na revisão bibliográfica, a ausência desta exclusividade tem sido apresentada como uma das dificuldades no processo de implementação e veremos que isso também se aplica nas entrevistas com os coordenadores e com a liderança do MNPR. Os outros critérios de avaliação apontaram: se é possível realizar procedimentos básicos; se tem identificação visual; se é possível realizar atendimento no seu interior; se é possível levar profissionais da equipe; e se é possível levar equipamentos e insumos.

De acordo com as respostas dos sujeitos e conforme demonstrado na Tabela 3, sete CnaR foram avaliados como insuficientes em relação ao veículo,

pois, apesar de indicarem um veículo disponível para a equipe, não há exclusividade no seu uso. Outros sete CnaR foram avaliados como satisfatório, pois além de possuírem o carro exclusivo, também contemplam os outros critérios do indicador, sendo que 4 destes são aqueles de configuração da Unidade Móvel. Outros três serviços foram avaliados como pouco satisfatório, pois apesar de possuírem veículos exclusivos, não apresentam identificação visual, que é um dos elementos para esse indicador já problematizado em outras pesquisas como elemento importante para o acolhimento no espaço da rua (DUARTE, 2018). Um dos serviços não respondeu (NR) a esta questão.

Tabela 3- Distribuição das escalas de avaliação do atributo “veículo” e o quantitativo de CnaR

Veículo de transporte		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	38,89%	7
Pouco satisfatório	16,67%	3
Insatisfatório	38,89%	7
Não teve resposta	5,6%	1
Questionário teste	0	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Ainda sobre o atributo veículo, trabalhadores de nove CnaR afirmaram terem o profissional motorista integrante na equipe. Outros nove CnaR, ou seja, a metade, não possuem este profissional. Dentre esses CnaR que não possuem motoristas, foi possível identificar CnaR sem carro atualmente, outros em que a equipe acumula a função de dirigir o veículo e há também aqueles em que o motorista não é exclusivo para o programa. Nas questões dissertativas do questionário, um dos trabalhadores do CnaR Esquina destaca que cada equipe deveria ter uma Unidade Móvel. E trabalhadores do CnaR Barraca e CnaR Lona destacam o imperativo de um veículo de uso exclusivo e a garantia de um motorista para cada serviço.

Ao analisar esses dados, podemos identificar que este atributo do veículo foi um dos que mais teve avaliações insatisfatórias, no qual 38% dos CnaR informaram não ter um veículo exclusivo para uso. A exclusividade do uso do veículo é determinante no processo de implementação do programa, pois caso as

equipes não tenham disponibilidade de uso, elas também não terão o poder de decisão para o uso diário, que influenciará na programação das atividades e dos roteiros. Isso fica mais evidente na fala de duas coordenadoras entrevistadas quando referem a falta de veículos e a falta de manutenção de um veículo adequado para a utilização da equipe:

Quando começou a equipe de CdeR a gente tinha a van toda equipada, a gente tinha material para trabalhar com eles, inclusive vídeo game, televisão, som para chamar atenção, a van era equipada mesmo, tinha uma pia, dava para fazer curativo, tudo na van, só que aí mudou a gestão aí começaram a usar nossa van para outras finalidades, viagens, TFD, e acabou que deu um acidente e deu perda total da van, aí ficamos sem carro, só dependendo de quando tinha, quando não tinha. [...] e não podia levar muito material, **só o que cabia na mochila**. [...] Aí a gente conseguiu a outra van, não era tão equipada quanto a outra, mas continuamos com a mesma dificuldade, estão usando nossa van. está sucateada, porque é usada também para outras finalidades. E aí a gente fica dependendo de carro e às vezes um carro não dá para ir toda a equipe (Coordenadora município 02).

A chefe da atenção primária, mesmo ela não podendo me ofertar uma Van, nem me ofertar um ônibus, que é o que todo consultório tem, nem me ofertar um espaço físico, mas ela sempre escuta as nossas demandas, [...] eu percebo que tem uma boa vontade, mas essa boa vontade ela esbarra na questão do dinheiro, na questão desses cortes de gastos, com saúde, que acaba prejudicando todo o andamento da gestão da política de saúde (Coordenadora município 01).

Nos chama à atenção a fala da coordenadora em relação à necessidade da equipe ter que se organizar com seus materiais de trabalho a partir do que “só cabia na mochila”, por falta de veículo. Dada a complexidade do programa, consideradas suas inovações perante o aperfeiçoamento das práticas de cuidado em saúde já existentes, a falta de garantia de um veículo para o uso da equipe, que propicie uma logística mínima para o atendimento no espaço da rua, demonstra uma desvalorização política da gestão para com a implementação do programa.

Essa situação reforça a importância de existirem diretrizes políticas que orientem a operacionalização do Programa na prática, pois para garantir a eficácia dos processos de implementação de políticas públicas, não basta contar com a boa vontade ou boa intenção por parte dos gestores implementadores. É preciso considerar que o processo de gestão envolve um conjunto de valores e conhecimentos sobre a concepção das práticas em saúde que orienta o que se pretende construir e onde se almeja chegar.

Para outra coordenadora entrevistada, o atendimento *in loco* realizado pela equipe não tem sido favorecido no financiamento federal do programa, pois o veículo e o motorista precisam ser financiados pelo próprio município. E considera que isso tem sido uma das fragilidades na implementação do programa para que os objetivos sejam atingidos.

[...] dentro das diretrizes de atuação do programa, está a questão do atendimento *in loco*, por exemplo, tá? Mas ao mesmo tempo, não é previsto motorista e carro pra transporte pra ter uma... digamos, um deslizar maior pelos territórios pra poder fazer esse atendimento lá... E não só isso, pra que você tenha uma assertividade maior na assistência à saúde da população em situação de rua, você tem que carregar materiais e insumos, né (Coordenadora município 03).

Apesar da Portaria 122/2011 indicar que é de responsabilidade do município a aquisição do veículo para o uso da equipe, as diretrizes para a execução do programa não tem vinculado o caráter excepcional desse equipamento itinerante para a implementação e manutenção do Programa, tornando vago o requisito de atendimento *in loco* e dependente dos contextos locais e regionais.

O contexto político atual menos favorável no trato com as políticas sociais tem resultado direto para a não priorização das necessidades e demandas apresentadas da PSR das políticas e programa regidos por diretrizes e princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da redução de danos, o que deslegitima programas e serviços como o próprio CnaR. Concretamente essas dificuldades têm se apresentado na implementação do programa CnaR por meio da falta de estrutura e recursos humanos.

Aqui também fica claro o determinante do processo de implementação como um campo de incertezas, que em algum momento o programa poderá estar contemplado com os melhores equipamentos, mas em determinado momento poderá sofrer um processo de recessão de recursos.

Porque assim ó... por mais que ele foi implementado, a gente tem que entender que a gente passou por um processo de... sucateamento dentro do SUS né? Que o Consultório também vai ser sucateado. Ele já tá sendo sucateado né. É... a importância desse equipamento é.. falar de consultório na Rua, é tá falando de cuidado pela vida né? Cuidado pelo próximo. Eu vou te falar... eu acho que a luta da implementação ela não passou ainda. Ela é todos os dias. Entendes? Não é porque nós temos uma equipe que tá funcionando... Não. A gente tem que tá lutando (Liderança do MNPR).

De acordo com a fala da liderança do MNPR, podemos considerar que esse campo de incerteza para a implementação também está associado ao processo de sucateamento que o SUS enfrenta. A falta de financiamento é uma das principais causas da falta de estrutura encontrada para a implementação do SUS. Mas sabemos que esta também tem sido uma realidade para as demais políticas sociais que encontram uma disputa política acirrada pelo fundo público. Já se sabe que, além disso, temos as contrarreformas neoliberais em curso que interferem diretamente na gestão e implementação das políticas sociais. E esta disputa tem refletido os interesses de classes antagônicas no controle do fundo público (SANTOS E DUARTE, 2021).

A respeito do atributo **4. Sistemas operacionais e fluxos**, avaliamos o primeiro indicador **4.1 Ofertas da atenção básica**, perguntamos aos trabalhadores se o programa tem ofertado ações de atenção básica atendendo as diretrizes da política nacional. Conforme a Tabela 4, 10 CnaR informaram que ofertam totalmente, sendo avaliados como satisfatório. Já aqueles que informaram ofertarem parcialmente, totalizando em 8 serviços, foram avaliados como pouco satisfatório.

Tabela 4- Distribuição das escalas de avaliação do atributo “ofertas da atenção básica” e o quantitativo de CnaR

Ofertas da atenção básica		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	55,56%	10
Pouco satisfatório	44,44%	8
Insatisfatório	0%	0
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Para ofertar ações da atenção básica é preciso inseri-las no planejamento do trabalho a partir da gestão do cuidado compartilhado com a rede de atenção básica. Apesar de grande parte dos CnaR afirmarem que há oferta total de ações, há um quantitativo considerável que refere ofertar de forma parcial. Nesse sentido é preciso planejar essas ofertas que dialoguem com as demandas do território e que as UBS também estejam incluídas nesse processo. Reafirmando o objetivo do

CnaR em garantir o acesso da PSR à rede de atendimento SUS de forma equânime.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que aqueles CnaR que têm ofertado parcialmente as ações de atenção básica indicam algumas dificuldades, seja pelas barreiras no atendimento por outras equipes de saúde, incluindo a categoria médica, como já abordamos anteriormente, assim como nas dificuldades encontradas na gestão do cuidado compartilhado. Este último fica mais evidente quando analisamos o atributo “**cuidado em saúde compartilhado e integrado**”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), **as ações compartilhadas e integradas** entre o CnaR e as demais equipes de saúde constituintes da RAS e RAPS são fundamentais para a atenção integral à saúde, para a resolutividade das ações e para a gestão do cuidado. Essas ações compartilhadas podem se desenvolver por meio de reuniões, para construir planejamentos, estudo de casos, elaboração de projetos terapêuticos, entre outros. As equipes de CnaR devem prestar apoio matricial às equipes de atenção básica, assim como as equipes de CnaR devem contar com o apoio matricial das equipes do CAPS e outros componentes da RAPS de forma a compartilhar a criação de uma linha de cuidado⁵⁸ no município.

De acordo com o documento produzido pela UFF (2014), o dispositivo de apoio também é disponibilizado para as equipes de hospitais e outros serviços no campo da política da assistência social. O apoio disponibilizado pela CnaR cria condições para que esses equipamentos possam realizar o cuidado com o usuário de sua responsabilidade naquele momento.

Nesse sentido, de forma a avaliar esse atributo **6. cuidado compartilhado e integrado**, perguntamos para os sujeitos sobre as reuniões realizadas em equipe; as ações compartilhadas e integradas com a UBS, com CAPS e dentre outros serviços que compõem a RAPS.

Em relação ao atributo **6.1. reuniões de equipe** (reuniões internas, somente com trabalhadores da equipe), perguntamos aos sujeitos a respeito de sua periodicidade e a frequência dos assuntos tratados. O critério de periodicidade

⁵⁸ De acordo com Franco e Franco (2012), a linha de cuidado pode ser entendida como um itinerário assistencial garantido para o atendimento das necessidades do usuário. Para a construção e funcionamento da linha de cuidado é indispensável a pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários para a constituição de protocolos e reconfigurações no processo de trabalho, afim de garantir o acesso do usuário as unidades e serviços aos quais necessita, compreendendo a assistência à saúde de forma integral.

utilizado foi no mínimo reuniões mensais e os assuntos considerados essenciais foram: Planejamento de trabalho; acompanhamento dos usuários; questões administrativas; estudos e discussão de casos; e elaboração de projetos terapêuticos.

De acordo com a tabela 5, treze CnaR foram avaliados como Satisfatório, pois apresentam uma frequência inferior a periodicidade mensal e trata com frequência os assuntos essenciais. Outros 2 CnaR foram avaliados como pouco satisfatório pois são aquelas equipes que apesar de realizarem com frequência as reuniões, os assuntos tratados com mais frequência são relativos ao planejamento do trabalho e assuntos administrativos, sendo o acompanhamento dos usuários com menor frequência. E aqueles avaliados como insatisfatório foram 2 CnaR. Estes últimos foram considerados como insatisfatório, pois a frequência das reuniões informada foi superior à periodicidade mensal e nem sempre têm abordado de forma frequente os assuntos elencados como essenciais. Um dos CnaR não respondeu a esta questão (NR).

Tabela 5- Distribuição das escalas de avaliação do atributo “reuniões de equipe” e o quantitativo de CnaR

Reuniões de Equipe		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	72,2%	13
Pouco satisfatório	11,1%	2
Insatisfatório	11,1%	2
Não teve resposta	5,6%	1
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com a literatura estudada por Machado (2021, p.116), a reunião de equipe do CnaR é descrita como estratégia de ampliação da resolutividade, pois é identificada como um espaço de convergência entre a equipe sobre o processo de trabalho, sistematização, planejamento e monitoramento das ações cotidianas antes e depois das atividades na rua, além de ser um espaço de educação permanente.

Em continuidade ao atributo do cuidado compartilhado e integrado, perguntamos também aos sujeitos sobre a interlocução realizada com os serviços

da rede de atendimento em saúde. Primeiramente sobre as **6.2 ações compartilhadas e integradas com as UBSs**, perguntamos se há ações compartilhadas com as UBSs do município e do território de referência e se a equipe utiliza das instalações das UBSs quando necessário. De acordo com a Tabela 6, três CnaR foram avaliados como satisfatório, pois os sujeitos informaram compartilhar ações com todas as UBSs. Já aqueles que informaram compartilhar ações com pelo menos alguma das UBSs do território, foram avaliados como pouco satisfatório, e totalizaram em 11 CnaR. Outros 3 CnaR foram avaliados como insatisfatório, pois informaram não haver ações compartilhadas com nenhuma UBS do território, embora os 3 citarem que usam as instalações das UBSs quando necessário. Houve 1 CnaR que não respondeu a esta questão (NR).

Tabela 6 – Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Ações compartilhadas e integradas com as UBSs” e o quantitativo de CnaR

Ações compartilhadas e integradas com as UBSs		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	16,6%	3
Pouco satisfatório	61,1%	11
Insatisfatório	16,6%	3
Não teve resposta	5,6%	1
Questionário teste	%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Esse dado demonstra que embora os 03 CnaR avaliados de forma insatisfatória tenham utilizado as instalações de UBSs quando necessário e um deles tenha a equipe de CnaR instalada em uma UBS, onde compartilham da mesma estrutura física e de reuniões de gestão, não parece ser uma condição que espontaneamente propicie o compartilhamento das ações entre equipes e serviços. Ou até mesmo se a equipe necessite usar as instalações de alguma UBS em algum atendimento específico ao usuário, não quer dizer que naquele momento houve o compartilhamento das ações de forma a gerar um cuidado compartilhado.

De acordo com Machado (2021), garantir o direito à saúde para a PSR é, sobretudo, garantir o acesso dessa população na UBS, seja na forma de acompanhamento longitudinal e seja como um recurso utilizado pelo CnaR durante

o atendimento no espaço da rua, que possa exigir maiores densidades tecnológicas, que não podem ser ofertadas na rua.

Ainda sobre os usos da UBS pelas eCR, atuar dentro da UBS em parceria com as demais equipes da AB (eSF, de Saúde Bucal, NASF AB, entre outras) pode contribuir para desmontar a ideia de que o cuidado à PSR é um trabalho “exclusivo” das eCR, desresponsabilizando todas as demais equipes do olhar para essa população. A atuação conjunta entre na UBS (atendimento compartilhados, ações de educação permanente, ações colaborativas, de apoio matricial, entre outras) pode contribuir para que outras equipes da UBS possam se apropriar do acúmulo das eCR no que há específico do cuidado à PSR e assim se “autorizar” a realizar esse cuidado no cotidiano do serviço (MACHADO, 2021, p. 98).

Embora concordemos com autor em relação à necessidade do desmonte da ideia de exclusividade do cuidado em saúde da PSR direcionada ao CnaR, os dados desta pesquisa demonstram que mesmo utilizando as instalações da UBS, alguns programas não têm realizado o compartilhamento das ações com as equipes da UBS, ou realizado a atuação conjunta, como chamou Machado (2021). Por isso acreditamos que para além da garantia de um primeiro acesso a UBS, é preciso concentrar esforços para gestar ações compartilhadas e integradas.

Desmontar a ideia do cuidado exclusivo da PSR ao CnaR, é garantir a universalidade e equidade no acesso à saúde e para isso, é necessário que os trabalhadores da saúde tenham condições operacionais e políticas de trabalhar nesta perspectiva do cuidado compartilhado.

As **6.2 ações compartilhadas com o CAPS e os outros serviços da RAPS do território de referencia** também integram o atributo do cuidado compartilhado e integrado. De acordo com a Lei nº3088/2011 que instituiu a RAPS, os componentes com seus respectivos pontos de atenção (serviços) são: I) Atenção Básica: UBS, NASF e CnaR; II) Atenção Psicossocial: CAPS em suas diferentes modalidades; III) Atenção de Urgência e Emergência: SAMU e UPA; IV) Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de acolhimento Adulto, Unidade de acolhimento Infanto-juvenil e Comunidade Terapêutica; V) Atenção hospitalar: Leitos hospitalares e enfermarias especializadas; VI) Estratégias de desinstitucionalização: Serviço residencial terapêutico e VII) Reabilitação Psicossocial: Geração de trabalho e renda.

Considerando os pontos de atenção existentes em cada município dos respectivos CnaR avaliados, perguntamos aos sujeitos se há ações compartilhadas

com os serviços da RAPS do território de referência e se utilizam das instalações desses serviços quando necessário. Conforme a Tabela 7, somente um CnaR foi avaliado como insatisfatório neste indicador, pois o sujeito informou que a equipe não tem nenhuma ação compartilhada com nenhum desses serviços da RAPS. Outros 10 CnaR foram avaliados como pouco satisfatório, pois informaram compartilhar com pelo menos um serviço da RAPS do território e 4 foram avaliados como satisfatórios, pois informaram compartilhar com todos os serviços da RAPS. Outros 3 CnaR não responderam a esta questão (NR).

Tabela 7 – Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Ações compartilhadas com o CAPS e os outros serviços da RAPS do território de referência” e o quantitativo de CnaR

Ações compartilhadas com o CAPS e os outros serviços da RAPS do território de referência		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	22,22%	4
Pouco satisfatório	55,55%	10
Insatisfatório	5,6%	1
Não teve resposta	16,67%	3
Questionário teste	%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022

Aqui podemos observar que, se comparamos esse indicador com o anterior, verificamos que os CnaR têm maior relação e compartilhamento das ações com a RAPS do que com as UBS. Este dado reafirma uma maior aproximação do CnaR com a política de saúde mental, frente as diferentes racionalidades e disputas presentes entre os serviços de atenção básica e de saúde mental, embora o objetivo da RAPS seja de integrar esses serviços. Apesar de atualmente o programa CnaR estar vinculado à atenção básica, suas bases fundantes estão ligadas à política da saúde mental, o que também pode gerar essa maior aproximação com os serviços deste campo.

É importante destacar que os dados da pesquisa também reiteram a invisibilidade e a homogeneização que ainda imperam na atenção básica, dado a sua atenção generalista. Entretanto, a função da atenção básica diante das particularidades da PSR é a de cumprir os seus princípios essenciais (a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado).

Porém destacamos a coordenação do cuidado, que por meio da constituição de uma linha de cuidado integral da PSR, buscará estabelecer a intercomunicação entre as redes do território de forma a impactar na melhoria do acesso e da integração da AB com a rede de atenção à saúde, tal como serviços do SUAS e as ONGs .

Já os serviços de saúde mental, como o CAPS, têm apresentado uma melhor articulação com o CnaR, posto sua atenção com especificidade em saúde da PSR, que apresenta altos índices de transtornos mentais e uso de SPA.

Esse dado apresenta uma realidade bem parecida com o estudo realizado por Simões (2017) com alguns CnaR do Estado do Rio de Janeiro. De acordo com a pesquisa, a construção da rede entre CnaR e os serviços da saúde mental foi considerada satisfatória, justificada pela própria origem do programa no campo da saúde mental e o fato dessa política favorecer o acolhimento da PSR nos serviços por já trabalhar com populações estigmatizadas. Em relação aos serviços de atenção básica o estudo apresentou que os trabalhadores do CnaR se sentem isolados e solitários e atribui essa solidão as dificuldades relacionadas ao preconceito, a falta de habilidade e capacitação dos trabalhadores de saúde para o atendimento da PSR.

Perguntamos também aos trabalhadores se há reuniões entre o CnaR e as UBSs do território, e reuniões entre o CAPS e os demais serviços da RAPS, e a periodicidade dessas reuniões. Porém não houve consenso em nenhuma das respostas entre os trabalhadores da mesma equipe o que não nos permitiu identificar essas ações por equipes. O que nos leva a considerar a falta de compartilhamento de informação entre os trabalhadores da equipe sobre este quesito, seja pelo coordenador, ou seja, no caso daquelas equipes que tenham direcionado a outro trabalhador a função de representante da equipe juntos as reuniões intersetoriais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a construção de um roteiro para as ações diárias ou semanais tem como finalidade auxiliar a equipe enquanto um instrumento do planejamento das ações a serem realizadas durante o percurso na rua. O roteiro como instrumento de campo também pode ser utilizado para sistematizar observações individuais e da equipe durante o percurso para subsidiar a construção ou atualização do diagnóstico territorial, que fundamenta seu plano de

trabalho. Por isso, incluímos no questionário questões sobre o diagnóstico e o planejamento das ações.

A respeito sobre o atributo **4. Sistemas operacionais e fluxos**, avaliamos o segundo indicador **4.2 diagnóstico**, perguntamos aos trabalhadores se utilizam diagnóstico situacional ou ferramentas parecidas, levando em conta a territorialização, a elaboração de forma coletiva, assim como a atualização do diagnóstico.

Tabela 8 – Distribuição das escalas de avaliação do atributo “diagnóstico e o quantitativo de CnaR

Escala	Diagnóstico	
	Porcentagem	Total
Satisfatório	72,22%	13
Pouco satisfatório	16,67%	3
Insatisfatório	11,11%	2
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Conforme a Tabela 8, treze CnaR foram avaliados de forma satisfatória. E 3 CnaR foram avaliados como pouco satisfatório, pois dentre estes tiveram aqueles que reponderam não haver diagnósticos, e aqueles que apesar de apresentarem diagnóstico, alguns sujeitos afirmaram não terem participado do processo e não haver sido feito de forma coletiva e ainda não sabem informar a respeito de sua atualização. Outros trabalhadores de 2 CnaR informaram não haver qualquer tipo de diagnóstico, sendo avaliados nesse quesito como insuficiente.

Em relação ao atributo de **4.3 planejamento das ações**, perguntamos sobre a construção do roteiro utilizado no dia a dia das equipes. Pois de acordo com Brasil (2012, p.36), devem-se considerar os pontos de atendimento, os diferentes perfis de grupo e observarem-se “os critérios para a gestão de riscos eminentes no atendimento *in loco*”. Por isso, perguntamos aos sujeitos se na construção do roteiro constam as seguintes variáveis: os pontos de atendimento; se pondera os riscos do atendimento; se considera os perfis dos usuários; e se define ações de busca ativa.

Tabela 9 – Distribuição das escalas de avaliação do atributo “Planejamento das ações” e o quantitativo de CnaR

Planejamento das ações		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	66,67%	12
Pouco satisfatório	27,78%	5
Insatisfatório	5,6%	1
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Conforme a Tabela 9, todos os participantes afirmaram construir o roteiro de ações e a maioria informou que este roteiro é produzido semanalmente, assim como a maioria afirmou ser elaborado coletivamente. Mas de acordo com os critérios da avaliação, doze CnaR foram avaliados como satisfatório. Cinco CnaR foram avaliados como pouco satisfatório e um CnaR foi avaliado como Insatisfatório.

Essa variável de construção do roteiro foi uma das que mais apresentou respostas diferentes entre os mesmos trabalhadores das equipes. E a variável que teve mais respostas negativas, apesar das divergências nas respostas, foi se o programa pondera os riscos do atendimento, nas respostas de 11 CnaR.

A divergência das respostas entre as equipes é um elemento importante a ser destacado no âmbito da discricionariedade dos sujeitos na implementação. De acordo com Cavalcanti (2007, p.231): “todo o processo de implementação independentemente do tipo de controle que sobre ele é exercido, envolve um grau de discricionariedade”. Portanto, a discricionariedade dos implementadores locais é mais um elemento de imprevisibilidade no processo de implementação.

Considerando que a implementação também engloba novos processos decisórios a serem tomados pelos implementadores locais no momento da execução política, esse processo muitas vezes pode alterar os objetivos das políticas e programas nacionais e o grau de discricionariedade também influenciará nesses processos decisórios.

De acordo com Lipsky (1980 apud D’ASCENZI), podemos considerar que o grau de discricionariedade mostra que por algum motivo, a depender das

condições de trabalho, esses implementadores locais têm selecionado algumas alternativas ou não operacionalizado alguma delas.

De acordo com os dados, apesar das divergências das respostas, a maioria das equipes têm destacado na construção do roteiro: o local e o perfil dos grupos de usuários. Estamos considerando aqui aqueles locais que são observados uma maior concentração de PSR, no qual a equipe pode identificar por subáreas e as suas especificidades como: os equipamentos existentes no território; de que forma a PSR circula nesse território; características geográficas, econômicas e sociais, entre outras observações. E o perfil do grupo refere-se aquelas observações relacionadas à faixa etária, ao uso de alguma substância psicoativa em específico, prostituição, atividades econômicas, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para Brasil (2012), a identificação de fatores de risco à saúde e fatores de vulnerabilidades nos territórios é elementar para as equipes na construção de diagnósticos e planejamentos. Por isso, o próprio MS por meio do “Manual do cuidado em saúde a PSR” convida os trabalhadores a aprimorar o conjunto de riscos em que a vida nas ruas tem exposto esta população. Apesar de poucos estudos aprofundarem esses riscos e vulnerabilidades, é imperativo afirmar que a vida na rua “pode precipitar problemas de saúde secundários ao aumento da exposição a riscos de doença, como vulnerabilidade às violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e muitos outros” (BRASIL, 2012, p.51).

Ainda de acordo com o documento oficial (BRASIL, 2012, p.54), “o exercício mental de encadear causas de problemas de saúde originadas pelo fator ‘vida na rua’” pelos trabalhadores de saúde influencia o desenvolvimento de lógicas específicas para o atendimento da PSR e a implementação de ações de cuidado que reconheçam a rua como espaço de vida dessas pessoas. Nesse sentido, a identificação dos riscos permitirá a definição adequada das ações e dos procedimentos clínicos, que podem ser realizados no espaço da rua ou que necessitam de um suporte de maior densidade tecnológica, reforçando a necessidades da UBS ou de outros serviços como recurso (exemplo: coleta de exames; curativos, administração de medicação, teste rápido, dentre outros). Distribuir a população atendida pelos riscos associados à saúde também é uma estratégia elencada na condução do cuidado em saúde, principalmente para os usuários que apresentam doenças crônicas. Essa estratégia permitirá definir quais

serviços de saúde devem ser envolvidos na gestão do cuidado na construção do projeto terapêutico.

Por isso acreditamos que não ponderar os riscos de atendimento na construção do roteiro é um fator que repercute na construção de indicadores de saúde desse público, e da mesma forma, na construção e implementação das políticas, como temos afirmado ao longo desta tese. Apesar da vigilância em saúde ser uma das ações que compõem o conjunto da Atenção Básica, e ter como objetivo analisar e articular o conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde, a PSR não tem sido contemplada na vigilância desenvolvida pelas equipes de saúde. Realidade bem parecida identificada no estudo realizado por Nunes (2019) no qual a PSR também não tem sido contemplada na Vigilância socioassistencial⁵⁹ da Política de Assistência Social. O que resulta ainda mais na invisibilidade dessa população.

Em relação ao atributo **4.4 busca ativa**, perguntamos aos trabalhadores se há a realização de busca ativa aos usuários de SPA e qual a periodicidade.

Tabela 10 – Distribuição das escalas de avaliação do atributo “busca ativa” e o quantitativo de CnaR

Escala	Busca ativa	
	Porcentagem	Total
Satisfatório	94,4%	17
Pouco satisfatório	5,6%	1
Insatisfatório	0%	0
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com a Tabela 10, somente 1 programa foi avaliado como pouco satisfatório, pois apesar dos sujeitos afirmarem que realizam a busca ativa, não apresentam qualquer periodicidade, critério mínimo utilizado para avaliação deste

⁵⁹ Para Nunes (2019, p.17): “Compreende-se que no processo de vigilância socioassistencial exige-se conhecimentos oriundos de áreas como gestão da informação, planejamento e pesquisa. Exige, ainda, a problematização acerca da realidade social, neste caso, do fenômeno situação de rua, as desproteções sociais, as vulnerabilidades e as potencialidades características deste segmento populacional. A função de vigilância socioassistencial na Política de Assistência Social prevê a identificação das vulnerabilidades, das desproteções sociais, e a identificação da cobertura dos serviços, da proteção social” .

indicador. Outros 17 CnaR foram avaliados como Satisfatório, pois apresentam uma periodicidade na realização da busca ativa. A maioria dos CnaR apresentou uma periodicidade semanal, mesmo durante a pandemia.

Em relação ao atributo **4.5. redução de danos**, conforme já discutimos no capítulo anterior, perguntamos aos sujeitos se a ação política e estratégica da redução de danos fazem parte das ações no programa.

Tabela 11 - Distribuição das escalas de avaliação do atributo “redução de danos” e o quantitativo de CnaR

Redução de danos		
Escola	Porcentagem	Total
Satisfatório	50%	9
Pouco satisfatório	50%	9
Insatisfatório	0%	0
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Conforme a Tabela 11, todos os CnaR tiveram respostas positivas dos trabalhadores. Contudo, 9 CNaR foram avaliados como satisfatório, pois afirmaram realizar as ações de redução de danos com muita frequência e os outros 9 serviços foram avaliados como pouco satisfatório, pois afirmaram realizar com média ou pouca frequência.

Em relação ao atributo **5. Acolhimento e atendimento *in loco***, avaliamos primeiramente o **5.1 atendimento *in loco***, na qual perguntamos aos sujeitos se há a realização do atendimento *in loco* de forma itinerante e qual a sua periodicidade.

Tabela 12 - Distribuição das escalas de avaliação do atributo “atendimento *in loco*” e o quantitativo de CnaR

Atendimento in loco		
Escola	Porcentagem	Total
Satisfatório	100%	18
Pouco satisfatório	0%	0
Insatisfatório	0%	0
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com a Tabela 12, todos os 18 CnaR afirmaram que realizam este atendimento com uma certa permanência na periodicidade, nesse sentido todos que responderam a esta questão foram avaliados neste indicador como satisfatório. Identificamos nas respostas dos 17 CnaR que a periodicidade do atendimento *in loco* é diário. Somente um dos CnaR informou que a periodicidade é semanal. Esses resultados reafirmam os objetivos do Programa no que compete ao atendimento *in loco* de forma itinerante, demandando que a equipe esteja diariamente no espaço da rua, e com as mínimas condições logísticas para a implementação das ações.

Perguntamos também aos sujeitos se os **5.2. atendimentos realizados são de forma individual e grupal**, assim como a periodicidade destes atendimentos. Utilizamos como critério a frequência mínima mensal.

Tabela 13 - Distribuição das escalas de avaliação do atributo “atividades individuais e grupais” e o quantitativo de CnaR

Atendimentos individuais e grupais		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	16,67%	3
Pouco satisfatório	50%	9
Insatisfatório	22,22%	4
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Alterado durante a Pandemia	5,6%	1
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Conforme a tabela 13, quatro CnaR foram avaliados como insatisfatório, pois os sujeitos informaram que realizam somente atendimentos individuais mesmo antes da pandemia. 01 CnaR referiu realizar somente atendimentos individuais, porém afirmou ter ocorrido alterações desses atendimentos durante a pandemia (AL), por isso recebeu a sigla AL. Aqui também usamos como critério de avaliação a permanência da periodicidade, por isso 10 CnaR foram avaliados como satisfatório, pois além de afirmarem que realizam atendimento tanto individuais como coletivos, apresentam uma permanência na periodicidade destes atendimentos, seja diária, semanal ou mensal. Outros 3 serviços foram avaliados como pouco satisfatório pois apesar de realizarem atendimento de forma individual

e em grupo, não apresentam uma permanência na periodicidade ou esses intervalos são superiores a frequência mensal.

Considerando que o atendimento individual e o atendimento em grupo é atribuição de qualquer trabalhador da equipe de CnaR (BRASIL, 2012), compreendemos que aquele serviço que não tem feito o atendimento em grupo não tem exercido uma de suas atribuições. Acreditamos que o grande número de CnaR que não realizam grupos e aqueles que realizam com baixa frequência, conforme os dados desta pesquisa, também é um reflexo dos modelos assistenciais tradicionais, que priorizam ações mais individuais. Fica aqui uma questão a ser levantada futuramente em novos estudos para tais motivos. Pois de acordo com a PNAB (2017), é responsabilidade da atenção básica a articulação de tecnologias de cuidado individuais e coletivas, afim de atender com maior resolutividade as demandas da população. Para isso as atividades em grupo devem estar voltadas as necessidades do território e podem ser planejadas com foco nas ações de prevenção e/ou de promoção de saúde. Nesse sentido compreende-se que as atividades em grupo podem qualificar ainda mais o cuidado em saúde, fortalecendo os vínculos entre a população e a equipe de saúde.

De acordo com Vargas e Macerata (2018), o CnaR inaugura novos modos de fazer a gestão do processo de trabalho em saúde. Para justificar essa afirmação os autores explicam que no campo da saúde coletiva historicamente tem-se apostado na alteração dos modelos de atenção à saúde e dos modelos de gestão e para isso busca-se desenvolver uma racionalidade diferente da racionalidade administrativa e privada (hierarquizada e centralizada). Embora a gestão do processo de trabalho e as práticas de cuidado sejam dimensões distintas, elas são inseparáveis. Neste sentido há uma coprodução entre as práticas do cuidado e as práticas de gestão.

A Política Nacional de Humanização⁶⁰ (BRASIL, 2009) também reafirma essa indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir o processo de trabalho. E afirma que a defesa da participação democrática enquanto

⁶⁰ Instituída desde o ano de 2003 a PNH tem como um dos objetivos principais adotar a humanização como política transversal nos serviços e práticas em saúde, com intuito de qualificar as relações estabelecidas nos serviços de saúde entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores. Para tanto a PNH se pauta em três princípios: a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, a transversalidade e a autonomia e protagonismo dos sujeitos.

princípio do SUS não está ligado somente a gestão dos serviços de saúde, mas também a gestão do cuidado.

A gestão do cuidado pode envolver uma ou diversas unidades de saúde, equipes de saúde e múltiplas tecnologias. E deparamo-nos com decisões a cerca de planejamento de recursos, adoção de dispositivos, ferramentas entre outros elementos a serem pactuados entre os responsáveis pela oferta desses recursos⁶¹.

Nesta presente pesquisa, por gestão do cuidado, entende-se uma construção do cuidado em saúde ordenado pelo CnaR e atenção básica, desenvolvido através de espaços coletivos por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, envolvendo as equipes, os usuários, a rede institucional e a rede de apoio informal identificada na construção de um processo de cogestão do cuidado integral.

Em relação ao subprocesso de divulgação e informação, avaliamos o atributo **8.1.de Registro e atualização cadastral**, de acordo com as respostas dos sujeitos todas as equipes estão cadastradas no CNES.

Tabela 14 - Distribuição das escalas de avaliação do atributo “registro e atualização cadastral” e o quantitativo de CnaR

Registro e atualização cadastral		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	66,67%	12
Pouco satisfatório	27,78%	5
Insatisfatório	0%	0
Não teve resposta	5,6%	1
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com a Tabela 14, dose CnaR afirmaram manter o cadastro no sistema vigente (e-SUS) de forma atualizada, sendo avaliados de forma satisfatória. Já os CnaR avaliados com pouco satisfatório, são 5. Destes últimos, os trabalhadores de 2 CnaR não souberam informar sobre o cadastro e 3 CnaR informaram não atualizarem o cadastro. Um CnaR não respondeu a esta questão

⁶¹ Grabois V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>.

(NR). Dentre os motivos para a não atualização do cadastro estão: a falta de treinamento da equipe para realizar o cadastro; a falta de informação sobre este procedimento e que esta função de atualização do cadastro não compete a equipe e sim a outro profissional da gestão; não coincide com que o sistema exige e a equipe alimenta o sistema municipal. Na questão dissertativa do questionário, para indicações sobre a alteração do desenho do programa, um dos sujeitos refere a necessidade de novas configurações do sistema de informação, para aquelas PSR que não possuem documentos, pois isso tem gerado dificuldades para o registro dos atendimentos.

O registro e a atualização cadastral do sistema vigente é um critério essencial para que o município receba os recursos da instância federal. De acordo com os dados podemos afirmar que apesar da maioria dos CnaR serem avaliados como satisfatório neste quesito, há um quantitativo considerável de trabalhadores que desconhecem esse processo.

Estes são mais alguns dos elementos importantes ao analisar o compartilhamento de informações entre a gestão e os trabalhadores. Ao analisar os dados dos CnaR entre as respostas da mesma equipe, podemos observar algumas informações diferentes a respeito de algumas variáveis e até mesmo uma incompatibilidade nas respostas. Como já identificamos na questão sobre os riscos de atendimento considerados na construção do roteiro, quando perguntamos a respeito das reuniões realizadas com os serviços intersetoriais, quando perguntamos sobre o registro e atualização cadastral e também quando perguntamos sobre a modalidade da equipe.

Acreditamos que esse desconhecimento e incompatibilidade nas respostas por parte dos trabalhadores, seja em relação a estrutura organizacional e em relação ao processo operacional, possa gerar alguns efeitos no processo de implementação do programa. Pois a autonomia decisória e a capacidade de implementar decisões e avaliá-las dependerá também do grau de centralização ou descentralização das informações entre gestão e trabalhadores.

Em relação ao atributo **7.1. processo de capacitação** perguntamos aos sujeitos como tem se desenvolvido a **educação no trabalho em saúde**. De acordo com Brasil (2018. p.9) o conceito de educação no trabalho em saúde, também conhecido como educação em saúde e educação na saúde: “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento

para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”. A educação permanente e educação continuada apresentam-se como duas modalidades da educação no trabalho em saúde.

Perguntamos aos sujeitos se há uma oferta de cursos por meio de organização de espaços coletivos, de forma sistemática, se há incentivo para isso e quais os temas abordados.

Tabela 15 - Distribuição das escalas de avaliação do atributo “processo de capacitação” e o quantitativo de CnaR

Processo de capacitação		
Escala	Porcentagem	Total
Satisfatório	0%	0
Pouco satisfatório	61,11%	11
Insatisfatório	38,89%	7
Não teve resposta	0%	0
Questionário teste	0%	0
Total Geral	100%	18

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com a Tabela 15, onze CnaR foram avaliados como Pouco satisfatório, pois embora os trabalhadores destes serviços afirmarem terem acesso as ações de educação no trabalho em saúde indicaram ser de forma esporádica. Os outros 07 CnaR forma avaliados de forma insatisfatória, pois não há acesso a educação no trabalho em saúde e em alguns casos apresentam somente incentivo a busca de formação individual. Dessa forma, nenhum CnaR foi avaliado como satisfatório, pois nenhum trabalhador referiu ter acesso a educação no trabalho de forma permanente ou continuada. É importante pontuar que este atributo é o único que não obteve avaliação satisfatória de nenhum CnaR. Este atributo também foi um dos que mais recebeu avaliações insatisfatórias, junto com o atributo veículo, de acordo com as respostas dos trabalhadores.

Quando perguntamos no questionário sobre alguma mudança no desenho original do programa, um dos trabalhadores do CnaR Papelão afirmou a necessidade de mais capacitações disponíveis para a equipe e recursos financeiros para tal. Outro sujeito do CnaR Lona refere necessidade de encontros com outras equipes para compartilhar experiências e as avaliações dos planos de trabalho. Outra trabalhadora do CnaR Centro refere a importância do programa ser

campo de estágio para os programas de residência médica e multiprofissionais. Outro trabalhador do CnaR Barraca refere a necessidade de incluir no desenho do programa “uma alínea de cuidado ao cuidador”. No campo exclusivo para outras observações no questionário mais um trabalhador do CnaR Esquina refere necessidade de “terapia para auxiliar os profissionais cuidadores”.

Considerando que o tema da educação no trabalho em saúde é bastante amplo, não temos a intenção de aprofundar suas particularidades. Mas compreendemos que a organização de espaços coletivos de discussão e reflexão entre os trabalhadores de forma periódica é uma das estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁶², além de outras iniciativas, como a educação à distância⁶³, a integração entre ensino-serviço (através de estágios curriculares e Programas de Residência Profissional e Multiprofissional), a integração entre os programas (proporcionado através dos encontros presenciais organizados pela Rede Nacional de Consultório de Rua e na Rua), entre outros.

De acordo com Brasil (2018, p.13) a Educação permanente em saúde:

[...] é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto.

Apesar da pertinência e relevância da EPS na literatura e na avaliação da própria PNEPS, tem sido identificada a necessidade de propor caminhos para o fortalecimento e institucionalização da política. Indicando que o processo de implementação da política tem apresentado alguns “nós críticos” no que dizem respeito: “a aspectos políticos-gerenciais e financeiros do processo de gestão e planejamento da PNEPS, enquanto outras se referem a aspectos conceituais e metodológicos, envolvidos na programação e execução das ações de EPS” (BRASIL, 2018. p.15).

⁶² A criação da PNEPS, como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tem como marco legal a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

⁶³ A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz tem ofertado o curso de “Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua (com Ênfase em Consultórios na Rua)”.

Em relação ao cuidado do cuidador e aos riscos ocupacionais, em específico no trabalho com a PSR, há poucos materiais que abordem este tema. Para Santana (2016) é preciso estar atento ao processo de adoecimento causado pelo trabalho neste campo, pois esses trabalhadores se deparam diariamente com situações de alta vulnerabilidade social e deslegitimação dos direitos humanos. E as relações construídas com a PSR muitas vezes levam tempo, fazendo com que os resultados esperados tenham ainda outra temporalidade, o que pode ser muito angustiante para a equipe. Sobretudo é preciso também considerar a tensão existente entre os resultados atribuídos a lógicas produtivistas ou gerencialistas e os resultados qualitativos com ênfase em processos de gestão democrática na gestão pública.

Em relação ao risco ocupacional, há um estudo realizado com trabalhadores do CnaR organizado por Lima *et al* (2018), e dentre os riscos físicos, químicos, ergonômicos, entre outros, o risco psicossocial foi o mais enfatizado pelos trabalhadores participantes da pesquisa. Para os autores esses trabalhadores lidam diariamente com uma realidade desumana, que demanda uma tomada de decisão recorrente, porém se sentem limitados pela falta de condições estruturais de trabalho, pela falta de sistematização de uma rede de atendimento no território e o despreparo apresentado pelos profissionais da rede para com o acolhimento da PSR.

De acordo com Santana (2016), as medidas preventivas para esses processos adoecedores podem se desenvolver de diversas formas, algumas delas através de capacitações, espaços que propiciem a organização do processo de trabalho e espaços de troca de experiência entre os trabalhadores, dentre outras.

De acordo com a UFF (2014, p.31):

O cuidado do trabalhador se faz pela construção e utilização de espaços coletivos de gestão da clínica e de análise do trabalho da equipe. Nestes espaços, cuida-se do trabalhador despessoalizando e coletivizando os problemas do trabalho. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.

Este mesmo material organizado pela UFF (2014) intitulado como *Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do cuidado no Pop Rua*, traz como uma das diretrizes do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho. Considera-se que além

do espaço individualizado proporcionado para a escuta do sofrimento do trabalhador, é preciso proporcionar espaços coletivos, tornando coletivo e político o sofrimento que advém do trabalho, olhando para as condições de trabalho e para o modo que está sendo gerido o processo de trabalho, para que assim a queixa do trabalhador se transforme em demanda para reposicionamentos do próprio profissional, da equipe e da gestão. Nesse sentido compreendemos que a EPS também tem um papel estratégico nesse processo.

Porém, a falta de acesso a educação no trabalho em saúde identificada pelos sujeitos, acarreta um déficit de espaços coletivos para que os trabalhadores tenham a oportunidade de expressar suas dificuldades e problematizar alternativas. Nesse sentido, apesar da EPS ser uma política pública e fazer parte da Educação no trabalho em saúde, a avaliação deste atributo nos CnaR pesquisados aponta que é preciso avançar na implementação desta política, compreendida como estratégica para o processo de construção do SUS, com vistas em qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde.

Até o momento trabalhamos com a análise de cada atributo avaliado em suas escalas satisfatórias, pouco satisfatórias e insatisfatórias. Dessa forma, foi possível realizar uma classificação (*ranking*) dos Consultórios na Rua de acordo com a porcentagem da escala satisfatória dos atributos. Ou seja, os CnaR que receberam mais avaliações satisfatórias, são os serviços que tiveram uma melhor classificação dentre os demais. Uma forma simples de organizar as equipes pela classificação obtida através da análise das respostas, foi considerar três estratos conforme o Quadro 6. Para isso a diferença entre a nota máxima e a mínima foi dividida pela quantidade desejada de estratos (3) obtendo uma distância (*range*) de 12% para cada intervalo.

Quadro 6 - Classificação dos CnaR de acordo com as avaliações satisfatórias

Consultório na Rua	Nota	Estrato
Avenida	86.7%	I
Calçada	83.3%	
Semáforo	83.3%	
Centro	80.0%	
Praça	70.0%	II
Barraca	70.0%	
Vila	66.7%	
Papelão	66.7%	
Viaduto	63.3%	
Esquina**	60.7%	III
Lona	60.0%	
Carrinho	60.0%	
Mato	56.7%	
Carcaça de carro	56.7%	
Abrigo	56.7%	
Fundo de Vale	53.3%	
Mocó *	50.0%	
Marquise	50.0%	

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Nota:* Mocó não respondeu 6 das 15 questões (atributos) avaliadas. **Esquina teve uma questão (atributo 5.2) subtraída da ponderação por ter indicado alteração devido a pandemia.

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Para encontrar uma possível relação entre os atributos da avaliação e a classificação, realizamos alguns cruzamentos com os dados quantitativos e qualitativos, selecionados intencionalmente, como foi demonstrado a seguir. Para os dados quantitativos buscamos verificar a relação da classificação com o dado do tempo da existência do CnaR no município e com o tempo de trabalho dos sujeitos na atual equipe. Esses cruzamentos justificam-se pela importância da construção de vínculo entre usuários e trabalhadores do CnaR indicados na literatura (FERREIRA, 2017; DUARTE, 2019). De acordo com Lima (2018), um dos indicadores de avaliação da qualidade da Atenção Básica, que se baseiam na evidência da longitudinalidade envolve a “continuidade da relação entre profissional e usuário”, ou seja, entende-se que a maior rotatividade dos trabalhadores e o

maior tempo de permanência na equipe pode indicar maior possibilidade de relação interpessoal desses trabalhadores com os usuários.

Já para os quatro cruzamentos com dados qualitativos verificamos primeiramente a relação da classificação com a presença da categoria médica na equipe mínima, que justifica-se pela inadequação dos recursos humanos na implementação identificada na literatura (FREITAS, 2017; FERREIRA *et al.*, 2016; JORGE E WEBSTER, 2012; MARIANO, 2019) e a necessidade da categoria médica na equipe dada as barreiras de acesso que a PSR encontra na rede de atenção à saúde, o que dificulta o acesso de forma equânime e resolutiva (MACHADO, 2021).

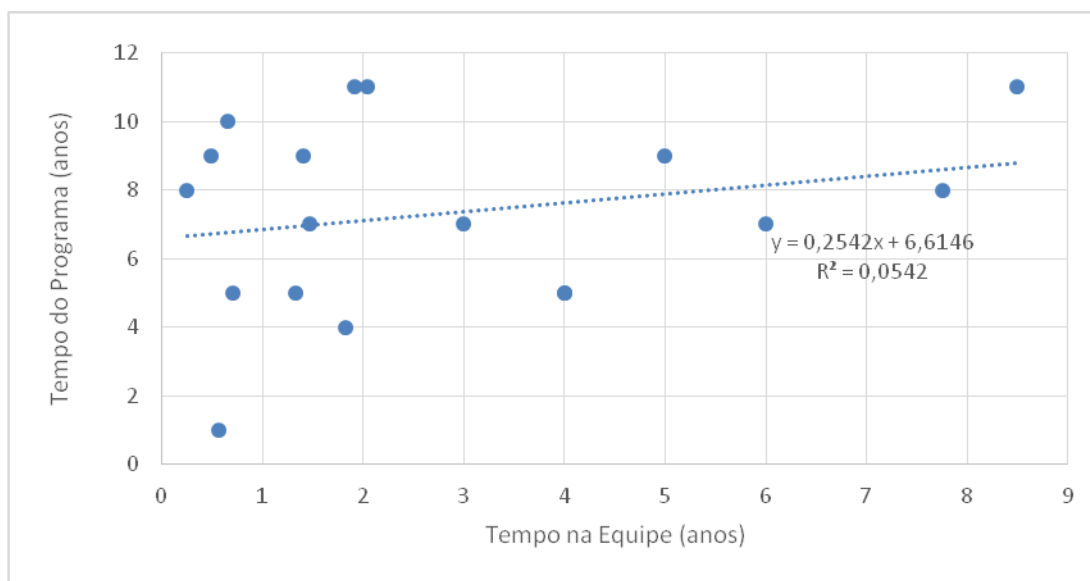
O segundo cruzamento verificou a relação da classificação com a avaliação do atributo “Processo de capacitação” dado o restrito incentivo a educação permanente aos trabalhadores do CnaR e da rede de serviços (BORYSOW, 2018) e os efeitos da estratégia da educação permanente em saúde no processo de trabalho. Seja por meio da qualificação dos atendimentos, na articulação com a rede de serviços, bem como na construção das estratégias político-pedagógicas frente as necessidades e fragilidades relacionadas ao cotidiano do trabalho das equipes do CnaR (GIL, 2016; SANTANA, 2016; BRASIL, 2018). O terceiro cruzamento verificou a relação da classificação com o atributo veículo, que justifica-se pela inadequação da estrutura organizacional, incluindo principalmente o veículo (JORGE E WEBSTER, 2012; FERREIRA *et al.*, 2016), que tem um caráter excepcional para a implementação e manutenção do Programa, dado o requisito de atendimento *in loco* de forma itinerante.

O quarto cruzamento verificou a relação com o atributo das “Ações compartilhadas e integradas com as UBSs”, que justifica-se pelas dificuldades em relação à articulação da rede de saúde e dos serviços intersetoriais (JORGE E WEBSTER, 2012; PACHECO, 2015; SIMÕES *et al.*, 2017; FREITAS, 2017; FERREIRA, 2017; BORYSOW, 2018) e o imperativo dessas ações compartilhadas dada a responsabilidade da Política de Atenção Básica na coordenação do cuidado. As escolhas pelos cruzamentos foram feitas a partir do diálogo teórico com a literatura estudada ao longo dos capítulos e com as necessidades apontadas pelos sujeitos dessa pesquisa.

Para realização dos dados quantitativos foi preciso fazer uma análise da dispersão do tempo de existência do CnaR nos municípios e o tempo de trabalho

na equipe em anos, considerando que as respostas dos sujeitos também indicaram o tempo em meses. E o resultado da média de tempo dos sujeitos nas equipes foi de 2 anos e 10 meses. Ou seja, são equipes relativamente novas tanto nos CnaR com data de implementação mais novos, quanto nos CnaR mais antigos.

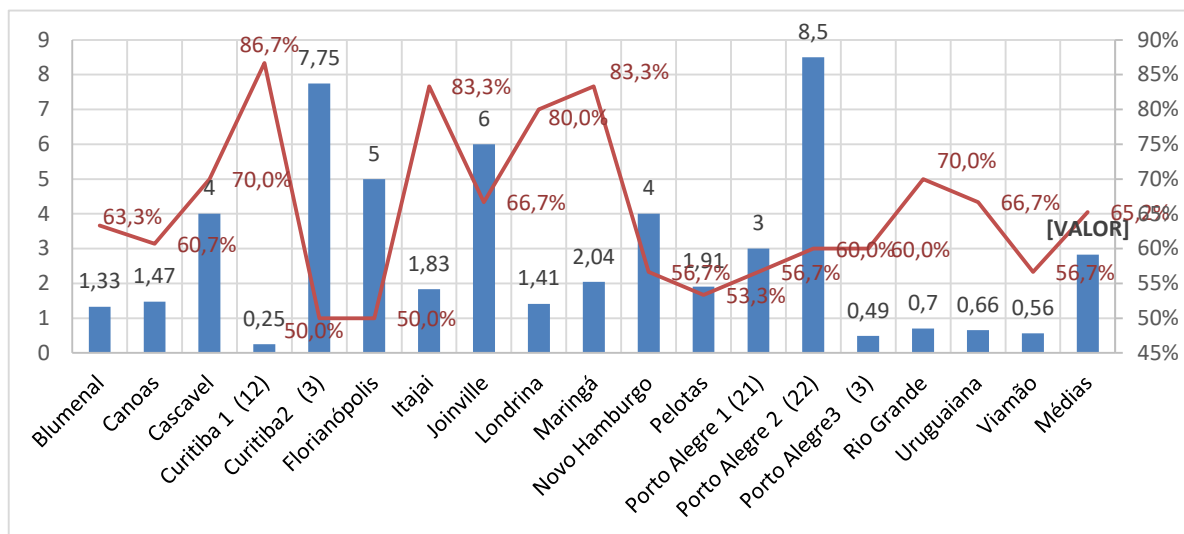
Gráfico 1- Dispersão do tempo do CnaR em anos pelo tempo de trabalho na equipe em anos



Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

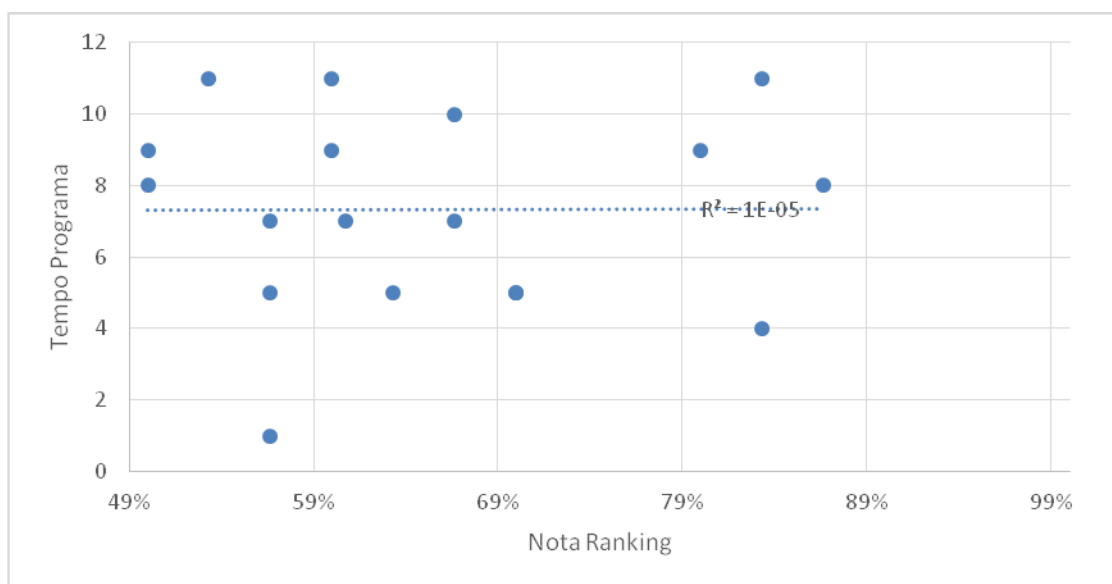
Primeiramente verificamos se há alguma correlação entre a Classificação e tempo de existência do CnaR obtendo o resultado de: 0,003. Já a dispersão feita entre a classificação e o tempo de trabalho na equipe obteve um valor maior: 0,419, contudo de interação “fraca”. A correlação entre o tempo de implantação do CnaR no município e tempo de trabalho na equipe resultou: 0,232. Ou seja, as três correlações apresentam valores baixos. Os gráficos abaixo apresentam a dispersão dos dados sendo possível perceber visualmente o impacto que o tempo de trabalho no CnaR produz.

Gráfico 2- Dispersão entre o Tempo de trabalho na equipe pela classificação

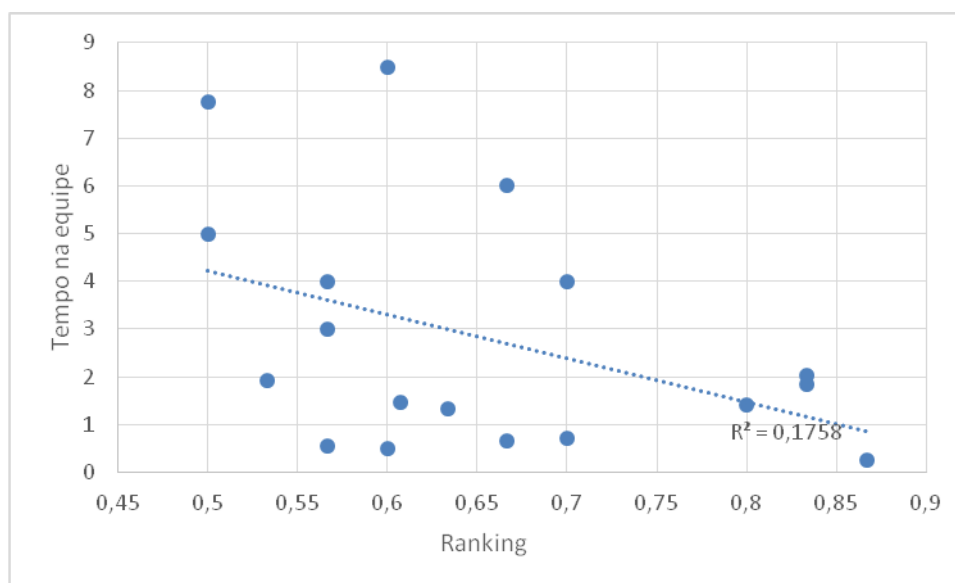


Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Gráfico 3- Dispersão entre o tempo do CnaR pela classificação



Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Gráfico 4 – Dispersão entre o tempo na equipe pela classificação

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

De acordo com os cruzamentos, esses valores baixos das correlações indicam que nem o tempo de trabalho dos sujeitos na equipe, nem o tempo de existência do CnaR nos municípios produzem melhores classificações.

De acordo com Cunha (2011) não há consenso na literatura sobre o conceito de longitudinalidade e nem sobre a forma de medição deste atributo nas pesquisas de avaliações. E em alguns estudos é possível encontrar termos associados como: “vínculo”, “continuidade do cuidado” e “vínculo longitudinal”. A partir dos estudos revisados pela autora, a longitudinalidade engloba a continuidade do cuidado em três dimensões: a existência de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal entre trabalhador e usuário); e a continuidade informacional.

Lima (2018) em seu estudo analisa os resultados nacionais do PMAQ-AB (correspondente aos ciclos 1 e 2 nos períodos de 2011/2012 e 2013/2014) e os indicadores específicos utilizados para a avaliação do atributo longitudinalidade são: a “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente”. Estes indicadores em geral apresentam resultados insatisfatórios. Um dos resultados destacados pela autora foi que menos da metade dos profissionais respondentes do PMAQ-AB estão nas equipes há três anos ou mais. Ou seja, este dado está bem próximo da média de tempo apresentada pelos sujeitos desta presente pesquisa.

De acordo com a literatura a rotatividade de trabalhadores nas equipes de saúde da família pode estar associada há vários aspectos incluindo os vínculos trabalhistas sem estabilidade, a insatisfação com o trabalho (MEDEIROS, 2010), a falta de capacitação e formação profissional para o trabalho exercido (LIMA, 2018). Embora esta presente pesquisa não teve o objetivo de identificar os aspectos que possam estar associados a rotatividades dos trabalhadores do CnaR, alguns dados convergem com os dados dos estudos na ESF.

Sabemos que a o vínculo empregatício dos 42 trabalhadores(as) que responderam ao questionário são: 22 estatutários; 9 PSS/Celetistas; 8 temporários e 3 indicaram ser contratado por empresa terceirizada/ empresa não governamental. Ou seja, apesar da maioria ser estatutário, há um grande quantitativo desses trabalhadores que não possuem estabilidade, o que pode ser um aspecto associado a rotatividade, assim como a falta de capacitação dos trabalhadores do CnaR identificada por meio da avaliação insatisfatória dos processos de capacitação do Programa.

Embora a Pesquisa Nacional de avaliação da qualidade da Atenção Básica destaque o tempo de permanência dos trabalhadores na equipe como um indicador dos efeitos no acompanhamento longitudinal, os dados dessa presente pesquisa demonstram que esse indicador não interfere na avaliação de eficácia da implementação do Programa de CnaR.

Na busca de analisar o dado inesperado desta pesquisa com a baixa correlação do cruzamento quantitativo exposto, compreendemos que embora o estreitamento de vínculo entre trabalhador e usuário, seja proporcionado pelo tempo, o vínculo também é proporcionado através do respeito à singularidade dos usuários (FERREIRA, 2015) e por estratégias criadas pelo próprio processo de acolhimento em saúde na rua, no qual denominamos em outro estudo como a persistência acolhedora (DUARTE, 2019).

Macerata (2015, p.216) também concorda que a longitudinalidade do acompanhamento realizado pelo CnaR, não seja feito somente ao longo do tempo, pois inclui a extensão do espaço para a constituição do vínculo e acompanhamento. E destaca a mobilidade da equipe enquanto elemento essencial nas condições de trabalho, para desenvolver esse atributo.

É longitudinal o cuidado que se dá ao longo do tempo e na extensividade do espaço da cidade. Assim, é estando com o usuário durante meses, anos, e durante os muitos espaços por que passa (a rua, as internações, a volta à família, a volta à rua) que se faz um processo de acompanhar processos. Por isso a importância da mobilidade da equipe, sua capacidade de adentrar tanto a rua quanto as instituições das mais variadas.

Dessa forma, dada as especificidades do trabalho em saúde do CnaR para com a PSR, o acompanhamento longitudinal destes e a construção de vínculo se desenvolvem por vezes de forma intensa ou extensa em diversos locais de permanência dos usuários. E a periodicidade do atendimento é definida a partir das necessidades dos usuários e de suas singularidades.

Diante disso, compreendemos que embora a rotatividade não seja um indicador que tenha correlação na avaliação da eficácia do Programa CnaR, é um indicador que poderá interferir na avaliação da qualidade da assistência prestada pelas equipes. O que pressupõem a necessidade de incluir o CnaR nos programas de avaliações institucionais incluindo as particularidades da operacionalização do processo de trabalho e indicadores próprios.

Para realização dos cruzamentos qualitativos dispomos de 4 quadros a seguir:

Quadro 7- Distribuição do CnaR pela classificação e pela presença da categoria médica na equipe

Consultório na Rua	Classificação	Presença de médico	Estrato
Avenida	86.7%	Sim	I
Calçada	83.3%	Sim	
Semáforo	83.3%	Sim	
Centro	80.0%	Sim	
Praça	70.0%	Sim	
Barraca	70.0%	Não	II
Vila	66.7%	QT	
Papelão	66.7%	Não	
Viaduto	63.3%	Não	
Esquina**	60.7%	Não	
Lona	60.0%	Sim	III
Carrinho	60.0%	Sim	
Mato	56.7%	Não	
Carcaça de carro	56.7%	Não	
Abrigo	56.7%	Não	
Fundo de Vale	53.3%	Não	
Mocó *	50.0%	Sim	
Marquise	50.0%	Sim	

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Nota:* Mocó não respondeu 6 das 15 questões (atributos) avaliadas. ** Esquina teve uma questão (atributo 5.2) subtraída da ponderação por ter indicado alteração devido a pandemia.

O Quadro 7 indica que os 5 primeiros CnaR classificados no Estrato I e II possuem médico na equipe. Embora outros 4 CnaR classificados no Estrato III também tenham o profissional médico, ainda assim a maioria das equipes com médicos ficaram entres os primeiros colocados na classificação.

Esse dado indica que a presença do médico no Programa tem gerado efeitos positivos no processo de implementação. Visto que, o controle do processo de trabalho em saúde pela categoria médica, a partir de sua autoridade técnica e social (NOGUEIRA, 1997), somado ao preconceito e a falta de habilidade dos profissionais de saúde no atendimento à PSR, tem gerado dificuldades no acesso da PSR aos serviços de saúde e na resolutividade de suas necessidades em saúde. Sendo o profissional médico a principal categoria capaz de diagnosticar e prescrever tratamentos em saúde, as equipes de CnaR com este profissional possuem mais condições de garantir o acesso aos tratamentos de saúde de forma equânime e resolutiva, como já apontam outros estudos já citados ao longo desta tese (MACHADO, 2021; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Quadro 8- Distribuição dos CnaR pela classificação e pela avaliação do atributo “Processo de capacitação”

Consultório na Rua	Classificação	Processo de capacitação	Resposta	Estrato
Avenida	86.7%	PS	Esporádico	I
Calçada	83.3%	PS	Individual	
Semáforo	83.3%	PS	Esporádico	
Centro	80.0%	PS	Esporádico	
Praça	70.0%	PS	Esporádico	II
Barraca	70.0%	IN	Individual	
Vila	66.7%	PS	Esporádico	
Papelão	66.7%	IN	Não tem	
Viaduto	63.3%	PS	Esporádico	III
Esquina**	60.7%	PS	Esporádico	
Lona	60.0%	PS	Esporádico	
Carrinho	60.0%	IN	Esporádico	
Mato	56.7%	IN	Individual	
Carcaça de carro	56.7%	PS	Esporádico	
Abrigo	56.7%	IN	Não tem	
Fundo de Vale	53.3%	IN	Esporádico	
Mocó *	50.0%	PS	Esporádico	
Marquise	50.0%	IN	Não tem	

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Nota:* Mocó não respondeu 6 das 15 questões (atributos) avaliadas. ** Esquina teve uma questão (atributo 5.2) subtraída da ponderação por ter indicado alteração devido a pandemia.

O Quadro 8 indica que os cinco primeiros CnaR classificados no Estrato I e II foram avaliados como Pouco satisfatórios no atributo “processo de capacitação”, lembrando que nenhum CnaR obteve a avaliação satisfatória neste atributo. Outros 6 CnaR obtiveram avaliação Pouco Satisfatória, por isso não podemos dizer que há uma correlação entre o atributo “processo de capacitação” e a classificação. Unindo essa informação com a média o tempo de trabalho no CnaR (2 anos e 10 meses) temos que os trabalhadores selecionados para atuarem possuem qualificações oriundas de sua autonomia, esse fato ilumina a questão referente ao processo de contratação desses profissionais, pois estes precisam estar aptos, ter capacidade adaptativa para um aprendizado empírico ou ainda, de acordo com os sujeitos dessa pesquisa e a literatura, apresentar um perfil para o trabalho com a PSR.

Esses dados confirmam a necessidade do fortalecimento da implementação PNESP, amplamente defendido por estudiosos do campo e pelo próprio Ministério

da Saúde. De acordo com Brasil (2018), as dificuldades decorrente do processo de implementação da PNESP nos estados e municípios brasileiros tem se apresentado através da escassa articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e Instituições de Ensino Superior; a reduzida implantação das Comissões responsável pela condução regional da política; a participação incipiente dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros.

Visto que a Educação Permanente é uma importante estratégia de gestão com potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços e no modelo de atenção em saúde (PINTO *et al*, 2014), compreendemos que o Programa de CnaR também deva ser contemplado nas estratégias de fortalecimento da PNESP realizadas no âmbito federal, estadual e municipal, respeitando as particularidades do processo de trabalho e contemplando as necessidades das equipes de CnaR.

Quadro 9 – Distribuição do CnaR pela classificação e pela avaliação do atributo veículo

Consultório na Rua	Classificação	Veículo	Estrato
Avenida	86.7%	S	I
Calçada	83.3%	S	
Semáforo	83.3%	S	
Centro	80.0%	S	
Praça	70.0%	S	II
Barraca	70.0%	IN	
Vila	66.7%	S	
Papelão	66.7%	IN	
Viadulto	63.3%	PS	
Esquina**	60.7%	IN	III
Lona	60.0%	IN	
Carrinho	60.0%	PS	
Mato	56.7%	IN	
Carçaça de carro	56.7%	IN	
Abrigo	56.7%	IN	
Fundo de Vale	53.3%	PS	
Mocó *	50.0%	NR	
Marquise	50.0%	S	

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Nota:* Mocó não respondeu 6 das 15 questões (atributos) avaliadas. ** Esquina teve uma questão (atributo 5.2) subtraída da ponderação por ter indicado alteração devido a pandemia.

O Quadro 9 indica que os cinco primeiros CnaR classificados no Estrato I e II tiveram avaliações satisfatórias no atributo veículo. E quatro dos cinco CnaR que possuem o veículo na configuração de Unidade Móvel estão entre os 5 primeiros classificados. Embora outros 2 CnaR classificados no Estrato II e III também tiveram avaliação satisfatória do veículo, a maioria das equipes com avaliações satisfatória do veículo e da Unidade Móvel estão entre os primeiros na classificação. Nesse sentido podemos dizer que aqui há uma correlação.

A falta de manutenção do veículo e o uso exclusivo pela equipe tem sido um fator que dificulta substancialmente o atendimento *in loco*, e o planejamento das ações em equipe no território. Dessa forma essa realidade gera efeitos na mobilidade e nas condições de trabalho das equipes, pois o veículo é um equipamento essencial para a programação das ações nos territórios, seja para o atendimento *in loco* em diversas regiões da cidade, para o acompanhamento dos usuários nos serviços de saúde, entre outros.

Quadro 10 – Distribuição do CnaR pela classificação e pela avaliação do atributo “Ações compartilhadas e integradas com a UBS”

Consultório na Rua	Classificação	Ações UBS	Estrato
Avenida	86.7%	PS	I
Calçada	83.3%	PS	
Semáforo	83.3%	S	
Centro	80.0%	S	
Praça	70.0%	PS	II
Barraca	70.0%	PS	
Vila	66.7%	PS	
Papelão	66.7%	S	
Viaduto	63.3%	PS	
Esquina**	60.7%	IN	III
Lona	60.0%	PS	
Carrinho	60.0%	PS	
Mato	56.7%	PS	
Carcaça de carro	56.7%	IN	
Abrigo	56.7%	PS	
Fundo de Vale	53.3%	PS	
Mocó *	50.0%	NR	
Marquise	50.0%	IN	

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Nota:* Mocó não respondeu 6 das 15 questões (atributos) avaliadas. ** Esquina teve uma questão (atributo 5.2) subtraída da ponderação por ter indicado alteração devido a pandemia.

O Quadro 10 demonstra que os dois primeiros CnaR classificados no Estrato I tiveram avaliações satisfatórias e dois obtiveram pouco satisfatórias no atributo “ações compartilhadas e integradas com as UBSs”. Porém outro CnaR classificados no Estrato II recebeu a avaliação de satisfatório, e outros 10 receberam avaliações pouco satisfatórias. Ou seja, esse dado indica há uma baixa correlação neste cruzamento.

Apesar da baixa correlação, o conjunto de CnaR em sua minoria apresenta a avaliação satisfatória deste atributo, o que indica necessidade de atenção nesse aspecto. Principalmente por que para desmontar a ideia de exclusividade do atendimento da PSR pelo CnaR é necessário que os trabalhadores da saúde tenham condições operacionais e políticas de trabalhar nesta perspectiva do cuidado compartilhado com as UBS's.

Com intuito de concluir este primeiro eixo de análise, caminhamos para uma síntese interpretativa desse capítulo. Conforme identificamos na pesquisa bibliográfica e na pesquisa documental o CnaR não tem sido contemplado nas avaliações institucionais no âmbito federal, estadual e municipal, não há indicadores de avaliação do CnaR, assim como há escassez de produções científicas sobre o tema. Nessa perspectiva a elaboração do quadro metodológico avaliativo com indicadores, atributos e escalas, e enquanto um dos objetivos dessa pesquisa possibilitou avaliar a eficácia, ou seja, as condições objetivas do programa para o processo de implementação nos municípios da região sul.

Por meio da participação e do número expressivo dos sujeitos na pesquisa, foi possível afirmar que a avaliação dos atributos do Programa CnaR na região sul de forma geral foi bem avaliada, pois em sua maioria receberam avaliações satisfatórias e pouco satisfatórias. Porém é importante destacar dois atributos que mais receberam avaliações insatisfatórias: o processo de capacitação e a do veículo de transporte. A análise da avaliação insatisfatória destes atributos faz parte da identificação dos fatores que tem distanciado o principal objetivo do Programa e a sua implementação propriamente dita, que corresponde garantir o acesso da PSR aos serviços de saúde e a promoção da equidade.

Apesar da maioria dos atributos terem recebidos boas avaliações, é preciso considerar aspectos de outros dois atributos: da “carga horária” e do “planejamento das ações”. O primeiro atributo diz respeito a não inclusão do período noturno na carga horária da maioria das equipes, o que não dialoga com os fatores de riscos

associado à vida nas ruas. O atendimento no período noturno implicará na equidade do acesso, já que muitos utilizam este período para atividades sociais e durante o dia reservam o período de descanso por considerarem mais seguro ao risco de violência.

E em relação a falta de ponderação dos riscos no atendimento para a construção do roteiro da equipe, no atributo “planejamento das ações”, foi a variável que mais apresentou respostas diferentes entre os mesmos trabalhadores das equipes e a variável que teve mais respostas negativas. Ou seja, de acordo com os dados a grande maioria dos trabalhadores não tem considerado os riscos no atendimento para a construção do roteiro das atividades in loco. Aspecto que repercute negativamente na construção de indicadores de saúde desse público, já que a vida na rua é um fator de risco à saúde.

Considerando a escassez de estudos sobre o tema, a identificação dos riscos pelos trabalhadores além de subsidiar a construção de indicadores da saúde da PSR, permitirá a definição adequada das ações e dos procedimentos clínicos, que podem ser realizados no espaço da rua ou que necessitam de um suporte de maior densidade tecnológica, reforçando a necessidade da gestão do cuidado compartilhado com a RAS.

A não contemplação desses últimos aspectos na implementação do programa estão associados principalmente a falta de clareza desses elementos nos documentos oficiais de operacionalização do Programa. E essa falta de clareza pode estar associada aos impactos do processo de transição entre CdeR e CnaR.

De acordo com os cruzamentos qualitativos podemos afirmar que há correlação do atributo veículo e unidade móvel com a classificação dos CnaR. Embora os outros cruzamentos tenham apresentado uma correlação baixa, ainda assim podemos verificar similaridades dos primeiros colocados. Ou seja, os melhores classificados têm em comum a existência de médico nas equipes, e tiveram boas avaliações nos atributos “processo de capacitação” e das “ações compartilhadas e integradas com as UBSs”.

Esses resultados demonstram que os CnaR melhores avaliados apresentam aspectos relacionados ao peso do desempenho ou suficiência dos sistemas logísticos e operacionais e da gestão do processo de trabalho na implementação do Programa. Dessa forma, compreendemos que a falta de financiamento é um dos fatores que interferem na materialização desses processos. Porém,

contraditoriamente esta falta tem sido justificada pela exclusividade do atendimento em saúde à PSR a ser exercida pelo CnaR, o que não condiz com as diretrizes do Programa e do SUS.

Essa exclusividade também tem sido sustentada pelo processo de estigma sofrido pela PSR, pelo preconceito e falta de habilidade apresentada pelos trabalhadores 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 de práticas tradicionais.

Nesse sentido, podemos afirmar que esses são os determinantes dificultadores do processo de implementação e exigem uma atenção dos sujeitos envolvidos no desempenho desses aspectos e a consolidação de processos de monitoramento e avaliação institucionais de forma permanente, com intuito de aprimorar o desenvolvimento do Programa.

A seguir desenvolvemos o sexto capítulo e o segundo momento de explanação a partir da análise dos casos selecionados, apresentando cada um deles e identificando suas particularidades e similaridades.

6. A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA CNAR NA REGIÃO SUL EM DIFERENTES CONTEXTOS LOCAIS: ESTUDO DE CASOS

Para construção deste capítulo descrevemos a seguir cada caso buscando identificar o contexto em que os CnaR foram implementados e historicizar aspectos que impactaram esse processo. Em cada um dos casos, destacamos suas particularidades e evidenciamos a percepção dos sujeitos que participaram da pesquisa. Nessas particularidades, incluímos a avaliação dos coordenadores e da liderança do MNPR sobre os efeitos do processo de implementação do programa na saúde da PSR.

Para analisar os dados, utilizamos os atributos da atenção básica definidos pela Política Nacional que coordena o programa, tal como disposto no material “Produzindo saúde nas ruas: o trabalho das equipes de CnaR” (BODSTEIN, *et al*, 2017). Apresentamos também uma análise das similaridades e das variáveis comuns entre os casos destacados durante as entrevistas.

Município 1 – Consultório na Rua “Fundo de Vale”

De acordo com o banco de dados do Datapedia (2022), o Município 1 é classificado como de médio porte com aproximadamente 340.000 habitantes, no qual 22,46% desta população total são indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais (indivíduos considerados vulneráveis à pobreza). Em relação à cor e etnia, 80,25% da população se declara da cor branca, 8,60% parda, 10,68% se considera preta, 0,32% amarela e 0,15% indígena. O IDH é de 0,739, classificado como nível alto e o município tem como principal atividade econômica o comércio e serviços. Já o índice de Gini⁶⁴ é de 0,54.

Em relação à posição política da gestão municipal, durante o período estudado houve maior concentração de partidos de direita no poder executivo estadual e municipal. Considerando o período de inauguração do CnaR no município 1 no ano 2012, o(a) gestor(a) municipal eleito(a) neste período era do Partido Progressista (PP). Posteriormente, a partir do ano de 2013 e até os dias de conclusão desta tese, o(a) gestor(a) é filiado(a) ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Esses dados demonstram um período de gestão municipal estritamente de partidos da direita. Em relação à filiação da gestão estadual nos primeiros anos de implementação do programa até o ano 2015 a gestão era do partido de esquerda e posteriormente até os dias atuais os partidos da gestão estadual são de direita.

O Município 1 está entre os primeiros municípios que implementaram o Projeto de CdeR no país, no ano de 2009. A partir do ano de 2012 passou a se configurar enquanto programa CnaR na modalidade I. A coordenadora entrevistada referiu ter trabalhado no programa por 10 meses antes de assumir a coordenação recentemente para substituir a coordenadora anterior transferida para outro setor conforme a necessidade de realocação dos trabalhadores durante a pandemia do Covid-19. A função de coordenação do CnaR no Município 1 é atribuída a um trabalhador da equipe.

De acordo com a entrevistada o município, ficou sem o programa durante um período, por falta de trabalhadores, pois não havia redutores de danos. A sua

⁶⁴ De acordo com o IPEA “o Índice de Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza”.

aproximação com o CnaR foi através de um convite da gestão, que também convidou outras duas integrantes da atual equipe do programa. A entrevistada referiu que apesar de já trabalhar no campo da saúde no município, tinha interesse em trabalhar com pessoas em situação de vulnerabilidade social e havia indicado à gestão o seu interesse em trabalhar no CnaR, caso retomassem o programa.

A coordenadora entrevistada afirma que, com o retorno do funcionamento do programa no início do ano de 2020, a nova equipe do CnaR passou a contar com quatro trabalhadoras: duas redutoras de danos, uma enfermeira e uma assistente social. Diferentemente da composição anterior, em que uma trabalhadora de nível médio (que também estava alocada em outro serviço de saúde do município) se deslocava no território somente quando tinha alguma demanda pontual, o novo formato da equipe possibilitou que uma dupla realizasse o trabalho itinerante *in loco* de maneira frequente e regular, sendo composta de uma trabalhadora de nível médio (reduzora de danos) e outra de nível superior.

Em relação ao espaço de trabalho institucional utilizado pela equipe para a realização de reuniões, atendimentos e outras atividades, no município 1 a equipe está alocada em uma UBS, onde não possui uma sala exclusiva e divide o espaço com a equipe desta UBS. No que se refere ao veículo, a equipe possui um veículo de uso exclusivo.

De acordo com os dados do questionário online, respondido pela coordenadora interina do programa e outra trabalhadora da equipe, o vínculo trabalhista e o tempo de trabalho no programa variou da seguinte forma: a trabalhadora estatutária, na função de coordenadora interina há 10 meses, indicou não ter tido experiências anteriores de trabalho com a PSR. Já a trabalhadora com vínculo temporário, respondeu estar há três anos no programa e já teve outras experiências de trabalho anteriores com a PSR.

Sobre o atendimento dos objetivos do programa, a coordenadora entrevistada ao ser questionada sobre o atendimento dos objetivos do programa, referiu que apesar das dificuldades do processo de implementação, o objetivo principal do programa tem sido atendido através dos esforços da equipe para garantir o acesso da PSR ao SUS, mas pondera que o campo das decisões na implementação acaba sendo tomado pelas urgências das necessidades de saúde da PSR.

[...] eu até agora só apaguei incêndio, eu não consegui me considerar muito uma coordenadora, porque eu não tive tempo ainda de me sentar com as quatro pessoas e planejarmos. Tá! Planejamos ações pontuais, mas não planejar. Estamos implementando, o que nós vamos fazer? qual vai ser? Vamos estabelecer um fluxo? Eu não tive tempo de fazer isso até agora, veio essa pandemia, aí saíram duas colegas [...] eu me sinto uma pessoa apagando incêndio todo o dia [...] eu não consegui ainda me sentir implementando nada (Coordenadora município 01).

Em sua fala ainda refere a falta de duas trabalhadoras na equipe, uma realoca para outro setor, como já apontamos anteriormente e a outra afastada por motivos de saúde. Os dois motivos por conta da pandemia do Covid-19. Nesse sentido, apesar do CnaR “Fundo de Vale” ter sido avaliado, conforme o Quadro 4, de forma satisfatória em relação a variável “Disponibilidade dos recursos humanos conforme a modalidade da equipe”, neste contexto de Pandemia a equipe ficou reduzida, não tendo substituição, mesmo que temporária dessas trabalhadoras. Realidade que apresentou dificuldades ao processo de implementação do programa, de acordo com a entrevistada.

A necessidade de uma estrutura física para a equipe, assim como a necessidade de ampliação da equipe, com trabalhadores da categoria médica e da psicologia também é apontada pela coordenadora durante a entrevista. O imperativo desses trabalhadores estaria relacionado a realidade do município, às necessidades de saúde e ao perfil da PSR no município, que não tem sido atendida pela rede de serviços do território.

A gente trabalha com o básico. Entende? E corre atrás. Acho que poderia ter mais, acho que poderia, penso que na realidade de ###, entende, é uma realidade que não tem tantas pessoas assim. Desde que eu comecei.. a marcar ali todas as pessoas que eu atendia, até hoje nós atendemos 237 pessoas diferentes em situação de vulnerabilidade. Muitos andarilhos que não ficam sempre na cidade. Mas eu acredito que pra essa quantidade de pessoas, e eu percebo que essas pessoas sempre tão querendo atendimento, precisando realmente de atendimento médico, entende? (coordenadora do município 01).

Apesar da falta de trabalhadores na equipe, a entrevistada afirma que tem contado com o apoio da equipe de Redutores de Danos do município para fazer os atendimentos no território. De acordo com a entrevistada, o município conta com um Programa de redução de danos que realiza suas ações com uma equipe de 8 Redutores de danos, dois deles trabalham no CnaR e o restante se distribuem em

outras quatro UBS, que estão localizadas nos maiores pontos de vulnerabilidades e uso de drogas no município.

A existência de um Programa de Redução de danos, dentre os casos estudados, é um elemento particular do município 1. E em relação a composição da equipe, somente o município 1 e o município 2, dentre os quadros casos estudados, possuem na composição da equipe de CnaR o agente redutor de danos.

Perguntamos também se é possível identificar algum efeito da implementação do programa. E a coordenadora destaca como resultado a influência do CnaR na organização de um espaço para o acolhimento emergencial da PSR, pela gestão municipal no período da pandemia:

Quando começou a ter a pandemia e aí nós fomos convidados para conversar com a Assistência Social, como ia ser, como essas pessoas iriam ficar, lá por março, foi uma conversa de que não teria o que fazer por elas, iria ficar tudo como está, por que ia ser pior colocar todos mundo dentro de uma casa. Aí nós batemos pé enquanto CnaR, Dissemos: não, essas pessoas vão ter que ficar em algum lugar, vocês vão ter que criar algum espaço de assistência social em que a gente possa entrar enquanto profissional do CnaR e dar uma atenção de saúde para elas. Aí nesse momento por que a gente existia e incomodou, foi fechado uma escola [...] eles ficaram sete meses nessa escola [...] nessa escola captava 80 pessoas para ficar o dia todo dentro [...] nós imunizamos todos que estavam usando o serviço com todo calendário vacinal, fizemos testagem rápida. Eu achei que foi muito importante (Coordenadora Município 01).

Para a coordenadora, além da influência para abertura desse espaço de acolhimento emergencial, o atendimento do CnaR às pessoas acolhidas neste local favoreceu a criação de vínculos com os usuários, pois estes passaram a procurar de forma espontânea o CnaR, e antes disso eles não procuravam. Aqui podemos analisar esses resultados em dois sentidos: pela excepcionalidade da pandemia que trouxe novas exigências de respostas públicas rápidas e efetivas perante as necessidades da PSR e aos riscos associados as condições de vida na rua. E segundo pelo papel dos implementadores envolvidos com a PSR, e que tem a estratégia da "persistência acolhedora" (DUARTE, 2019) em sua vertente institucional que também tem como objetivo constituir o vínculo entre equipe e usuário, além de insistir na construção do cuidado articulando as políticas setoriais.

Estes são resultados também relacionados aos atributos da Atenção básica. O atributo da intersetorialidade, de forma que a articulação com a política de

assistência social resultou na garantia do direito ao acolhimento institucional dessa população de forma emergencial. E o atributo da integralidade, no qual o intuito da institucionalização buscou ampliar as ações de prevenção e manejo dos riscos do Covid 19. E por último o atributo “primeiro contato” ou “porta de entrada”, que neste caso houve um aumento na captação de usuários para o atendimento do CnaR, e gerou a reorganização da agenda da equipe para essa demanda específica.

Perguntamos a coordenadora como é realizado o monitoramento e a avaliação do programa no município e se a gestão e a equipe têm participado destes ou de outros espaços de monitoramento e avaliação. A mesma informou que não há conhecimento em relação aos processos de monitoramento e avaliação, apesar de afirmar que mensalmente envia para a gestão um relatório dos atendimentos realizados.

Perguntamos no questionário se as trabalhadoras participam de algum espaço de avaliação de políticas sociais e programas, e as participantes reponderam que não. No questionário perguntamos também se a equipe ou algum membro realiza alguma interlocução com o MNPR, a coordenadora interina respondeu que não sabia informar, e a outra trabalhadora respondeu que não há. Outra questão foi se as participantes consideram que há autonomia e oportunidades para reorganizar suas práticas e a da equipe, e as duas participantes responderam que sim.

Perguntamos também quais os principais princípios, referências e valores adotados para a implementação do programa e de acordo com a coordenadora entrevistada são: a tolerância, a empatia, o respeito e a paciência.

Durante a entrevista, além das dificuldades elencadas pela entrevistada como a falta de trabalhadores na equipe, a falta de estrutura física, também foram destacadas as dificuldades em garantir a intersetorialidade das ações entre a saúde e assistência social. Para a entrevistada essa realidade tem implicado de maneira limitada o atendimento integral das necessidades básicas da PSR.

[...] um ranço que existe nessa cidade é entre a assistência e a saúde, parece que as duas trabalham uma contra a outra. Entende? Para tentar tipo assim “ah eu tenho um furo, esse furo é da saúde, não, esse furo é teu, esse furo é teu”. E esse furo é de todo mundo, entende? Porque se é uma pessoa em situação de rua, o problema dela não é só meu, não é social, é também social, não é saúde, é também saúde, entende? É isso que eu percebo (Coordenadora município 01).

No questionário perguntamos aos trabalhadores se há reuniões com a rede intersetorial, considerando as políticas setoriais e ONGs. Tivemos respostas divergentes, pois uma das trabalhadoras respondeu que não há reuniões e outra trabalhadora, que é a coordenadora respondeu que sim, mas informou que a periodicidade dessas reuniões é maior que mensal. Tanto a questão da intersetorialidade como as divergências entre as respostas demonstram a necessidade de investimento no compartilhamento das informações e o planejamento entre equipe. Na avaliação do atributo “Reuniões de equipe” este CnaR apresentou uma periodicidade superior a reuniões mensais. Além de não contemplar uma periodicidade adequada para o atributo, as reuniões não têm abordado os principais temas elencados como o Planejamento das ações em equipe, por exemplo.

Em relação a rede de serviços que compõem a RAPS, de acordo com dados do Plano Municipal de Saúde e do CNES o município 1 conta com 50 UBSs, 04 equipes de NASF, 01 UPA, SAMU, 8 CAPS, sendo que um deles se configura enquanto CAPS AD com atendimento 24 horas, 01 Unidade de acolhimento Adulto e 01 unidade acolhimento Infanto-juvenil, 01 serviço de geração de trabalho e renda (componente de reabilitação Psicossocial), 01 hospital com leitos psiquiátricos e 01 Programa de Redução de Danos. Em relação aos serviços especializados a PSR no campo da política de Assistência Social, foi possível identificar um Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua - Centro POP e Serviço de Abordagem Social.

Para análise documental dos Planos Municipais de Saúde buscamos identificar de que forma esses documentos apresentam as palavras chaves: “População em situação de rua”; “CnaR”; “Redução de Danos”; “RAPS” e os serviços componentes da RAPS. No Plano Municipal de Saúde do município 1 o CnaR é citado na apresentação do subtítulo “Saúde do Adulto”, como um dos Programas de Saúde que se articulam para desenvolver ações neste campo. Em relação a RAPS o Plano apresenta os serviços disponíveis no município descrevendo as ações desenvolvidas e cita o CnaR e o Programa de Redução de Danos como uns dos dispositivos existentes no município que compõem a política de atendimento aos usuários de drogas. Entre os serviços disponíveis da RAPS também cita um dispositivo para os usuários de saúde mental para fins terapêuticos e de geração de trabalho e renda

Na parte operacional do Plano o CnaR é citado no eixo da saúde mental e indica como ações necessárias: a aquisição de veículo para o Consultório na Rua; a realização de qualificação de toda equipe técnica do Consultório na Rua. E traz como objetivo geral do campo da Saúde mental: a qualificação e ampliação das ações e dispositivos de atenção e cuidado na área de Saúde Mental, Álcool e Drogas. A redução de danos também é indicada como importante diretriz para a qualificação e capacitação das equipes de saúde.

Município 2 – Consultório na Rua “Papelão”

Conforme o banco de dados do Datapedia (2022), o Município 2 é considerado de médio porte e estima-se um total de 120,000 habitantes aproximadamente. Deste total 31,86 % são indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais (indivíduos considerados vulneráveis a pobreza). Em relação a cor e etnia, 75,16% da população se considera branca, 19,96% parda e 4,45% preta, 0,33% amarela e 0,10 indígena. O IDH é de 0,744, classificado como nível alto e o município tem a agropecuária como principal atividade econômica, sendo este um dos elementos particulares do Município 2 entre os casos estudados. Já o índice de Gini é de 0, 57.

Em relação a gestão municipal, considerando o período de inauguração do CnaR no município 2 no ano de 2012, o prefeito da época era do PSDB e posteriormente a gestão municipal passou a ser filiada ao partido Progressistas (PP). Ambos partidos da direita. Em relação a filiação da gestão estadual nos primeiros anos de implementação do programa até 2015 a gestão era do partido de esquerda e posteriormente até os dias de conclusão desta tese os partidos da gestão estadual eram de direita.

O Município 2 passou a ter um projeto de atendimento especializado em saúde para a PSR no ano de 2011, na configuração de CdeR. E no ano de 2012, conforme alterações de financiamento no âmbito federal, o município deixou a primeira configuração de CdeR e passou a implementar o programa CnaR em sua modalidade II. De acordo com a coordenadora entrevistada, quando o município implementou o primeiro projeto de CdeR a equipe realizava o trabalho no período

noturno e o foco de atendimento eram as crianças em situação de rua⁶⁵. Após a reconfiguração para o Programa CnaR a equipe passou a atender somente no período diurno, incluindo a população adulta e atualmente conta com as seguintes categorias profissionais na equipe: Enfermeira; técnico de enfermagem; psicólogo; redutor de danos e assistente social. A função de coordenadora neste município 2 também é atribuída a um trabalhador que já compunha ao número de trabalhadores conferidos a equipe da modalidade II.

A coordenadora do programa do município 2 informou que trabalha no programa desde o ano de 2011, e enquanto coordenadora desde o ano 2018 até o momento da entrevista. A mesma pondera que sua aproximação com o CnaR no início da implementação foi boa, pois participou junto com a equipe de vários cursos de capacitação para com o atendimento à PSR. Dentre os cursos destacou uma especialização realizada pela Fiocruz no ano de 2014 com ênfase em saúde da PSR. E afirmou que o curso mesmo na modalidade de Ensino a Distância, propiciou ricas experiências através de alguns encontros presenciais, onde as equipes de outras regiões do país puderam se encontrar.

Apesar da coordenadora durante a entrevista ter destacado a promoção de vários cursos de capacitação no início da implementação do programa, atualmente os trabalhadores do CnaR “Papelão” do município 2 que participaram da pesquisa através do questionário informaram que não há oferta e só há incentivo para a busca de capacitação individual, sendo avaliado neste atributo de forma insatisfatória, conforme o Quadro 4. No questionário também propiciamos duas questões abertas, e em uma delas perguntamos aos participantes, se a partir de sua experiência, mudaria algo do desenho original do programa. E uma das trabalhadoras citou a necessidade de mais capacitações:

Mais capacitações disponíveis as equipes e verba para isso (trabalhadora 04).

Já a outra trabalhadora que também é coordenadora indicou a necessidade de alterações em relação ao uso do veículo pela gestão municipal.

⁶⁵ De acordo com o documento intitulado “Consultório de Rua do SUS” (BRASIL, 2010), as crianças e os adolescentes em situação de rua deveriam ser prioridades nas ações e no atendimento do Projeto.

No nosso município o nosso veículo é usado para outros setores, esta todo estragado de tanta viagem e uso impróprio. E quando precisamos para nossos usuários não temos a disposição. Uma pena pois a gestão do município persegue os funcionários se por ventura reclamamos, mas essa van foi conquistada com contrapartida do estado (coordenadora município 02 no questionário).

A fala da coordenadora vai ao encontro da avaliação do atributo veículo do CnaR “Papelo” de forma insatisfatória, conforme o Quadro 4, considerando que o veículo não é de uso exclusivo da equipe, apesar de ter sido adquirido com recurso estadual para o uso do CnaR. E ainda refere a falta de diálogo com a gestão municipal, no qual tem “perseguido” aqueles trabalhadores que reclamam a falta de estrutura.

Em relação a prática de perseguição dos trabalhadores pela gestão, outra trabalhadora de um dos CnaR também descreve no questionário o fato de trabalhadores serem perseguidos na execução de seu trabalho. Quando indica o que mudaria no desenho original do programa, a trabalhadora aponta a necessidade de estratégias que viabilizem a proteção e o cuidado dos trabalhadores do CnaR:

Proporcionar rede de proteção aos profissionais que sofrem estigma, ou são perseguidos ou sofrem assédio moral pelo trabalho que executa (Trabalhadora 05).

De acordo com os dados do questionário, três dos seis trabalhadores que compõem a equipe deste programa responderam ao questionário. E dentre os participantes há uma trabalhadora temporária e duas trabalhadoras PSS/Celetista. Uma dessas trabalhadoras com vínculo celetista tem a função de coordenadora da equipe. Em relação ao tempo de trabalho no programa, uma das trabalhadoras respondeu estar há 9 anos e não teve outras experiências de trabalho anteriores com a PSR. As duas outras trabalhadoras referiram que estavam há 3 anos e 1 ano no programa e ambas indicaram já ter tido outras experiências anteriores de trabalho com a PSR.

Quando perguntamos aos trabalhadores no questionário, se participam de algum espaço de monitoramento e avaliação de programas e políticas sociais, os 3 responderam que não. Em relação a questão sobre a interlocução com o MNPR, 2 participantes afirmaram que não e 1 participante respondeu sim. Sobre autonomia nas práticas da equipe 2 responderam parcialmente e 1 respondeu que sim.

Durante a entrevista perguntamos a coordenadora se é possível identificar algum efeito da implementação do programa. E a entrevistada destacou como resultados a prática de redução de danos realizada pela PSR acompanhada pelo CnaR, assim como alguns usuários que foram reinseridos no mercado de trabalho e no convívio familiar.

A gente conseguiu reinserir um na família, ele voltou a morar com a filha, né? E o outro começou a vender picolé e tá bem, tá alugando uma peça pra ele e tudo. Ele ainda faz o uso de álcool, mas não como ele fazia antes, sabe? De usar muito. Agora ele usa muito pouco. Ele se controla, é só a noite. Ele trabalha... Ele tá fazendo redução de danos, sabe. Tá conseguindo fazer redução de danos. Mas é trabalho de formiguinha. Porque a gente é sozinho, é sozinho, porque nem sempre pode contar com a rede, sabe? (coordenadora município 02).

Aqui podemos analisar que esses resultados convergem com os objetivos do programa. Compreendendo que a prática de redução de danos está sendo utilizada pelos usuários, de forma que estes tem apresentado engajamento na sua rotina de auto cuidado e autorregulação. E a retomada dos laços familiares e comunitários compreendidos enquanto um dos resultados dos atributos da Atenção Básica de “orientação comunitária, familiar e cultural”, e enquanto um dos pilares de construção do cuidado em saúde mental através do modelo de atenção aberto e de base comunitário. Esses resultados se articulam ao aumento da autoestima e de autonomia desses usuários favorecendo a reintegração social.

Embora apresentem esses resultados, a coordenadora aponta problemas estruturais na rede de serviços do município, como a falta de Centro POP e a falta de instituições de permanência que não apresentem tantas regras limitadoras do acesso à PSR, principalmente o critério da abstinência. A afirmação da entrevistada de “estar sozinho”, refere-se ao processo de implementação do programa na busca de adotar a redução de danos, a tolerância, o respeito dentre outros princípios, que muitas vezes não são sustentados por outros serviços que encontram-se enrijecidos em modelos assistenciais mais tradicionais.

Em relação as reuniões intersetoriais não houve consenso nas respostas dos trabalhadores no questionário. A coordenadora informou que não há reuniões, enquanto outra trabalhadora respondeu que há de forma semanal e outra respondeu outra periodicidade.

De acordo com a coordenadora, o programa tem sede própria e com banheiro de uso exclusivo para higiene da PSR. Essa foi uma condição exigida pela equipe após a gestão determinar a realocação da equipe. Na época a equipe tinha uma sala próxima ao Gabinete da Secretaria de Saúde, que perante as reclamações em relação ao mau cheiro da PSR de diversas pessoas que trabalhavam e circulavam naquele ambiente, a gestão decidiu por mudar a equipe de local. Além de oferecer uma estrutura física para higiene da PSR, o serviço também oferece café da manhã, com produtos alimentícios doados por empresas da região. Para a coordenadora essas ofertas se justificam pela falta de serviços essenciais de atendimento a necessidade da PSR no município. O restaurante popular não estava funcionando e até o momento da entrevista e não havia Centro POP no município.

Destacamos esta como uma particularidade entre os casos, o programa do município 2 é o único que possui sede própria e disponibiliza o uso do banheiro para a PSR, assim como serve café da manhã. Estes elementos particulares têm relação com o processo de implementação do programa no município, considerando que este não possui Centro POP, somado as dificuldades de articulação com o CAPS e o fechamento do restaurante popular. Nesse sentido e de acordo com a fala da coordenadora, o programa viu a necessidade de acolher e suprir essas necessidades do banho e de alimentação para a PSR.

Estas particularidades de proporcionar banho e café da manhã são medidas de adaptações promovidas ao desenho original do programa (ARRETCHE, 2011), pois encontra limites nas condições institucionais do município em relação a rede de atendimento, que deveria proporcionar atendimento as necessidades básicas da PSR.

Em relação a rede de serviços componentes da RAPS, de acordo com dados do Plano Municipal de Saúde e do CNES o município 1 conta com 19 UBSs, uma equipe de NASF, dois CAPS, sendo um deles CAPS AD. Uma UPA, SAMU e indica a ampliação de mais um CAPS e um serviço de acolhimento transitório, este último já em fase de implantação e um hospital com leitos psiquiátricos. Uma Escola de Redução de danos. Em relação aos serviços da Política de Assistência Social o município possui Serviço de Abordagem Social.

O Plano Municipal de Saúde do município 2 apresenta um subtítulo do CnaR no tópico da atenção básica e faz uma breve introdução sobre o programa.

Também faz uma apresentação da RAPS e dos componentes existentes no município. E para cada componente existente apresenta a população de abrangência e a situação de implementação da unidade. Em relação a redução de danos o texto cita a Escola de redução de danos⁶⁶ como estratégia fundamental na qualificação dos profissionais. Na operacionalização do Plano traz como objetivos a ampliação da oferta de pontos de atenção da RAPS, além do fortalecimento dos pontos de atenção existentes, indicando como metas a ampliação dos atendimentos, realização de reuniões, ações de educação permanente para os profissionais; monitorar e avaliar a qualidade dos atendimentos, dentre outros.

Município 3 – Consultório na Rua “Mocó”

Com o número total de habitantes estimado em 1.800, 000, o Município 3 é classificado com grande porte e 7,86% do número total de habitantes são indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais (indivíduos considerados vulneráveis a pobreza). Em relação a cor e etnia, 78,88% se declarou branca, 16,79% parda e 2,85% preta, 1,32% amarela e 0,15% indígena. O IDH do município é classificado com nível muito alto com 0,823, tem como principal atividade econômica o comércio e serviços e o índice de Gini é de 0,55.

Em relação a gestão municipal, considerando o período de inauguração do CnaR no município no ano de 2013, o prefeito da época era do Partido democrático Trabalhista (PDT) e posteriormente a partir de 2015 a gestão municipal passou a ser filiado ao partido Democratas (DEM). Demonstrando uma mudança do partido inicialmente de esquerda e posteriormente eleito um prefeito filiado ao partido de direita. Em relação a filiação da gestão Estadual foram todos de partidos de direita no período identificado.

O Município 3 implementou o CnaR no ano de 2013, apesar de desde o ano de 2009 ter tido a experiência de iniciar a atenção a saúde específica a PSR com o projeto de CdeR.

⁶⁶ As Escolas de Redução de Danos tem sido uma aposta de alguns municípios com o objetivo de consolidar ações de educação permanente e ofertar cursos de capacitação aos profissionais e a comunidade para realização de ações ao enfrentamento de consequências no uso de drogas.

De acordo com os dados do questionário, obtivemos a resposta de uma trabalhadora da equipe, no qual informou que seu vínculo empregatício é estatutário. Está há dois meses trabalhando na equipe e possui outras experiências de trabalho com a PSR anteriores ao CnaR.

A coordenadora entrevista foi convidada a trabalhar nesta função desde o ano de 2016 até o ano de 2019 coordenando a equipe de CnaR do município 3. A entrevistada destaca que antes de assumir a coordenação do Programa ela já “tinha uma interlocução muito forte com o CnaR”, pois era coordenadora de um CAPS AD e fazia a coordenação de assistência da Política de Álcool e drogas no município. De acordo com a mesma essas experiências anteriores lhe permitiram “uma visão ampliada de como que o programa CnaR podia estar inserido dentro da estrutura da rede de atenção à saúde dentro do município”.

A função de coordenadora neste município 3 é atribuída a um trabalhador que não compõem a equipe de assistência e ao número de trabalhadores atribuídos a modalidade da equipe. A equipe deste município é composta pelas seguintes categorias profissionais: Assistente Social, Cirurgião dentista, Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Técnico de enfermagem/Aux. Enfermagem, Técnico de saúde bucal, Terapeuta ocupacional e motorista.

Para a coordenadora entrevistada durante os quatro anos de coordenação junto ao programa buscou-se fortalecer a interlocução do CnaR de forma transversal aos outros programas e políticas no campo da saúde, como a política de atenção básica, a política de saúde sexual e reprodutiva, a Urgência e Emergência, dentre outros. E ainda pondera que a interlocução entre as políticas intersetoriais é um desafio no processo de implementação do programa, além de considerar uma importante função da coordenação.

Quando perguntamos a coordenadora sobre o processo decisório na implementação, a mesma refere que a Atenção Primária à saúde é o disparador da implementação, ou seja, ela é o gestor do cuidado, mas as decisões devem ser tomadas com todos os setores que integram a rede de atenção a saúde do município. Mas pondera que para a viabilidade desse arranjo na implementação, isso deva ser previsto dentro do planejamento e da missão da própria SMS.

De acordo com a entrevistada a interlocução entre as políticas é um desafio e o dificultador do processo de implementação encontra-se nos limites de interpretação e de entendimento dos profissionais de saúde sobre as necessidades

da PSR e suas particularidades. Por isso acredita na necessidade de trabalhar com a quebra desse paradigma, que seria compreender que a situação de saúde é muita mais agravante para as pessoas em situação de rua, considerando as condições de riscos cotidianos, sendo imprescindível o acesso de forma equânime.

Mas trabalhar com esse desafio, dessa quebra desse paradigma, de compreenderem que uma pessoa ter perda visual em uma condição né, de extrema vulnerabilidade, é muito mais comprometedor do que uma pessoa domiciliada, por exemplo, com uma rede de apoio, né. Então, eu entendo isso mais como um desafio na verdade, do que como um dificultador, entende? Outra situação também que a gente pode entender como desafio daí é essa interlocução entre as políticas né, o trabalho intersetorial é absolutamente necessário e importante pro atendimento da população, porque a violação de direitos tá em todas as políticas de certa maneira né. Na saúde, eu... eu não faço uma leitura como uma violação de direitos, mas uma fragilidade ao acesso daquilo que é de direito, entende? Porque as próprias pessoas em situação de rua, por vezes, elas se sentem subjugadas, né, mas “eu não vou lá, porque lá não tenho que tá lá, não é o meu lugar uma Unidade de Saúde, né”. E isso não é fato, Né. (Coordenadora município 03).

Discordamos do trecho da fala da entrevistada quando considera que na saúde não há violação de direitos da PSR. Diversos estudos e censos (BRASIL, 2008; LANZA *et al.*, 2019) já identificados apontam essa realidade. Existem diversas fragilidades no acesso a PSR ao direito a saúde e isso leva a violação de direito básico de acesso. E o sentimento de subjugação é resultado do processo de estigma e violação de direitos que essa população sofre diariamente.

Quando perguntamos sobre quais seriam os facilitadores do processo de implementação, a entrevistada afirma que:

[...] o facilitador é essa porosidade possível de ser trabalhada, mas é uma coisa a ser trabalhada, não é algo natural dentro de uma rede. Quando a gente fala rede, parece que é tudo natural né, tudo tem que fluir de ponto a ponto né, fluir, fluir, fluir, ponto a ponto, e isso não acontece né. Isso precisa ser disparado, precisa, a rede precisa ser desafiada a olhar diferente, a olhar de maneira equânime. Isso daí é... Enfim, é o que a rede permite fazer. Esse é facilitador (coordenadora município 03).

Para a entrevistada o facilitador é a flexibilidade e porosidade existente na construção da rede intersetorial. Podemos compreender que a construção da prática intersetorial é sempre constante e os serviços que compõem a rede precisam ser provocados a gestar suas práticas de forma equânime. Logo esses serviços precisam olhar para as particularidades da PSR. Mais uma vez o CnaR se

coloca enquanto analisador das práticas, e neste caso para as práticas que visam garantir o acesso as políticas sociais por meio dos serviços, gestadas e implementadas de forma intersetorial e interdisciplinar.

Nesse sentido os pilares fundamentais para implementação do Programa, de acordo com a coordenadora é o trabalho em rede, a interlocução entre as políticas e a política de redução de danos.

Em relação ao monitoramento e avaliação do Programa, a coordenadora refere que o município contava com um Comitê Técnico de Saúde da PSR, porém este foi suspenso, como já mencionamos anteriormente. De acordo com a entrevistada o monitoramento e avaliação dos indicadores no município buscou analisar a efetividade do acompanhamento em saúde das PSR que vivem com HIV, Sífilis, Hepatites, tuberculose e indicadores no campo da saúde materna e infantil, considerando serem esses “indicadores mais substanciosos para a saúde de uma cidade”.

Quando perguntamos sobre os resultados da implementação do programa a coordenadora afirma que os resultados são monitorados a partir dos indicadores de saúde da população do município. E a partir da promoção de ofertas mais equânimes para a PSR tenha acesso ao processo de “diagnósticos, tratamento e cura”.

Para a coordenadora os efeitos da implementação do CnaR são identificados através dos indicadores de acompanhamento da saúde. Além na constituição de ofertas mais equânimes nos serviços de saúde, fluxos bem definidos e articulação com a rede de serviços no município.

Podemos relacionar esses resultados ao atributo da “coordenação do cuidado” pois tem como resultado a ampliação do acesso e do cuidado longitudinal a outros níveis de atenção do SUS, assim como o fortalecimento da comunicação entre CnaR e UBS. E ao atributo da “intersetorialidade” que tem como resultado o fortalecimento das ações intersetoriais articuladas.

Por meio do questionário, a trabalhadora informou que participa do Conselho Municipal de Saúde enquanto espaço de monitoramento e avaliação de programas e políticas sociais. As repostas também foram afirmativas em relação a questão sobre a interlocução com o MNPR e sobre a autonomia nas práticas da equipe.

Apesar de ser o único município dentre os casos estudados que refere fazer o monitoramento e avaliação da implementação e dos resultados do programa, são

utilizados indicadores da população em geral do município, não são indicadores específicos para a PSR, mesmo que seja alguns indicadores associados as doenças de maior prevalência nessa população. Por tanto, podemos afirmar que estes são indicadores relacionados somente a vigilância epidemiológica tradicional (ações notificantes e medidas de prevenção e controle de doenças transmissíveis) e a perspectiva biomédica, do processo de diagnóstico, tratamento e cura. Justifica-se o uso destes indicadores pela falta de construção deste junto a sociedade civil dada a suspensão do Comitê de Saúde.

A partir da análise deste caso, é preciso considerar que mesmo que haja ofertas mais equânimes de acesso aos serviços e tratamentos através da interlocução entre os serviços, os indicadores ainda poderão estar concentrados nas doenças e na perspectiva de cura de maior prevalência da população em geral. O que impede avanços necessários para a implementação do CnaR e para os direitos da PSR, o que gera uma permanente e árdua luta pelo acesso, já que a PSR não tem sido ou tem sido minimamente contemplada na produção de indicadores, e na prática de vigilância em saúde.

De acordo com o Plano Municipal de saúde e o CNES, o município 3 conta com aproximadamente 100 UBSs, 10 UPAs, SAMU, 30 equipes de NASF, 12 CAPS, sendo 05 CAPS AD, 06 unidades de acolhimento Adulto e uma unidade de acolhimento infanto-juvenil, 05 residenciais terapêuticas, quatro hospitais com leitos psiquiátricos e Serviço de iniciativa de geração de trabalho e renda. Em relação aos serviços da política de assistência social, o município possui três Centros POPs e Serviço de Abordagem Social.

No Plano Municipal de Saúde do Município 3 há um subtítulo a respeito da Atenção à Saúde a PSR, fazendo uma breve introdução a respeito do CnaR considerado um dos serviços da Atenção Primária a Saúde. A PRS aparece no tópico a respeito da tuberculose no que se refere as condições de saúde da população em geral, identificando esse seguimento entre as populações vulneráveis com maior incidência a doença. Quando apresenta a RAPS, identifica o CnaR como um dos componentes. No que compete a operacionalização do Plano, o CnaR aparece em um dos objetivos em manter as equipes; e a PSR aparece em um dos objetivos de manter ações de prevenção de DST junto a PSR. Em relação a RAPS o Plano identifica os componentes existentes no município e cita a redução de danos como um dos objetivos específicos da RAPS.

Município 4 – Consultório na Rua “Marquise”

Classificado com médio porte estima-se o número aproximado de 500,000 habitantes no município 4. Deste número total de habitantes, 6,42% são indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais (indivíduos considerados vulneráveis a pobreza). Em relação a cor e etnia, 84,55% se declarou branca, 9,74% parda, 4,95% preta, 0,52% amarela e 0,24% indígena. O IDH do município referido é classificado com nível muito alto com 0,847, sendo o primeiro colocado em relação aos outros municípios do Estado de origem. Tem como principal atividade econômica o comércio e serviços e o índice de Gini é de 0,54.

Em relação a gestão municipal, considerando o período de inauguração do CnaR no município 4 no ano de 2012, o (a) gestor (a) municipal eleito (a) neste período era do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Posteriormente do Partido Social Democrático (PSD), e até o presente momento da entrevista o (a) gestor (a) era filiado (a) aos Democratas (DEM). Ambos partidos de direita. Em relação a filiação da gestão estadual também são partidos de direita no período identificado.

O município 4 está entre os primeiros municípios que implantaram o projeto de CdeR no país no ano de 2009. E no ano de 2012, o município optou pela nova configuração e financiamento federal do programa CnaR na modalidade I. O coordenador entrevistado estava trabalhando nesta função há 04 meses até o momento da entrevista. Em relação a aproximação do entrevistado com o CnaR, refere que “conhecia muito por cima” o trabalho da equipe pois teve algum contato anterior quando trabalhava na rede de serviço do município enquanto profissional da saúde.

De acordo com o coordenador entrevistado o CnaR é parte da Unidade de Saúde onde está alocada uma outra equipe de Saúde da Família, no qual ele também coordena. A função de coordenador neste município 4 é atribuída a um trabalhador que não compõem a equipe de assistência e ao número de trabalhadores atribuídos a modalidade da equipe.

Outro elemento particular em relação a gestão do programa, é que no município 4 a coordenação do CnaR é a mesma coordenação da equipe da UBS no qual o CnaR está alocado. Os outros dois CnaR do Município 3 e município 1

que estão alocados em uma UBS possuem coordenação própria e o outro CnaR do município 2 que possui sede própria também possui coordenação própria.

As categorias profissionais que compõem a equipe são: Assistente Social, Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Técnico de enfermagem/Aux.Enfermagem e Motorista. Embora a modalidade I não contemple o profissional médico, este município tem incluído este profissional por meio de financiamento próprio, sendo este outro elemento particular do município.

Conforme o Quadro 4, apesar do CnaR “Marquise” ter sido avaliado de forma satisfatória na variável “Disponibilidade dos recursos humanos em relação a modalidade da equipe”, o coordenador entrevistado informou que o motorista da equipe estava afastado por ser do grupo de risco para o Covid 19 e até o momento da entrevista ainda não tinha sido substituído por outro profissional, por isso a equipe estava podendo utilizar o veículo somente uma vez por semana. Fato que fez com que a equipe passasse a desempenhar a maior parte do tempo os acolhimentos em saúde da PSR na UBS, no qual a equipe do CnaR está alocada, no centro do município.

Além da falta do motorista na equipe, o entrevistado aponta também a falta de fluxos para o trabalho com a rede de serviços de saúde e com os serviços da assistência social do município. O que faz com que haja muitas disputas entre os serviços.

Então, esse fluxo, esse serviço não tá bem definido nem pela prefeitura. Então... hoje eu vejo que tá tomando essa decisão.. eu tenho... o Consultório na Rua acaba se reportando a mim e ao distrito sanitário centro. Ah... e, mas eu vejo que ele tem dificuldades em relação a isso e as pessoas acostumaram a fazer situações de... essa tomada de decisão de forma muito brigada, sabe? [...] Tudo que se consegue aqui dentro é brigado e não tem fluxo na verdade, bem, bem definido. As pessoas aqui se impõem e dizem “isso o consultório faz, e isso o consultório não faz” (Coordenador município 04).

A falta de acolhimento das UBS no município para com a PSR também tem sido um problema apontado pelo entrevistado, apesar da ciência dos coordenadores das UBS do município sobre essa responsabilidade, os profissionais que atendem essa PSR tem encaminhado para UBS Central onde está alocada a equipe de CnaR, como se esta fosse a unidade exclusiva para a PSR. Esse fator para o entrevistado já levantou a possibilidade entre a equipe de CnaR de passarem a ter uma unidade para a permanência da equipe, que não seja

em uma UBS. Supondo que essa mudança poderia interferir nessa ideia de exclusividade do atendimento da PSR pela Unidade Central onde o CnaR está alocado. Porém a partir dos dados dessa pesquisa, podemos afirmar que o desmonte da ideia de exclusividade do atendimento em saúde a PSR pelo CnaR, está longe de depender de mudanças logísticas de estrutura física ou local, e sim demandam mudanças dos modelos assistenciais. O caso do município 3 apesar de ter uma sede própria, tem apresentando as mesmas dificuldades no município em relação a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma territorial.

Em relação aos princípios, referências e valores adotados na implementação do programa, para o coordenador a equipe tem considerado de forma integral o atendimento das necessidades de saúde da PSR e relata que o encaminhamento para emissão de documentação de identificação tem sido uma das demandas que o CnaR também tem monitorado, dada a exigência da documentação em muitos serviços públicos, como requisito de acesso e o significado para a PSR em ter um documento pessoal.

De acordo com os dados do questionário, dois dos quatro trabalhadores que compõem a equipe do CnaR responderam ao questionário. E dentre as participantes as duas são estatutárias. Em relação ao tempo de trabalho no CnaR, uma das trabalhadoras respondeu estar há 8 anos e a outra trabalhadora referiu que estava há 2 anos. Ambas indicaram não ter tido outras experiências anteriores de trabalho com a PSR. Dentre os casos estudados, este é o que mais apresentou sujeitos com mais tempo de trabalho no CnaR. Analisando a classificação deste CnaR no Quadro 6, não é possível afirmar que este fator favorece a avaliação do serviço, pois este não está entre os melhores avaliados. Essa constatação com os demais CnaR também será confirmada mais adiante quando tratamos dos cruzamentos dos dados com todos os serviços.

Em relação ao processo de monitoramento e avaliação do programa, de acordo com o coordenador além do acesso da gerência da Atenção primária aos relatórios de atendimento, desconhece outros processos de avaliação.

Quando perguntamos aos trabalhadores se participam de algum espaço de monitoramento e avaliação de programas e políticas sociais, uma das trabalhadoras respondeu que sim, indicando o CIAMP. E a outra participante respondeu que não participa. Em relação a questão sobre a interlocução com o MNPR uma das participantes respondeu que sim e a outra respondeu que não

sabia informar. Sobre autonomia nas práticas da equipe as 2 trabalhadoras responderam que parcialmente.

Perguntamos também se é possível identificar algum efeito da implementação do programa. E o coordenador apontou a construção do vínculo entre os trabalhadores e a PSR como principal efeito, dada a procura da equipe pelos usuários. Aqui podemos relacionar ao atributo “vínculo longitudinal”, no qual através da construção de relações de empatia, confiança e comunicação entre equipe e usuário, gera resultados no aumento do acompanhamento longitudinal. E melhoria do auto cuidado, pois os próprios usuários passam a procurar de forma espontânea o CnaR.

De acordo com o CNES e o site da prefeitura do Município, em relação a rede de serviços existentes, o município conta com aproximadamente 50 UBSs; 07 equipes de NASF, 03 UPAs; 04 CAPS, sendo 02 CAPS AD, 01 Unidade de atenção em regime residencial – Comunidade Terapêutica e 02 hospitais com leitos psiquiátricos. Em relação aos serviços da Assistência Social, o município possui 01 Centro POP e Serviço de Abordagem Social.

O Plano Municipal de Saúde não apresenta nenhum texto introdutório sobre os serviços existente ou sobre as condições de saúde da população. Todo o corpo do texto se desenvolve a partir das Diretrizes, Objetivos e metas do Plano. Enquanto objetivos indica a necessidade de estabelecer fluxos entre os serviços da RAPS, e a necessidade de estabelecer competências dos serviços de saúde em relação ao atendimento da PSR. Enquanto metas indica a necessidade de garantir o acesso à PSR em todos os níveis de atenção à saúde e construir protocolos para tal; e realizar o matriciamento entre a equipe de CnaR e as equipes de Saúde da família.

Feita as apresentações dos quatro casos selecionados, a seguir faremos uma análise das similaridades e das variáveis comuns entre os casos durante as entrevistas com sujeitos.

Quadro 11- Dados gerais dos casos estudados

Municípios	População estimada	IDH	Porte do Município	Modalidade Equipe	Ano de inauguração do CnaR
Caso 1 “Fundo de Vale”	340.000	0,739	Médio	I	2012
Caso 2 “Papelão”	120.000	0,744	Médio	II	2012
Caso 3 “Mocó”	1.800.00	0,823	Grande	III	2013
Caso 4 “Marquise”	500.000	0,847	Médio	I	2012

Fonte: própria autora, a partir da base de dados da pesquisa empírica, 2022.

Conforme o Quadro 11, os casos correspondem aos municípios de médio e grande porte, no qual 3 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 IDH, estes municípios foram classificados entre os níveis de alto (0,700 á 0,799) e muito alto (a partir de 0,800) nas faixas de Índice de desenvolvimento humano (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. De acordo com o IPEA (2011⁶⁷) o índice de Gini no Brasil apresentou significativa queda entre período de 2001 e 2009 e o valor médio do Gini entre as macrorregiões no período é mais baixo na Região Sul (0,511). Esse processo de queda do Gini reafirma a desconcentração de renda ocorrida no país nos anos 2000.

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 aumento significativo da PSR nas cidades. Outra questão importante a se considerar é que apesar da maioria da população se declarar branca nesses municípios, a maioria da PSR nas pesquisas se declara 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

⁶⁷ <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area4/area4-artigo31.pdf>

da visibilidade desses grupos em vulnerabilidades e as políticas de enfrentamento dessas desigualdades.

Este contexto de desigualdades soma-se a dinâmica político-partidária dos municípios e dos estados, especialmente sobre o posicionamento do partido ideológico dos prefeitos e governadores eleitos durante o período de implementação do programa estudado, são em sua maioria de direita. Somente um Estado e um município de outro Estado, teve um prefeito e um governador de esquerda no início dos primeiros anos de implementação do programa, entre os anos de 2012 e 2015. Estes foram os primeiros anos de um período recente em que o país viveu uma crise política ligada a investigação de corrupção ao Partido dos Trabalhadores e a gestão do partido de esquerda na instância federal. Nesse sentido é possível afirmar que o processo de implementação do programa nos casos estudados tem em sua grande maioria períodos da gestão de partidos ideológicos de direita.

Essa dinâmica reafirma cada vez mais a tendência ao acirramento da questão social e das disputas políticas que urgem sobre o fundo público e a legitimação dos direitos sociais e do Estado Democrático, para subsidiar a construção e implementação de políticas e programas sociais públicos e de qualidade.

De acordo com Silva (2013), os partidos políticos ou os seus representantes eleitos, são responsáveis por tomar decisões e fixar as prioridades das políticas e programas sociais. Os partidos são um dos sujeitos, com diferentes interesses e diferentes racionalidades, que mediados pelo Estado, integram o processo de implementação das políticas. Os outros sujeitos que integram esse processo de acordo com autora são: os movimentos sociais; Administradores e burocratas; técnicos, planejadores e avaliadores e o judiciário. Assim, o processo das políticas sociais é compreendido por diferentes momentos e pela diversidade de sujeitos que permanecem ou não.

A maioria dos municípios tem como principal atividade econômica o comércio e serviços, e somente um deles, município 2, tem a agropecuária como principal atividade. Apesar de a região sul concentrar grande parte⁶⁸ de municípios que tem como atividade principal a agropecuária, os casos estudados confirmam a

⁶⁸ https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101776_informativo.pdf

permanência das PSR nos grandes centros e municípios com principal atividade no comércio e serviços, o que não exclui a existência dessa população em cidades de médio e pequeno porte e com destaque nas atividades agropecuárias.

Em relação a autonomia das decisões dos implementadores, o município 2 foi o que mais apresentou elementos de possíveis relações com a gestão que não tem favorecido a autonomia. Identificamos através da entrevista com a coordenadora que quando o secretário de saúde interfere em alguma situação, a equipe acaba cedendo a decisão deste sobre uma demanda a ser direcionada ao CnaR, mesmo a coordenadora não concordando com demandas de retirada de pessoas na rua realizadas principalmente pela equipe da Assistência Social que exige que o veículo de uso exclusivo do CnaR esteja na ação.

O segundo elemento destacado nos dados do questionário pelas respostas de duas trabalhadas é que consideram ter autonomia relativa para mudanças no processo de trabalho. E o terceiro elemento refere-se as facilidades apontadas pela coordenadora do programa a respeito do processo de implementação e a mesma considera as doações (alimentos, roupas, cobertores e produtos de higiene) recebidas pelas empresas parceiras no município como facilitadoras deste processo, dada as dificuldades de acesso as necessidades básicas dessa população no município. Diante disso é preciso considerar reflexões acerca da formação sócio-histórica e cultural brasileira marcada por uma herança de tutela, favor e clientelismo em detrimento da cultura de cidadania e direitos sociais. Tal herança marcou profundamente as políticas sociais por constituir raízes que não favorece o protagonismo nem a autonomia nas relações sociais e políticas. Estes são elementos que dificultam a implementação de um programa sobre a ótica do direito social.

Outros pontos em comum identificados entre os casos se referem a incidência de todos os municípios que inicialmente instituíram os Projetos enquanto CdeR e passaram a configuram-se como Programas de CnaR entre os anos de 2012 e 2013, fator constituinte da mudança na gestão Federal que passa a financiar exclusivamente os Programas configurados na instância da Atenção Básica.

A maioria dos casos, ou seja, três CnaR estão alocados em uma UBS, e somente um CnaR tem sede própria. Em relação a coordenação dos CnaR a maioria dos profissionais que cumprem essa função são do sexo feminino, sendo

somente um do sexo masculino. Duas coordenadoras são integrantes da equipe e passaram a somar as atribuições da coordenação e os demais entrevistados, um coordenador e uma coordenadora são profissionais que não estão no quantitativo da equipe e foram convidados para esta atribuição. Em relação ao tempo de permanência na função de coordenação, dois programas apresentam que o mesmo coordenador está no mínimo há três anos e os outros dois programas possui o mesmo coordenador há menos de 5 meses.

Em relação a insuficiência logística e do sistema operacional para a implementação do programa nos casos estudados, há também similaridades apresentadas nas falas dos sujeitos. Os entrevistados da maioria dos casos referem a necessidade de ampliação do número de trabalhadores nas equipes (em três municípios e o MNPR), assim como a falta de trabalhadores que já fazem parte da equipe, mas que no momento da Pandemia estão afastados por motivos de saúde e outros que foram realocados em outras áreas (em três municípios e MNPR). A principal categoria destacada foi a médica. Nas duas equipes que não possuem o profissional médico, foi citado tanto a necessidade de se ter na equipe de CnaR (um município e a liderança do MNPR), como a oferta limitada de médicos “parceiros” que se mostrem disponíveis ao atendimento da PSR (dois municípios) no território.

As dificuldades para o uso de veículo para locomoção da equipe foram citadas por todos os sujeitos, seja pela falta do veículo em algum momento no processo de implementação, seja pelo uso não exclusivo do serviço, seja pela falta de motorista, pela falta de financiamento, seja pela necessidade de um veículo mais adequado ao uso. A estrutura física institucional do local onde as equipes estão alocadas, também foram citadas pelos sujeitos, seja por dificuldades para alocação da equipe que não possui uma própria sala dentro da UBS (1), a localização da sala e a estrutura física dificultava o acolhimento adequado ao usuário (1) e a viabilidade da permanência da equipe de CnaR em umas das UBS foi questionada (1).

Em relação aos Planos de Saúde dos municípios, as metas e o eixos operacionais mais citado em relação a RAPS foram sobre a qualificação das ações entre os serviços de saúde. Entre as ações indicadas para essa qualificação estão: a ampliação dos dispositivos nos municípios 1 e 2; a capacitação dos trabalhadores da saúde; o monitoramento e avaliação da qualidade dos atendimento no município

2; a manutenção das equipes e o pleno funcionamento do CnaR nos municípios 1 e 3; aquisição do veículo para o CnaR no município 1; garantia do acesso da PSR em toda a rede de saúde no município 4; e a redução de danos aparece na maioria dos Planos compreendida enquanto diretriz da RAPS nos municípios 1, 2 e 3.

Dando continuidade a análise dos casos, após identificação das particularidades e das semelhanças de forma geral, desenvolveremos a seguir a problematização dos casos a partir do grupo de variáveis intervenientes e variáveis cognitivas entre os fatores que interferem no processo de implementação. E incluímos as falas da liderança do MNPR, e aí podemos identificar se a fala do MNPR dialoga com os outros sujeitos. Estas variáveis foram identificadas por meio do roteiro de entrevista e das falas dos entrevistados sobre o processo de implementação que fundamentam essa análise: **referenciais e princípios adotados para a implementação; as dificuldades da prática intersetorial; a disposição para a avaliação e o monitoramento da implementação, e por último, porém não menos importante, uma análise dos resultados considerados pelos sujeitos.**

6. 1 REFERENCIAIS E PRINCÍPIOS ADOTADOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Perguntamos aos coordenadores e a liderança do MNPR quais os **referenciais e os princípios** adotados para a implementação do programa, dentre os termos mais citados foram a Redução de danos, o respeito, a tolerância, o trabalho em rede e a interlocução entre as políticas. E um coordenador afirmou como princípio a busca do programa em identificar e atender as necessidades apresentadas pela PSR, ou seja, todos esses são referenciais que dialogam com os princípios da Redução de danos e estão de acordo com os objetivos do Programa.

Uma das coordenadoras também falou sobre a autonomia dos usuários frente aos encaminhamentos articulados pela equipe e que muitas vezes podem frustrar os trabalhadores, caso estes não tenham respeito e tolerância com os usuários, principalmente no que diz respeito a exigência de cumprimento de agendas e da abstinência.

De acordo com a fala da trabalhadora 05, o trabalhador com competência adquirida por meio de especialização na área, não garante que tenha habilidade para trabalhar com a PSR.

Os profissionais nos últimos meses encaminhados ao Consultório na Rua, a maioria foi encaminhado como forma de punição por ter dado problema em outras UBS. A maioria dos profissionais de nível superior que ingressaram e depois saíram não tinham vivência e embora tivessem especialização na área não tinham o menor tato com população em situação de rua. (trabalhadora 05).

De acordo com esta fala, a presença de trabalhadores sem habilidades para com a PSR também pode estar relacionada ao uso do CnaR, pela gestão como espaço de punição dada a insatisfação para com os trabalhadores. Levando a considerar que possam existir trabalhadores que não estejam ali por vontade própria.

É preciso abrir um parêntese aqui para identificar outro viés da estigmatização para com a PSR e para a desvalorização do CnaR, que leva a ser considerado como um espaço de punição para os trabalhadores. Pereira (2016) a partir de seu estudo no campo da Assistência Social, mais especificamente em um Centro Pop, também apresenta um dado muito próximo desta presente pesquisa, quando identifica que um dos perfis dos funcionários deste serviço era trabalhadores que embora já possuíssem alguma experiência com a PSR, foram transferido para o Centro Pop como forma de punição, como se este serviço exigisse uma prática penosa e repugnante.

Ainda, para a liderança do MNPR os trabalhadores de saúde deveriam ser servidores públicos com perfil para trabalhar com a PSR, e cita a escuta e o trabalho intersetorial, como principais princípios a serem adotados na implementação.

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

Eu sou muito a favor dos servidores e pelo, 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 né? Eu acho que os princípios seriam servidores com perfil mesmo né? Que é.... não adianta

só ser servidor, tu ser concursado, mas que tu tenha perfil para trabalhar nesses programas. Né? Eu acho que o principal é tu ter a escuta, escutar, né... (Liderança MNPR).

De acordo com a Constituição Federal de 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, compreendemos que a liderança do MNPR defenda que os trabalhadores envolvidos na implementação do CnaR devam ser servidores públicos concursados, ou seja, que prestam serviços à Administração pública direta, e com perfil para trabalhar no programa. Indicando principalmente a capacidade de escuta para com os usuários. Em outras palavras, essa fala concorda com a necessidade de perfil indicada por outros entrevistados, mas também inclui a defesa do implementador enquanto servidor público e que possui uma função pública.

De acordo com Lotta (2019), para a análise da implementação das políticas públicas é preciso incluir o olhar para os 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 e para os valores e referenciais existentes nesta interação entre diferentes atores.

D'Ascenzi e Lima (2013) incluem nesse plano de análise a variável cognitiva, que diz respeito a 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 específicos, e no plano que será interpretado e adaptado a realidade local.

De acordo com Machado (2018) é escasso as referências bibliográficas e os documentos oficiais que indiquem diretrizes para a organização do trabalho do

CnaR ou para a formação de profissionais voltados para essa população. Por esse motivo, um dos objetivos deste 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 trabalho em rede. Esses componentes apresentados pelo autor dialogam com os dados desta pesquisa, quando os sujeitos atribuem ao perfil: a habilidade de escuta; a atitude de respeitar a liberdade dos usuários, conhecimento e habilidade para trabalhar com a redução de danos; entre outros.

Mas quando os sujeitos e a literatura falam de perfil, o que estão considerando? Se ponderarmos o perfil profissional podemos considerar as características dos trabalhadores como idade, sexo, cor/etnia, formação, tempo de experiência, como também as habilidades e competências para o trabalho. Porém compreendemos que a maior parte das falas dos entrevistados 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 programa e do SUS. Ou seja, na perspectiva pública de atendimento as 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 a variável cognitiva que impacta substancialmente na implementação do programa. E a Educação no trabalho em saúde pode propiciar os espaços para ajustes da função pública dos implementadores.

Dada a necessidade de um perfil, que garanta uma estabilidade da função pública, além de habilidades e competências para trabalhar com a PSR, acreditamos ser essa uma responsabilidade do Estado em formar esse perfil. Ou seja, deslocamos o personalismo da ideia de perfil, por afirmar que é através da educação do trabalho em saúde e pela garantia do funcionalismo público que iremos garantir e formar esse perfil.

Embora em dois municípios dentre os casos estudados, Município 1 e no Município 2, foram identificados Escolas de redução de danos (considerada um dispositivo da educação permanente para qualificar as equipes), a avaliação com

todos os CnaR no atributo Educação no trabalho em saúde foi um dos atributos que recebeu mais avaliações insatisfatórias, o que demonstra ainda mais a necessidade de melhorar o planejamento e execução da Educação permanente.

O imperativo da Educação permanente também se atribui pela diversidade do vínculo trabalhista dos sujeitos e por terem experiências de trabalho com a PSR anteriores ou não. Sobre o vínculo empregatício dos 42 trabalhadores(as) que responderam ao questionário: 22 são estatutários; 9 PSS/Celetistas; 8 temporários e 3 indicaram ser contratado por empresa terceirizada/ empresa não governamental. Em relação a experiências anteriores ao CnaR: 23 disseram não possuir outras experiências de trabalho com a PSR; 17 disseram que possuem e 2 não responderam a esta questão.

A preocupação dos sujeitos quanto ao perfil dos trabalhadores e quanto a necessidade de maior consistência na normatização da operacionalidade do programa, faz sentido quando entendemos que a discricionariedade é exercida a partir desses elementos. Além destes podemos elencar outros fatores que influenciam a discricionariedade como: regras da categoria profissional; expectativas dos usuários; dentre outros. Ou seja, muitas coisas influenciam o processo decisório dos implementadores.

Na medida em que interagem com as situações reais, diariamente os burocratas envolvidos no processo de implementação lidam com conflitos entre o que era previsto e o que o contexto traz de novo e lhes exige soluções novas e adaptadas. Essas soluções, na prática, conformam o que a política de fato é: a somatória das pequenas decisões tomadas pelos vários burocratas envolvidos na implementação. É por isso que dizemos que são os burocratas de nível de rua que de fato fazem as políticas públicas na prática (LOTTA, 2019, p.31-32).

Por isso concordamos com a autora quanto a 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 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).

6.2 A PRÁTICA INTERSETORIAL NA IMPLEMENTAÇÃO

Em relação a variável da prática intersetorial, todos os coordenadores entrevistados e a liderança do MNPR, assim como os estudos revisados sobre o CnaR falam sobre os **impasses da articulação intersetorial** (JORGE E WEBSTER, 2012; PACHECO, 2015; SIMÕES *et al.*, 2017; FREITAS, 2017; FERREIRA, 2017; BORYSOW, 2018) 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 norteador, 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 a realidade, pois seu uso faz se restringe 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 SUS, o 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.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, 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 entre os serviços que atendam as especificidades da PSR; e a disputa de interesses entre as políticas.

A partir da pesquisa documental e empírica verificam-se lacunas na constituição da RAPS nos territórios dos municípios estudados seja pela falta de equipamentos ou pela falta de fluxos constituídos pela rede. Apontada por dois coordenadores entrevistados dos Municípios 02 e 04 essas lacunas se aplicam a falta de equipamentos assistenciais de extrema importância para o atendimento da PRS como as Unidades de acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil) e os serviços de iniciativas de geração de trabalho e renda. Entre os casos estudados existem poucos Residenciais Terapêuticos e poucas Comunidades Terapêuticas credenciadas no SUS. Somente o município 4 possui uma Comunidade Terapêutica credenciada e somente o município 3 possui Residenciais terapêuticos. A falta desses equipamentos dentre outros serviços que objetivam ações de acompanhamento longitudinal, que implicam na integralidade do cuidado e na perspectiva da desinstitucionalização e da atenção residencial de caráter transitório é uma das principais dificuldades apontadas pelos sujeitos da pesquisa no atendimento as necessidades da PSR.

De acordo com a liderança do MNPR a falta de serviços é um problema gerado pela falta 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 né. O que dificulta é a forma de o gestor ver esse programa, entendeu? Acho que é isso (Liderança do MNPR).

Como podemos identificar tanto na fala dos sujeitos como na pesquisa documental, o número de serviços componentes da RAPS implementados nos município é insuficiente. Somado a isso, a liderança também fala sobre as dificuldades de acolhimento nos instituições da assistência social, logo isso tem sido um grande problema enfrentados pelos CnaR no acompanhamento da PSR.

As dificuldades no trabalho intersetorial com a Política de Assistência Social também são destacados pelos sujeitos entrevistados, seja pela falta de serviços como o Caso do município 2 que não possui Centro Pop, assim como a falta de fluxos e de interesses comuns entre os serviços.

Nas entrevistas com os coordenadores também é possível identificar algumas dificuldades com o trabalho intersetorial na saúde e principalmente com as UBSs. Esses impasses estariam relacionados a 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. Então você vê falas [...] e eu sei que acontece em outros centros de saúde... da pessoa ser deslocada para o Centro de Saúde ### pra que ela tenha.. esse acolhimento no Centro de Saúde ###. É... o que não tá correto né? Toda equipe tá responsável por atender esse paciente que faz parte do seu território, se ele tá pernoitando ali em torno do seu centro de saúde, é esse centro de saúde que deve acolhê-lo e não o centro de saúde ### como a grande maioria tem feito. Ainda fazem bastante. É... existe o trabalho na rede para que os coordenadores tenham ciência disso, e eu acredito que os coordenadores tenham essa ciência sim, mas às vezes até o profissional que faz o acolhimento na porta, é... tenta dar um jeito de não se envolver com esse paciente. (Coordenador município 04).

A fala deste coordenador além de reafirmar os impasses encontrados em relação a falta de fluxos e ao estigma sofrido pela PSR, nos dá ainda mais elementos de análise sobre a importância de estratégias que devem estar presentes nesse processo de articulação do cuidado em saúde compartilhado,

como a educação permanente dos trabalhadores da UBSs. Pois mesmo que os coordenadores das UBSs estejam cientes dessa responsabilização do acolhimento, como o sujeito considerou, os trabalhadores da ponta é que irão por em prática, ou não, este acolhimento diariamente.

De acordo com Duarte (2004), no campo da construção do cuidado intersectorial da saúde da PSR e em específicos daqueles que fazem uso de SPA, agrega-se um forte componente moralista e estigmatizante, na forma de repressão e culpabilização dos usuários.

Esses dados reafirmam a presença da variável cognitiva no processo de implementação das políticas, que agem como mediadoras entre as intenções compreendidas no plano e sua apropriação nos locais. As diferentes compreensões encontradas entre os implementadores de uma mesma política podem gerar conflitos e embates entre os implementadores no processo de decisão (D'ASCENZI; LIMA 2013), que impactam diretamente no atendimento do usuário das políticas.

Em relação a falta de fluxo entre os serviços, de acordo com um dos entrevistados, pode estar relacionada a 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 intersectorial. De acordo com a entrevistada é sempre necessário estar explicando e reafirmando o que o CnaR faz e não faz. Principalmente quando há perspectivas higienistas nos processos de trabalho.

[...] essa questão da... 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, né, a gente respeita a opção deles que é, e trabalha com eles na.. no espaço da rua. E as pessoas não conseguem entender. A gente vai, faz reuniões, a gente vai em cada rede e explica que o trabalho não é esse, que a gente trabalha na rua com eles, leva a saúde deles 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 trabalharem 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.

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 da PSR, pois este deve ser gestado frequentemente por meio da interlocução entre os serviços de saúde mental, serviços da política de assistência social. Compreendo 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 a este a acesso a outros níveis de assistência.

A intersetorialidade é um dos eixos estruturantes da PNPRS que por meio da interlocução das políticas públicas busca estruturar uma rede de proteção a PSR. O 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 (BORISOW, 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 RD, AB e da SM na implementação do CnaR. Nesse sentido a centralidade no território busca superar modelos tecnicoassistenciais estáticos que divergem dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, filiadas a desinstitucionalização (ROTELLI, 2011) 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.

Nesse sentido, o primeiro desafio que podemos elencar como requisito na constituição do cuidado em sua integralidade é o reconhecimento das UBSs e a prática efetiva da responsabilização do acolhimento da PSR. Outro desafio de acordo com a fala dos sujeitos é a garantia da constituição da RAS e da RAPS por meio da implantação dos componentes assistenciais nos municípios de acordo com as necessidades locais. Além disso, é necessário sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o atendimento da PSR. Outro desafio é criar colegiados com a participação de diversos atores que pactuem diretrizes convergentes com o cuidado em saúde centralidade do território. Ou seja, é preciso a constituição de espaços democráticos para tencionar o estado no processo de construção e consolidação da intersetorialidade, a partir de novos desenhos gerenciais com base em um novo paradigma de modelagem da gestão pública.

6.3 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO INSTITUCIONAL

Em relação ao monitoramento e avaliação da implementação do programa, conforme os dados obtidos nesta tese, podemos afirmar que não houve até então no âmbito nacional e em específico na região Sul, algum processo de **avaliação** institucional do programa pelos Estados, pela DAB e pelo DENASUS, conforme designado pela portaria de implementação do Programa. De acordo com o estudo de caso, identificamos o Município 3 que tem articulado por meio da gestão municipal a avaliação do programa junto aos indicadores da população geral. E a

coordenadora do CnaR do município 2 que afirmou ter tido um primeiro encontro com um representante do Estado para iniciar um processo de monitoramento e avaliação, mas este teria sido interrompido pelo contexto da Pandemia. Aspecto também presente no Plano de Saúde do Município 2 quando apresenta a avaliação e o monitoramento da qualidade dos atendimentos enquanto uma das metas. O que nos indica que ainda há um longo caminho a se trilhar na construção do processo de avaliação institucional do CnaR.

A pertinência e necessidade da realização do monitoramento e avaliação a respeito da implementação da PNSR e do CnaR junto as instâncias de controle social, também tem sido pauta da organização dos sujeitos implicados com a política. Encontramos essas demandas descritas em uma das atas recentes do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o resumo executivo da reunião ordinária nº325 do CNS⁶⁹, em que delibera por unanimidade as seguintes propostas:

[...] 1) elaborar recomendação, direcionadas aos seguintes órgãos, com o seguinte teor: [...] c) aos Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, recomendando debate sobre a política da população em situação de rua, para avaliação e diagnóstico sobre alocação de recursos, responsabilidade dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal na implantação dessa política; e d) à Prefeitura do Rio de Janeiro, recomendando a revogação do Decreto nº 46314, de 2 de agosto de 2019, que autoriza a internação involuntária a população em situação de rua dependente química, sem prévia autorização judicial (a minuta de recomendação foi apreciada no último item da pauta); 2) promover diálogo entre as comissões do CNS [...] sobre o tema “população em situação de rua consultórios na rua e de rua” com vistas aos seguintes encaminhamentos: solicitar estudo sobre o impacto e monitoramento de implementação da proposta de consultórios na rua e de rua, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e elaborar nota técnica a partir do debate das comissões (a proposta é pactuar o documento na próxima reunião das coordenações das comissões do CNS)(CNS, 2020, p.4-5).

Recomenda-se que os conselhos de direito no campo da saúde coloquem em pauta a PNPSR e as responsabilidades dos gestores para avaliação e diagnóstico da alocação de recursos. E em relação ao CnaR recomenda-se um estudo avaliativo sobre o impacto da implementação do programa a ser pactuado junto a CIT.

⁶⁹http://conselho.saude.gov.br/images/Atas_e_Resumo_Executivo/resumo_executivo/2020/RE_da_325.pdf

Outra questão importante pontuada neste documento é a discordância do CNS frente as práticas higienistas deliberadas por uma gestão municipal, por meio da autorização de internação involuntária dos usuários de SPA. Esses achados confirmam nosso pressuposto dos impactos encontrados na implementação do CnaR através dos limites políticos, técnicos e estruturais, acometidos pela política de governo neodireitista que deslegitima as políticas sociais de identidade pública e universal, o que contribui ainda mais para a estigmatização da PSR e ao fortalecimento de modelos assistenciais imbuídos de práticas fragmentadas, baseadas no modelo de medicina curativo e higienista.

A falta de monitoramento e avaliação também afeta a fiscalização e a ingerência dos municípios frente ao mau uso do recurso público e o não atendimento das necessidades da PSR como aponta uma das coordenadoras na seguinte fala:

Nós não temos o Centro POP [...] foi feito o projeto, veio a verba e eles não colocaram em prática, a Assistência Social, ai eles acabarem perdendo e tiveram que devolver o dinheiro (Coordenadora município 02).

A falta de monitoramento e avaliação, já identificada na pesquisa documental vai ao encontro de resultados da pesquisa empírica. Dos quatro sujeitos coordenadores entrevistados, três afirmaram que não realizam avaliação sistemática do programa, apesar de se empenharem com o planejamento das ações e fazerem o repasse dos registros de atendimentos para a gestão. Em relação aos questionários das 46 respostas, 36 trabalhadores disseram não participar de nenhum espaço de monitoramento e avaliação de políticas e 10 disseram participar. Dentre estes que disseram participar, citaram como espaços o CIAMP, Conselho de gestão, conselhos de saúde e grupo de militâncias dos trabalhadores do CnaR.

Em relação ao tema também tivemos dois trabalhadores que descreveram suas opiniões nos questionários, quando perguntamos se mudaria alguma coisa do desenho original do programa:

Fiscalizar se o município viabiliza aos profissionais veículo de uso exclusivo adequado às necessidades da equipe, [...] Fazer cumprir o incentivo financeiro às equipes (trabalhadora 05).

Os recursos financeiros repassados pelo ministério da saúde para manutenção do programa no município deveriam ser de uso exclusivo nos serviços CnaR, o que não ocorre na prática (Trabalhador 07).

De acordo com duas falas a necessidade da avaliação e monitoramento do programa é emergente dada a necessidade de fiscalização do uso e gerenciamento pelo município do recurso exclusivo do CnaR repassado fundo a fundo. Indicando que o recurso não esteja sendo utilizado para exclusividade da implementação e manutenção do programa.

A falta de monitoramento e de indicadores que se aproximem da realidade e necessidades da PSR, também é reafirmada por um dos trabalhadores.

Acredito que faltam indicadores de processo que se aproximem mais da complexidade do trabalho desenvolvido nos consultórios. Existem diretrizes maravilhosas que se perdem na operacionalização devido à sobre valorização de um produtivismo irracional que não dialoga com as necessidades das pessoas/território (Trabalhador 02).

Essa fala vai ao encontro dos resultados encontrados, seja na falta de indicadores, na inconsistência da operacionalização das ações das equipes na formulação do programa, seja pela influência de uma perspectiva produtivista de gestão das políticas para com os resultados esperados.

6.4 EFEITOS E RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO

Outra variável importante a ser destacada na análise dos casos, e um dos objetivos específicos da tese são os **efeitos ou resultados** identificados pelos coordenadores dos programas e pela liderança do MNPR, na implementação do programa. Durante as entrevistas dois coordenadores dos Municípios 01 e 04, afirmam que o estabelecimento de vínculo e a busca do usuário pela equipe de CnaR é um dos efeitos da implementação. É importante considerar que ambos coordenadores estão há pouco tempo na equipe e apesar de não terem resultados mais precisos a partir de processo de avaliação e monitoramento, estes tem sido os resultados identificados.

O município 1 considerando que ficou um período sem equipe, demonstra que a atual equipe está em fase de construção de vínculo com os usuários e com a rede de serviços do município.

Já a coordenadora do município 2 que está há mais tempo na equipe, dentre os outros sujeitos entrevistados, identifica como resultado o acompanhamento longitudinal dos usuários e o desenvolvimento do acompanhamento em saúde realizado, destacando a prática de redução de danos adquirida pelo usuário ao longo do acompanhamento, e a retomada dos laços familiares e comunitários. Dessa forma, podemos considerar que o município 2 está numa fase que temporalmente já vem construindo há alguns anos o vínculo com os usuários e com a rede no território, o que possibilita resultados no acompanhamento longitudinal dos usuários.

A coordenadora do município 3 identifica que suas experiências anteriores na coordenação de outros serviços da rede psicossocial no município, possibilitou uma visão ampliada de como o CnaR poderia estar inserido na rede de atenção à saúde no Município. Dessa forma, para a coordenadora a constituição de ofertas mais equânimes nos serviços de saúde, a constituição de fluxos bem definidos e articulação com a rede de serviços no município, são alguns dos principais efeitos da implementação do programa. Além dos resultados perante o processo de monitoramento e avaliação realizado junto aos indicadores de saúde da população em geral do município. Nesse sentido, podemos considerar que o Município 3 apresenta resultados importantes, tanto para a constituição de uma possível linha de cuidado à PSR no município, como para a construção de indicadores de saúde da PSR, ainda que estes indicadores inicialmente estejam relacionados à população em geral.

Podemos considerar que essas percepções dos coordenadores a cerca dos resultados vão ao encontro da fala da Liderança do MNPR quando destaca a redução de danos enquanto uma linguagem recíproca entre usuários e equipe de saúde. E ainda considera que o afeto, a construção de vínculo com a equipe também reduz os danos e amplia as condições de vida dessas pessoas:

Eu sou resultado, tá ligado? Minha companheira é resultado do cuidado do profissional do Consultório na Rua. Amigos meu que quase morreu 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 ### ela também

trabalha na própria linha da redução de danos, que é isso que é o grande diferencial do Consultório na Rua. Ele não faz apologia, ele não criminaliza, mas ele faz uma política de redução de danos com a galera que usa drogas, entendesse? [...] Eu vou te contar uma coisa muito interessante. Quando a gente sai da casa... é sai da marquise, e vai pras casas, quando aluga uma casa, trabalha dentro de um projeto terceirizado numa ONG, recebo meu salário... Como é difícil, companheira, pra nós, que já temos esse vínculo já com a galera do Consultório na Rua, se vincular com posto de saúde. Meu deus do céu! Isso é muito difícil. Isso mostra o afeto. E o afeto reduz danos. Entende? Então um pouco do resultado é esse. Essa política funciona sim. Esse programa dá certo sim (Liderança MNPR).

Dessa forma, consideramos que esses dados e principalmente esta fala da liderança dialogam com um dos pressupostos desta tese de 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.

Ao desenvolver ao longo do capítulo, a análise dos quatro casos selecionados é possível afirmar que há uma relação entre a classificação dos CnaR e os efeitos apresentados nos casos em suas particularidades. O caso 3 “Mocó” foi um dos CnaR que obteve uma das melhores classificações e no estudo de caso é o único dentre os demais que realiza o monitoramento e avaliação dos resultados do programa. E em relação aos efeitos é o caso que apresenta mais elementos na constituição de uma possível linha de cuidado para a PSR no município, pois tem pactuado a garantia do acesso a PSR com a rede assistencial de forma integral e equânime, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado. E dentre os casos é o município que possui mais componentes da RAPS.

O caso 2 “Papelão” foi um dos CnaR que apresentou uma classificação mediana. E no estudo de caso apesar de apresentar resultados significativos no cuidado longitudinal, por meio dos efeitos da prática da redução de danos na vida dos usuários, apresenta muitas dificuldades na constituição do cuidado compartilhado com a rede de serviços no município. Tanto pela falta de componentes para a constituição da RAPS, como pela estrutura operacional hierárquica, que não propicia uma pactuação entre a gestão por meio de fluxos assistenciais que garantam o acesso da PSR.

O caso 1 “Fundo de Vale” e o caso 4 “Marquise” estão entre os CnaR que obtiveram uma baixa classificação e no estudo de casos são os que apresentam a constituição do vínculo com os usuários, enquanto principal efeito da

implementação. Porém, também apresentam dificuldades na gestão do cuidado compartilhado, seja pela falta de componente da RAPS e pela falta de pactuação da gestão que busque a garantia do acesso da PSR.

Outra questão importante a ser considerada é a repercussão da fala da liderança do MNPR em relação aos casos estudados. A constituição de vínculo entre trabalhadores e usuários, as diretrizes da redução de danos, o cuidado intersetorial, entre outros elementos componentes da implementação do programa, defendidos pelo MNPR, receberam destaques nos casos, mesmo que de formas diferentes dadas às particularidades locais.

Dentre as particularidades locais apresentadas pelos casos estão: a Escola de redução de danos no município e a estrutura de banho/higiene pessoal no CnaR para os usuários no município 2; o Programa de redução de danos no município 1 que incluem redutores de danos nas equipes da atenção básica; a coordenação do CnaR do município 4 é a mesma coordenação da equipe da UBS no qual o CnaR está alocado; o médico do CnaR que é financiado pelo município 4; e o município 3 o único que 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.

Compreendemos 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 a falta de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, para com o objetivo de proporcionar atendimento as necessidades básicas da PSR no município.

A problematização dos casos também se desenvolveu a partir de grupo de variáveis. Dessa forma, além das variáveis independentes (indicadores de eficácia) em sua maioria identificada na primeira etapa da coleta de dados através do conjunto de municípios da amostra, por meio das entrevistas destacamos fatores das variáveis intervenientes e variáveis cognitivas, que interferem no processo de implementação: os referenciais e princípios adotados na implementação; a prática intersetorial e a avaliação e o monitoramento da implementação.

Os referenciais e os princípios adotados para implementação citados pelos entrevistados condizem com as diretrizes do programa. E no entendimento de

grande parte dos sujeitos, para trabalhar com a PSR é preciso ter habilidades e capacidades específicas para tal, o que denominam de perfil. Considerando que o exercício da discricionariedade e a variável cognitiva estão presentes na análise do processo de implementação, compreendemos que é responsabilidade do estado garantir a estabilidade da função pública destes trabalhadores e a formação do perfil, voltado ao atendimento as necessidades de saúde da PSR, de forma equânime e integral, lançando mão principalmente do cuidado em saúde sobre o prisma da redução de danos.

De acordo com os dados desta pesquisa, a prática intersetorial foi destacada pelos impasses gerados pela 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 a imprescindível articulação entre as políticas e suas bases em diferentes saberes e práticas. Dessa forma, os desafios dessa pactuação de acordo com os dados estão relacionados: a criação de colegiados que pactuam o cuidado em saúde no território; que as UBSs se responsabilizem efetivamente pelo acolhimento da PSR; que o município garanta 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.

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

7. CONCLUSÃO

Esta presente tese, por meio da pesquisa avaliativa do Programa CnaR na região sul do país buscou apresentar diversas reflexões a cerca do processo de implementação do programa e os desafios postos para garantia do atendimento das necessidades em saúde da PSR.

Por meio da identificação e análise dos fatores que distanciam os objetivos e a implementação do programa, buscamos contribuir com reflexões e conhecimentos para a tomada de decisões, para o aprimoramento do desenvolvimento das políticas, melhoria da aplicação de recursos, identificação de seus impactos, entre outras questões oportunas para o debate público e de desenvolvimento da avaliação de políticas e programas.

Em relação ao processo de construção da pesquisa é importante destacar inicialmente os desafios encontrados para avaliar o programa. A escassez de dados estatísticos sobre a PSR, a falta de clareza nos documentos oficiais para operacionalização do programa, assim como a falta de indicadores, trouxeram grandes desafios para o processo avaliativo, pois demandou construir parâmetros para tal. Para isso construímos o Quadro metodológico avaliativo, para que pudéssemos agrupar e adaptar os critérios elegidos como essenciais para a avaliação da implementação do programa. Por isso a participação e fala dos sujeitos entrevistados – trabalhadores(as), coordenadores(as) e liderança do MNPR - foram essenciais nesse processo, dada as particularidades do trabalho desenvolvido para com a PSR.

É preciso reconhecer o êxito com a quantidade de respostas que obtivemos na coleta de dados por meio do questionário eletrônico com os trabalhadores, no qual de 100 sujeitos da amostra, 45 responderam a pesquisa, sendo 42 respostas válidas, o que demonstram uma disposição desses(as) trabalhadores(as) em participar e corroborar com processos avaliativos e pesquisas científicas no campo, o que garante ao estudo certa confiabilidade e representatividade.

Conforme identificamos na pesquisa bibliográfica sobre os estudos a respeito do CnaR no Brasil e em específicos aqueles que se propõe a avaliar a implementação do programa, a maioria dos estudos parecem estar mais próximos

de uma análise do programa, pois não apresentam ou não deixam claro as opções próximas aos enfoques avaliativos da pesquisa.

Os resultados desta presente tese também demonstraram que, apesar de algumas iniciativas municipais para com a avaliação da implementação do programa elas têm relacionado aos indicadores da população em geral, e no âmbito federal e estadual não há processos avaliativos do programa.

Considerando os pressupostos dessa pesquisa, apresentados na introdução desta tese, que conduziu todo o processo de sua construção, é possível confirmar os determinantes elencados ao processo de implementação do Programa, de forma que - **primeiro pressuposto**- os interesses do projeto político neoconservador diz respeito a forma em que o Estado tem cedido aos interesses de acumulação do capital e deslegitimado as políticas e programas de cunho universal e equânime, que acomete programas como o próprio CnaR. Acometidos por limites estruturais e políticos, seja na formulação, implementação e na avaliação das políticas e programas, os municípios não recebem os devidos incentivos para a constituição e manutenção de uma rede de serviços que atenda as necessidades de saúde da PRS de forma integral. Acometido por limites no processo de gestão, os(as) trabalhadores(as) tem encontrado um campo híbrido de gestão pública a partir de distintas propostas vinculadas a diferentes projetos societários em disputa: a democrática e o gerencialismo, como exposto no segundo capítulo .

Segundo pressuposto: a disputa de diferentes racionalidades e modelos assistenciais presentes historicamente na operacionalização do Sistema Único de Saúde é experimentada pelos(as) trabalhadores(as), coordenadores(as) e usuários(as) no processo de implementação do CnaR. Visto que, apesar da consolidação do SUS apoiar-se em modelos assistenciais sustentados pelo princípio da universalidade e da concepção ampliada de saúde, enfrenta grandes desafios com a realidade dos serviços públicos de saúde imbuídos de práticas fragmentadas, baseadas no modelo de medicina curativo e privatista. Identificando as contradições de dois extremos, entre uma lógica biomédica de encarceramento e higienização dos corpos e outra que busca a operacionalização e materialização dos princípios do SUS, que valoriza o respeito à autonomia e liberdade dos usuários, em processos que perpassam dentro ou fora das instituições de saúde.

Dessa forma, e conforme exibido no quarto capítulo a implementação do CnaR tem encontrado um terreno de disputa entre paradigmas epistemológicos.

Terceiro pressuposto: o estigma vivenciado pela PSR perpassa pelo não reconhecimento do Estado e da sociedade sobre os modos de vida, de seus direitos e de suas necessidades sociais. De acordo com os dados desta pesquisa o estigma é materializado muitas vezes por meio das barreiras de acesso à saúde, seja pela falta de conhecimento e disponibilidade dos trabalhadores e falta de capacidade dos serviços para o acolhimento dessa população. O estigma vivenciado pela PSR leva ainda, a desvalorização do Programa CnaR, pois este é considerado politicamente menos importante para a gestão. Essas barreiras implicam dificuldades na implementação do Programa CnaR, pois dificulta a interlocução entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial, levando os trabalhadores do CnaR a se sentirem isolados e solitários, com dificuldades em construir o cuidado em saúde de forma integral e intersetorial.

A falta de visibilidade do programa na composição da rede de serviços de saúde dos municípios, identificada na fala dos sujeitos, também foi percebida durante a coleta de dados. Na ocasião muitos trabalhadores das SMSs desconheciam a existência do programa nos municípios ou não sabiam informar o contato de referência. E essa também foi uma das dificuldades para que pudessemos contatar e convidar diretamente os(as) trabalhadores(as) das equipes para participarem da pesquisa.

Por meio da participação dos(as) trabalhadores(as) de 18 CnaR da região sul, avaliamos os atributos a eficácia da implementação do programa. A partir dos resultados é possível afirmar que de forma geral os CnaR foram bem avaliados, pois em sua maioria os atributos receberam avaliações satisfatórias e pouco satisfatórias. Porém é importante destacar os atributos que mais receberam avaliações insatisfatórias: o processo de capacitação e a do veículo de transporte. A análise da avaliação insatisfatória destes atributos faz parte da identificação dos fatores que tem distanciado o principal objetivo do Programa e a sua implementação propriamente dita, que corresponde garantir o acesso da PSR aos serviços de saúde e a promoção da equidade.

No que compete ao cruzamento dos dados, estes permitiram que identificássemos as correlações e a similaridades dos CnaR com melhores

classificações, tendo em comum a presença do médico nas equipes, a avaliação do atributo “processo de capacitação”, mesmo que pouco satisfatória e as avaliações satisfatórias dos atributos “ações compartilhadas com as UBSs” e do atributo “veículo”.

A configuração da desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde pela PSR, encontradas na pesquisa, tem se apresentado pelo estigma; pela não inclusão do atendimento da atenção básica no período noturno; pela insuficiência de recursos humanos, em destaque a categoria médica; pela disputa de diferentes racionalidades no campo da saúde; pela falta de capacitação continuada dos trabalhadores; e pelos impasses da prática intersetorial entre as políticas.

Esses resultados demonstram que os CnaR melhores avaliados apresentam aspectos relacionados ao peso do desempenho e suficiência dos sistemas logísticos e operacionais e da gestão do processo de trabalho na implementação do Programa. Compreendemos que a falta de financiamento é um dos fatores que interferem na materialização desses processos. Porém, contraditoriamente a falta de financiamento tem sido justificada pela exclusividade do atendimento em saúde à PSR a ser exercida pelo CnaR, o que não condiz com as diretrizes do Programa e do SUS.

Essa exclusividade também tem sido sustentada pelo processo de estigma sofrido pela PSR, pelo preconceito e pela falta de habilidade apresentado 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.

O programa propõe um aperfeiçoamento no atendimento a PSR, almejando uma mudança na gestão do cuidado, a partir de elementos teóricos e estratégias de implementação com a rede de serviços intersetoriais. É notório os elementos novos trazidos no processo de trabalho, tanto que como já afirmamos anteriormente, entre os temas mais estudados sobre o CnaR na literatura tem sido o “cuidado em saúde” e o “processo de trabalho”. Mas de acordo com os resultados dessa presente pesquisa, podemos afirmar que essa pretensão não apresenta algumas condições elementares, principalmente no que compete a garantia do

desempenho do sistema logístico e operacional e a gestão do processo de trabalho.

Ou seja, ao ser implementado nos municípios o programa tem encontrado limites principalmente na organização do aparato administrativo, na disponibilidade de recursos materiais, dos recursos humanos, e na disputa paradigmática dos modelos assistenciais na saúde, o paradigma flexeneriano curativista e o paradigma da produção social da saúde. Dessa forma, é a partir desses dois paradigmas em disputa que se ajustam a concepção e as respostas institucionais elaboradas para o atendimento à saúde da população em situação de rua.

Compreendemos que a constituição do Programa Consultório na Rua, assim como o Programa Saúde da Família são apostas dessa transição paradigmática na saúde. Ou seja, a sua operacionalidade no sistema de saúde pública busca uma coerência do modelo assistencial da atenção básica com a ótica da produção social da saúde.

A substituição de modelos assistenciais tradicionais, pautadas no modelo biomédico exige um processo de transição paradigmática e a implementação do CnaR tem contribuído para essa transição quando inaugura novos modos de fazer a gestão do processo de trabalho em saúde e persiste na garantia do acesso à saúde da PSR de forma equânime. Buscando articular a promoção e prevenção de saúde não só pelas questões biológicas, mas também pelos determinantes sociais que se apresentam no contexto de vida da PSR, seja dos riscos associados a falta de moradia, da violência sofrida nas ruas, do estigma, dos vínculos familiares interrompidos, do desemprego, dentre outros aspectos já citados ao longo desta tese.

Apesar 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, gerando o redesenho do programa ou até mesmo das diretrizes, a inconsistência na formulação operacional do programa CnaR, também é um elemento que interfere na clareza dos objetivos e recursos necessários a sua implementação, o que tem tornado a implementação do programa nos municípios estudados de forma múltipla e por vezes conflituosa.

Conflituosa principalmente no que diz respeito a prática intersetorial, pois de acordo com os resultados dessa pesquisa, os trabalhadores do CnaR precisam constantemente reafirmar seus objetivos e persistirem na construção do cuidado

compartilhado junto ao território. É múltipla por que dada os diferentes contextos locais, os CnaR apresentam medidas adaptativas pois encontra limites nas condições institucionais do município em relação a rede de atendimento, que deveria proporcionar atendimento as necessidades básicas da PSR.

Portanto, diante do exposto nessas conclusões apresenta-se a tese resultante desta pesquisa: *O Programa CnaR na região sul do país obteve bom desempenho na avaliação de processo do período estudado. Porém, a partir da avaliação dos atributos e da análise do contexto local, é possível afirmar que os fatores que distanciam o objetivo do Programa da sua implementação estão relacionados principalmente a dificuldades no sistema logístico e operacional e na gestão do processo de trabalho, o que exige avanços no desempenho desses aspectos e a consolidação de processos de monitoramento e avaliação institucionais de forma permanente, com intuito de aprimorar o desenvolvimento do Programa. No entanto, ainda que pesem as dificuldades identificadas por parte dos sujeitos no processo de implementação, o Consultório na Rua à luz das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Redução de Danos tem contribuído para a garantia do acesso da população em situação de rua à rede de atendimento da saúde e gerado efeitos na redução das iniquidades em saúde.*

Por fim, esperamos que esta presente tese possa contribuir com novos estudos e pesquisas avaliativas das políticas sociais e em específico ao programa CnaR, compreendendo que a avaliação de processo é fundamental para a implementação na perspectiva de ampliação da eficácia e da implementação de seus objetivos de fato.

REFERÊNCIAS

AGUILLAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2.ed. Petrópolis, Rj:Vozes, 1994.

Aguiar, M.M., Iriart, J.A.B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(1):115-124, jan, 2012.

ANDRADE, T.M. Redução de Danos: Um novo paradigma?. In: **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. EDUFBA, 2004. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%e7%e3o_de__danos-_um_novo_paradigma.pdf. Acesso em: dezembro de 2018.

ARREGUI, Carola. O debate sobre a produção de indicadores sociais alternativos: demandas por novas formas de qualificação. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 529-554, jul./set. 2012.

ARRETCHE, Marta T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: **Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate**. Org: Rico. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. Org: BARREIRA; CARVALHO. São Paulo:IEE/PUC-SP, 2001.

BACILA, C. R. Os estigmas a partir de duas obras inacabadas sobre preconceitos. In: **Revista Justiça e Sistema Criminal**, v. 7, n. 12, p. 329-354, jan./jun. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/eduma/Downloads/49-92-1-SM.pdf>. Acesso em maio de 2021.

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

BARREIRA, M. C.R.N. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo: Veras Editora, 2000.

BATISTA, M. V. Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 123 de 25 de janeiro de 2012.** Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro e 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.029 de maio de 2014.** Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Ação e gestão de informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. Rua: aprendendo a contar: **Pesquisa sobre a população em situação de rua.** Brasília DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em saúde.** Brasília, 2010.

BARBOSA, J. C. G. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua : desafios e aprendizados** Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília : IPEA, 2018.

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario ; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana.** *Saúde debate* [online]. 2015, vol.39, n.106, pp.841-854

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

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO EM SAÚDE. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em abril de 2020.

CAMPOS, GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área educacional. 2007. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP

CHASIN, J. **Estatuto ontológico e resolução metodológica**. São Paulo, Boitempo, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. In: **Interface, comunicação, saúde e educação**. v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2012.

CENTRO DE ASSESSORIA MULTIPROFISSIONAL (CAMP). **Mapeamento da população em situação de rua – região metropolitana de Porto Alegre**, 2017. Disponível em: <http://camp.org.br/files/2017/12/Mapeamento-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-FINAL.pdf>. Acesso em dez de 2020.

COSTA, Daniel de Lucca Reis. **A Rua em Movimento: Experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. 2007. 241 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; RAYNALD, Pineault. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. Mimeo, 1996. Versão revisada e traduzida de artigo publicado In: LEBRUN, T.; SAILLY, J.C.; AMOURETTI, M.; CREGE, L. (ed.). *L'Évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*. (Atas de colóquio). Montreal, Canadá, 1992, p. 14-32.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA EM; GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. IN: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1029-1042, 2011

DATAPEDIA. Disponível em: <https://datapedia.info>. Acesso em: Julho de 2022.

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

DUARTE. Afrânica H.C.D. **O Sistema Único de Saúde e seus alcances: Reflexões a cerca do processo de trabalho do Consultório na Rua**, 2018. Dissertação. Programa de Pós graduação em Serviço Social. PUCRS.

_____. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), 18(2), e34306. 2019. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>

Escorel S. **Vidas ao léu: uma etnografia da exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

FEUERWERKER . Cuidar em Saúde, In: **VER-SUS Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. – (Coleção VER-SUS/Brasil).

FERREIRA, Cintia P. S *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), ago, 2016.

FERREIRA, Norma S. A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. In: **Educação & Sociedade**, Campinas, ano 23, 79, p. 257-272. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>. Acesso em: Jan/2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. In: **Análise & Conjuntura**, v. 1, n. 3, Belo Horizonte, set./dez. 1986. Disponível em <https://picture.iczhiku.com/resource/paper/whksjoUKOudfEbXb.pdf>. Acesso em maio de 2021.

FRANCEZE, Cibele. Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. . In: **Política e gestão pública em saúde**. Org: Ibañes; Elias; Seixas. São Paulo: Hucitec Editora. 2011.

Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul; 2012[cited 2021 Oct 10].

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.

FARIA, Regina Marta Barbosa. Avaliação de Programas Sociais: Conceituação e abordagem metodológica. In: **Política e gestão pública em saúde**. Org: Ibañes; Elias; Seixas. São Paulo: Hucitec Editora. 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

GIONGO, C.R. **Cartilha população adulta em situação de rua de Novo Hamburgo**. Universidade Feevale, 2020. Disponível em: https://www.feevale.br/Comum/midias/381f0435-88af-4ecb-85d5-df358a020b6a/CARTILHA_final.pdf. Acesso em dez de 2020.

GIORGETTI, Camila. Moradores de rua: uma questão social? São Paulo: Fapesp. 2006

GONDIM. G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, 1980. Brasil, Zahar Editores. estigma (sociologia). In **Infopédia** [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2014. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman,erving.estigma_notasso-breamanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf. Acesso em maio de 2021.

GUIZARDI; CAVALCANTI. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção da democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1245-1265, 2010.

INSTITUTO COMUNITÁRIO GRANDE FLORIANÓPOLIS (ICOM); MOVIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE SANTA CATARINA. **Diagnóstico social participativo da população em situação de rua na grande Florianópolis**, 2017. Disponível em: <https://www.icomfloripa.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Diagn%C3%B3stico-Social-Participativo-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-na-Grande-Florian%C3%B3polis.pdf>. Acesso em dez de 2020.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. – (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013) Acesso em Jan. 2022. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf.

JARAMILLO Serna, J. A., Fernández Cifuentes, T. y Bedoya Sepúlveda, S. B. (2017). Habitantes de calle: entre el mito y la exclusión. In: **Revista Poiésis**, (32), 179-185. Disponível em: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2311/1748>. Acesso em dez de 2020.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. In: **Revista do Serviço Público Brasília** 56 (2): 137-160 Abr/Jun 2005.

JANNUZZI, P.M. A importância da informação estatística para as políticas sociais no Brasil. In: **Revista brasileira de estudos de população**. 2018; Belo Horizonte.

JUNGES, Estela M. G. **Construção da inclusão do Consultório na Rua no Programa Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**: elementos para o instrumento de avaliação externa. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014

KOGA, D. Medidas de Cidade: entre territórios de vida e território vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Editores, 2004.

LANZA; MIANI; ROCHA. **Pesquisa com a População em Situação de Rua Londrina – PR (2017 - 2019)**. ; DPE - PR; MP-PR; MNPR; PML; UEL; UNOPAR; Londrina, 2019. Disponível em: <http://www.dedihc.pr.gov.br/arquivos/File/2019/CIAMPRUA/RELATORIOFINALIONDRINAPESQUISAPopRua.pdf>. Acesso em: Dez de 2020.

LIMA; D'ASCENZI. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. In: Rev. **Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013

LIMA AFS, Almeida LWS, Costa LMC, Marques ES, Lima Junior MCF, Rocha KRSL. Recognizing the risks in the work of Street Medical Consultations: a participative process. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03495. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018022603495>

LIMA, JG. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. In: **Saúde debate** :Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 52-66, setembro, 2018.

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** /organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019.

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

MACHADO, M.P.M. Competências para o Trabalho no Consultório na Rua. In: Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), 2018.

_____. **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.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise da política educacional. **Ed. Soc.** Campinas, v.27,nº94, pp.47-69.

MARIANO, G.G. **Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa.**Dissertação. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

MARTINELLI, Maria Lúcia; KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. 14, n. 45, p. 137-141, ago. 1994.

MARTINEZ, Mariana. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: o caso de São Bernardo do Campo. In: **Novas faces da vida nas ruas**. Org. Martinez, São Carlos: Edufscar, 2016.

MELO, Tomas Henrique de Azevedo Gomes. **A Rua e a Sociedade: Articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. 2011. 194 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MEDEIROS; CAVALCANTE. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. In: **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.3, p.754-768, 2018

MERCADO; BOSI (organizadores). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. Disponível em: https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/32reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em Agosto de 2022.

MINAYO, Cecília de Souza (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25º Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. In: **Revista Brasileira de educação médica** 33 (supl.1):83-91; 2009.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Trabalho em Saúde. In: SANTANA, José Paranaçu de (Coord.). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário: Projeto GERUS**, Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1997. p. 182-186

NUNES, Rodrigo dos Santos. **Como a população em situação de rua está contemplada no processo de Vigilância Socioassistencial?**, 2019. Tese. Programa de Pós graduação em Serviço Social. PUCRS.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de enfermagem**. 158-64, 2013

OLIVEIRA, M. **Consultório de rua: Relato de uma experiência**. Dissertação de mestrado. Instituto de saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ORNAT, M. J.; SILVA, J. M. Território descontínuo paradoxal, movimento LGBT, prostituição e cafetinagem no sul do Brasil. **GEOUSP – Espaço e Tempo** (Online), São Paulo, v. 18, n. 1, p. 113-128 2014.

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

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi:Rio de Janeiro. 6^a Ed., 2003, p. 567-586.

PARKER, R. e AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, n. 1. Rio de Janeiro, ABIA, 2001. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf. Acesso em maio de 2021.

PALOMBINI, L.L. Moradores de rua e suas relações com o espaço urbano. In: **Para Onde!?**, 7 (2): 47-56, ago./dez. 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/paraonde/article/view/49926>. Acesso em: dezembro de 2020.

PEREIRA, L.F.P. No labirinto da gestão: desdobramentos do processo de institucionalização e transformação de moradores de rua em “usuários” dos serviços de Assistência Social. In: **Novas faces da vida nas ruas**. Org. Martinez, São Carlos: Edufscar, 2016.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. 2014

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 5^a ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Restruturação perversa dos fundamentos éticos da política social: do ethos solidário à moral egoísta. In: **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política: transfigurações da política social**. Org: Pereira. São Paulo: Cortez: Politiza, 2020.

PETUCO, D. R. S. **O Pomo da discórdia?: a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil**. Tese Doutorado. UFJF, 2016.

PIERANTONI, C.R.; VIANNA, A.L. Avaliação de Processo na Implementação de Políticas Públicas: a Implantação dos sistema de informação e gestão dos recursos humanos em saúde no contexto de reformas setoriais. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(1):59- 92, 2003

PINTO, H. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). In: **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, OUT 2014.

PRATES, Flavio Cruz; PRATES, Jane Cruz; MACHADO, Simone Araujo. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Revista temporalis**, Brasília, ano 11, n.22, p.191-215, jul/dez.2011.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. In: **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n.1, p.116-128, jan./jul.2012.

RATTON, J.L.; WEST, R. **Política de drogas e redução de danos no Brasil: o programa Atitude em Pernambuco**. Recife: NESP-UFPE, 2016.

RIGONI, Rafaela; BREEKSEMA, Jost; WOODS, Sara. **Limites da correria: redução de danos para pessoas que usam estimulantes**. Recife: Escola Livre de Redução de Danos, 2019

RIZZOTI, Maria Luiza Amaral; CORDEIRO, S.M.A.; PASTOR, M. (Org). **Gestão de Políticas Sociais: território usado, intersectorialidade e participação**. Londrina: Eduel, 2017.

ROSA, A.S.; SANTANA CLA. Street Clinic as good practice in Collective Health. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71(Suppl 1):465-6.

RODRIGUES, Ana Lucia (Org). **Pesquisa - Pessoas em situação de rua em Maringá-PR: Desconstruindo a invisibilidade (2015-2019)**. Universidade Estadual de Maringá, 2019. Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio-2015_a_2019.pdf. Acesso em dez de 2020.

ROTELLI, F., et. al. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS; PIRES. Políticas de cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Brasil: evolução histórica e desafios de implementação. In: **Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina : desafios e possibilidades de ação pública** / organizadores: Roberto Pires, Maria Paula Santos. – Brasília: IPEA; CEPAL, 2021.

SANTOS. M. Território e sociedade: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque; ROSA, Anderson da Silva. **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

SILVA; Maria Ozanira Silva. **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.

_____. (Org). **Programas de transferência de renda na América Latina e Caribe**; São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, P. L. B. (coord.). **Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários: relatório final**. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1999. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/369a97aabb94bf06109e4a75d21b45d1.pdf>. Acesso em maio de 2021.

SIQUEIRA, SAV. et al. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1397-1406, 2017

SIMÕES, Tatiana R. B. A. 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.

SOUZA, Maria Isabel Vázquez. El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. In: **Estudios de Psicología**, 16(3), setembro-dezembro/2011, 353-362. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/19.pdf>. Acesso em Dez de 2020.

SPOSATI, Aldaiza. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. In: **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100012. Acesso em: jan/2021.

STENZEL, ACB. **A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada** [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.

TANAKA; MELO. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ:Vozes, 2007.

TRAVASSOS; CASTRO. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.183-206.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VARGAS, E. R. ;MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista PanAmerican Salud Publica**, 42, 2018.

VARANDA, W. **Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua**. Tese de doutorado, São Paulo, 2009. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública.

VARANDA, W; ADORNO, RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em dezembro de 2018.

VIANA, A.L.d`Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. UFRGS. **Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS**. In: Relatório quanti-qualitativo realizado através de Contrato entre a FASC e a UFRGS / FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF). **Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua**. Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro. 2014. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2019/04/564-1-1.pdf>. Acesso em Jan.2022.

UNICAMP. **Documento Metodológico da Pesquisa Análise Qualitativa dos Programas Inovadores da Comunidade Solidária**. NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Caderno de Pesquisa N°42, 1999. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=106100>. Acesso em junho de 2019.

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

APÊNDICE A

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO ONLINE PARA OS (AS) TRABALHADORES (AS)

Copy of Pesquisa Consultório na Rua

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Prezado(a) Senhor(a): Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa "A avaliação qualitativa da implementação do Programa de Consultório na Rua da região Sul do país", a ser realizada de forma online. O objetivo da pesquisa é "Avaliar o processo de implementação do programa de Consultório na Rua na região Sul do país, a fim de contribuir com a efetivação do cuidado em saúde universal e integral da população em situação de rua". Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: respondendo a um questionário online com questões fechadas, inseridas em uma plataforma online. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O material coletado dos questionários, serão arquivados de forma segura e sigilosa por no máximo 5 anos e depois serão suprimidas. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os benefícios esperados são que os resultados da pesquisa possam contribuir com a implementação do programa com qualidade para efetivação do cuidado em saúde universal e integral da população em situação de rua. Quanto aos riscos, consideramos que esta pesquisa não apresenta desconforto ou riscos físicos, entretanto apontamos alguns riscos mínimos de ordem psicológica/ emocional, nos quais os sujeitos poderão sentir desconforto, estresses ou constrangimento em compartilhar informações pessoais e apresentarem a preocupação de suas falas serem reconhecidas na pesquisa, mesmo não sendo identificadas em nenhum momento pela pesquisadora. Nesse sentido, não precisa responder a qualquer pergunta durante o preenchimento do questionário e/ou durante a entrevista, caso se sinta desconfortável e/ou sinta que poderá ter sua fala reconhecida. Assim, comprometemo-nos em dar assistência integral aos sujeitos nas complicações decorrentes dos riscos previstos. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: pesquisadora responsável Afrânnia Hemanuely Castanho Duarte, Rua Floresta das Araucárias nº81 – Londrina PR, celular (43) 99366288, email: afrannia@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Li e aceito participar da pesquisa *

Sim Não

Equipe

Qual cidade você atua?

- Blumenal
- Cascavel
- Criciúma
- Curitiba
- Florianópolis
- Itajaí
- Joinville
- Londrina
- Maringá

- Novo Hamburgo
- Pelotas
- Porto Alegre
- Rio Grande
- Uruguaiana
- Viamão
- Outros

Qual é a modalidade da equipe que atua

- Modalidade I (no mínimo quatro profissionais)
- Modalidade II (no mínimo seis profissionais)
- Modalidade III (no mínimo seis profissionais + médico/médica)

Qual foi o ano de inauguração*Ex: 2002***Poderia informar seu email?****Há quanto tempo trabalha nela?****Você possui outras experiências de trabalho com a população em situação de rua anterior(es) ao CnaR**

- Sim Não

Qual profissão exerce na equipe?

- Agente Comunitário
- Agente Comunitário de saúde
- Agente Social
- Assistente Social
- Cirurgião dentista
- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo
- Profissional/professor educação física
- Profissional com formação em arte e educação
- Técnico de enfermagem/Aux. enfermagem
- Técnico de saúde bucal

Terapeuta ocupacional

Outros

Qual sua idade?

anos

Você se Considera

Mulher Homem Não binário

Qual seu vínculo trabalhista?

Estatutário/Concursado

PSS/Celetista

Temporário/Contrato

Equipe terceirizada/ empresa não-governamental

Você é coordenador(a) da equipe?

Sim Não

Qual é a SUA carga horária semanal de trabalho? (em horas)

Ex: 30

Que horas você começa para trabalhar?

Ex: 8

Que horas você sai do trabalho?

Ex: 13

Atuação da Equipe

Quantos profissionais no total atuam na sua equipe? (incluindo zeladores, seguranças...etc)

número

Quais desses(as) profissionais atuam na equipe? Marque mais de uma alternativa se necessário

Agente Comunitário

Agente Comunitário de saúde

Agente Social

Assistente Social

Cirurgião dentista

Enfermeiro

Médico

Psicólogo

- Profissional/professor educação física
- Profissional com formação em arte e educação
- Técnico de enfermagem/Aux. enfermagem
- Técnico de saúde bucal
- Terapeuta ocupacional
- Outros

Na sua equipe há algum trabalhador egresso da situação de rua?

- Sim Não Não sei responder

A equipe faz busca ativa?

- Sim Não Outro

Em quais turnos a equipe atua? Marque mais de uma alternativa se necessário

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Madrugada

Considere o turno mesmo que ele seja parcial.

Qual a carga horária semanal total da equipe?

Imagine a equipe como se fosse um indivíduo, quantas horas semanais ele trabalharia. Considere o tempo entre quem entra primeiro e sai por último no dia.

A periodicidade dos atendimentos as pessoas que fazem uso crack, álcool e outras drogas foi alterada pela pandemia?

- Sim
- Não
- Não sei responder

Qual a periodicidade dos atendimentos as pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas?

- Não são realizadas
- Semanais
- Quinzenais
- Mensais
- Bimestrais
- Semestrais
- Anuais
- Outra periodicidade

A ação política/estratégia de redução de danos faz parte das ações da equipe?

- Não faz parte
- Faz com pouca frequência
- Faz com média frequência
- Faz com muita frequência

Sua equipe realiza ações in loco de forma itinerante?

- Não realiza
- Realiza diariamente
- Realiza semanalmente
- Realiza quinzenalmente
- Realiza mensalmente
- Realiza semestralmente
- Realiza sob demanda (quando há convite)

As ações in loco foram alteradas por causa da pandemia?

- Sim
- Não
- Não sei

Quanto aos atendimentos, eles são:

- Individuais e em grupos
- Apenas Individuais
- Apenas em grupos

Os atendimentos são realizados com qual periodicidade?

	Diária	Semanais	Quinzenamente	Mensalmente	Outra periodicidade
Atendimentos Individuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimentos de Grupos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A periodicidade dos ATENDIMENTOS foi alteradas pela pandemia?

- Sim Não

E quanto as REUNIÕES realizadas em equipe:

- Elas não são feitas
- São feitas semanalmente
- São feitas quinzenalmente
- São feitas mensalmente

- São feitas bimestralmente
 São feitas semestralmente

A periodicidade das REUNIÕES foi alteradas pela pandemia?

- Sim Não

Entre os temas tratados nas reuniões, com que frequência os itens abaixo aparecem

	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre	Exclusivamente
Planejamento de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento de usuários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questões administrativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudos e discussão de caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elaboração de projetos terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No que concerne a educação continuada da equipe: Marque mais de uma alternativa se necessário

- Há uma programação sistemática de cursos
 Há cursos esporádicos
 Há incentivos à procura individual por cursos (progressão de carreira)
 Não há oferta
 Não há incentivo

Contato com a rede

Em relação ao contato/relacionamento com as UBS. Marque mais de uma alternativa se necessário.

- NÃO há ações compartilhadas
 A equipe utiliza as instalações quando necessário
 Há ações compartilhadas com a MAIORIA das UBS da cidade/território de referência
 Há ações compartilhadas com a MINORIA das UBS da cidade/território de referência
 Há ações compartilhadas com TODAS as das UBS da cidade/território de referência

Em relação ao contato/relacionamento com o CAPS e outros serviços que compõem a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial): Marque mais de uma alternativa se necessário.

- NÃO há ações compartilhadas
 A equipe utiliza as instalações quando necessário
 Há ações compartilhadas com a MAIORIA dos serviços da RAPS da cidade/território de referência
 Há ações compartilhadas com a MINORIA dos serviços da RAPS da cidade/território de referência
 Há ações compartilhadas com TODOS os serviços da RAPS da cidade/território de referência

E quanto as reuniões realizadas com a Rede:

	Não são realizadas	Diárias	Semanais	Quinzenalmente	Mensalmente	Outra
UBS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rede Intersectorial (Políticas setoriais e Organizações não-governamentais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Essas reuniões com a Rede foram alteradas pela pandemia?

- Não
 Sim
 Não sei

A equipe tem atendido a exigência de alimentar os dados no sistema vigente (ESUS), do Ministério da Saúde mantendo ele atualizado?

- Sim Não Não sei informar

Você saberia indicar quando os dados foram atualizados pela última vez?

A implementação do programa de CnaR, atende ao critério de 01 (uma) equipe para cada 80 a 1.000 pessoas em situação de rua para a realidade atual de seu município?

- Atende
 Atende parcialmente
 Não atende

Infraestrutura laboral**Existe um veículo exclusivo para o consultório na Rua?**

- Sim Não

Em relação ao veículo: Marque mais de uma alternativa se necessário.

- Ele tem a configuração de uma Unidade Móvel que permite realizar alguns atendimentos e procedimentos para os usuários em seu interior?
 É possível realizar procedimentos básicos
 Ele tem identificação visual
 É possível realizar atendimentos no seu interior
 É possível levar profissionais da equipe
 É possível levar equipamentos e insumos

O programa tem ofertado as ações de atenção básica atendendo as diretrizes da política nacional de Atenção Básica?

- Não oferta

- Oferta parcialmente
- Oferta totalmente

A equipe utiliza-se de diagnóstico situacional ou faz uso de instrumentos que atendem ao objetivo de mapear e identificar os grupos e indivíduos, assim como os recursos comunitários disponíveis no território? Marque mais de uma alternativa se for necessário.

- Não utiliza
- Diagnóstico situacional
- Outros instrumentos
- Plano de Ação referente ao COVID 19

Quanto ao diagnóstico e/ou mapeamento

	Sim	Não	Não sei responder
Há um diagnóstico levando em conta a territorialização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você participou da produção do diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi elaborado de forma coletiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando o diagnóstico foi atualizado?

abril de 2020

Insira o ano e se possível o mês

Há um roteiro definidor das ações em equipe

- Sim Não Não sei informar

No roteiro consta?

	Sim	Não	Não sei informar
Os pontos de atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descrição das ações e procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pondera sobre os riscos do atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera os perfis dos usuários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Define ações de busca ativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual a periodicidade da produção do roteiro?

- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Semestralmente

Anualmente

A produção do roteiro foi alterada com a pandemia?

Sim Não

A construção desse roteiro

É feita de forma coletiva

Por parte da equipe

Pela gerência/chefia/supervisão

Pelo plano municipal/territorial

Você participa de algum espaço de monitoramento e avaliação de políticas públicas?

Sim Não Outros

Considerações

A equipe ou algum membro realiza alguma interlocução com o Movimento Nacional da População de Rua?

Sim Não Não sei responder

A partir de sua experiência, você mudaria alguma coisa do desenho original do programa instituído no âmbito federal? (Qual ?)

Na sua realidade você considera que há autonomia e oportunidades para reorganizar suas práticas e da equipe?

Sim Não Parcialmente Outros

Há alguma consideração que queira fazer a respeito do tema?

Pesquisa Assessorada por Luis Gustavo Patrocino.
Contato: patrocinolg@gmail.com

Submeter

Salvar

APÊNDICE B

Universidade Estadual de Londrina
Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social
Pesquisa: **A avaliação qualitativa da implementação do Programa Consultório na Rua da região Sul do país**
Doutoranda: Afrânio H. C. Duarte
Orientadora: Dra. Líria Maria Bettiol Lanza

Roteiro de Entrevista coordenadores (as)

Município: _____ Modalidade da equipe: I () II () III ()

Há quanto tempo trabalha na equipe como gestor (a)? _____

- 1) Como foi o início de sua aproximação com o programa Consultório na Rua e em quais fases de implementação você participou ou participa?
- 2) Você considera que os objetivos preestabelecidos do programa Consultório na Rua estão sendo atendidos na implementação e na realidade de seu município? Por que?
- 3) Para você quais são os principais referenciais, princípios e valores adotados para a implementação do programa Consultório na Rua?
- 4) Você avalia que existem elementos que facilitam e dificultam o processo de implementação? Se sim, quais são esses facilitadores e dificultadores e como eles se apresentam?
- 5) Existem decisões a serem tomadas no processo de implementação do programa? Se sim, como ocorre esse processo decisório? Quem participa e de que forma?
- 6) Como é realizado o monitoramento e a avaliação do programa em seu município tanto do ponto de vista da prestação de contas municipal, estadual e federal? A gestão e a equipe têm participado destes ou de outros espaços de monitoramento e avaliação? De que forma?
- 7) Na sua percepção enquanto gestor (a), é possível identificar algum efeito (resultado) no que se refere aos objetivos do programa e sua implementação (eficácia)? Como a gestão e a equipe, tem monitorado e avaliado esses efeitos?

APÊNDICE C

Universidade Estadual de Londrina

Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social

Pesquisa: **A avaliação qualitativa da implementação do Programa Consultório na Rua da região Sul do país**

Doutoranda: Afrânnia H. C. Duarte

Orientadora: Dra. Líria Maria Bettioli Lanza

Roteiro de Entrevista Representante do Movimento Nacional da população de Rua (MNPR)

Representante de qual região_____

Há quanto tempo é representante do MNPR_____

- 1) Como você conheceu o Consultório na Rua (CnaR)? Qual é sua aproximação com o programa?
- 2) Já acompanhou ou tem acompanhado o processo de implementação do programa em alguma região? Se sim, em quais fases e de que forma?
- 3) Para você quais são os principais referenciais, princípios e valores que devem ser adotados ou considerados para a implementação do programa Consultório na Rua?
- 4) Para o MNPR o programa CnaR tem atendido as necessidades de saúde da população em situação de rua? De que forma?
- 5) Você avalia que existem elementos que facilitam e dificultam o processo de implementação e funcionamento dos programas de CnaR? Se sim, quais são esses facilitadores e dificultadores e como eles se apresentam?
- 6) Como é realizado o monitoramento e avaliação do programa CnaR, tanto do ponto de vista da prestação de contas municipal, estadual e federal? O MNPR tem participado destes ou de outros espaços de monitoramento e avaliação? De que forma?
- 7) Na sua percepção enquanto representante do MNPR, é possível identificar algum efeito (resultado) no acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? Como o MNPR tem se organizado para monitorar e avaliar esses efeitos e resultados?

APÊNDICE D

Quadro 5. Pesquisas nacionais sobre o Consultório na Rua

Autor (a)	Título
Cartilha e Livros:	
BODSTEIN, Regina et al.2017	Produzindo saúde nas ruas: o desafio do trabalho das equipes de Consultório na Rua - Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2017.
Teixeira e Fonseca, 2013	Saberes e praticas na atenção primária à saúde – Cuidado a pop em situação de rua e usuários de crack, álcool e outras drogas
Carvalho, et al, 2019	Vivencias do Cuidado na rua
Artigos em Periódicos:	
Hallais e Barros, 2015	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade
Silva, et al, 2015	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua
Kami, et al, 2016	Trabalho no consultório na rua: uso do <i>software</i> IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa
Ferreira, Rozendo, 2016	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social
Engstrom e Teixeira, 2016	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável
Londero, Ceccim e Bilibio, 2014	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde
Abib e Damico, 2013	Possibilidades de composição de uma equipe de consultório na rua.
<i>Souza, Iacã Macerata, 2015</i>	A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades
Medeiros, Paixão e Miranda, 2017	Atenção multidisciplinar através do consultório na rua
Vargas e Macerata, 2018	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica
Silva, Monteiro e Araujo, 2018	Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão
Alves e Vitorino, 2019	A importância dos profissionais da saúde bucal no programa Consultório

	na Rua
Santos, Nascimento, Araujo, 2018	A complexidade da população em situação de rua: contribuição do Serviço Social no consultório na rua
Abreu, 2017	Consultório na rua: atuação dos profissionais em Santa Catarina
Daher, et al, 2018	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde
Rodrigues, et al, 2019	Perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do consultório na rua do Recife
Pinto , 2018	Determinantes sociais, equidade e consultório na rua
Lima, et al, 2019	Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo
Medeiros, Cavalcante, 2018	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua-Consultório na rua: barreiras e facilitadores
Alecrim, et al, 2016	Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua
Simões, 2017	Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso
Anzai e Junior, 2015	Redução de danos: um resgate aos direitos humanos por meio dos consultórios na rua
Souza, Alencar, 2015	Cuidado integral à saúde de usuários de crack e outras drogas: ação de rede entre consultório de rua e atenção básica
Machado e Rabello, 2018	Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua
Junges, 2014	Construção da inclusão do consultório na rua no Programa Saúde mais Perto de Você –acesso e qualidade : elementos para o instrumento de avaliação externa
Pacheco, et al, 2017	Concepções em redução de danos no projeto consultório de rua: práticas na saúde mental
Vale e Vecchia, 2019	O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios
Siqueira, et al, 2020	A importância do trabalho do Assistente Social na implementação do Consultório de Rua na cidade de Rio Grande–RS.
Salgado, 2020	Consultório na rua: uma avaliação da política pública de atendimento em saúde à população em situação de rua com transtornos mentais
Coelho, Lima, Silva, 2020	A efetividade do consultório na rua mediante o atendimento com a população em situação de rua

Timoteo, et al, 2020	Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió – AL
Chagas, et al, 2020	Refletindo a assistência no Consultório na Rua
Engstrom, et al, 2020	A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida
Costa, Cunha, Bordalo, 2020	Conhecimento dos estudantes de medicina de uma universidade pública sobre o programa consultório na rua
Dias, 2016	Consultório de rua: a construção de uma prática, experiência da oficina “Conversa sobre Sexualidade”
Friedrich, et al, 2019	Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua
Clemente, et al, 2013	Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES
Webster, et al, 2012	Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção
Martinez, 2016	O Consultório na rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: o caso de São Bernardo do Campo
Lima, Seidl, 2015	Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas
Hino, et al, 2018	O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua
Teses:	
ROOS, 2014	"Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua"
Borisow, 2018	O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua
Dissertações:	
ROCHA, 2016	Nuances do Consultório na Rua
ABREU, 2013	Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua
SILVA, 2013	As Práticas de Saúde das Equipes dos Consultórios de Rua
Lima, 2013	Consultório na rua em Goiânia : atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas
Tondin, 2012	Consultório de rua : uma perspectiva de intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua
Silva, 2019	Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o

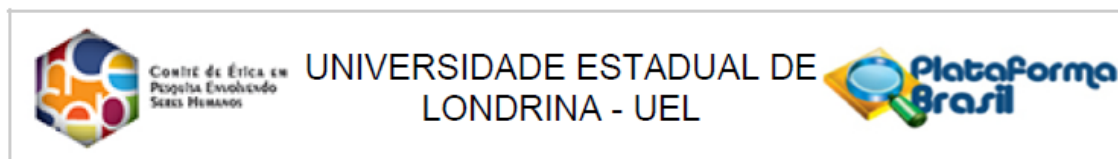
	Consultório na Rua como extituição
MATOS, 2016	A atuação dos consultórios na rua (CnaR) e a atenção à saúde da população em situação de rua
Albuquerque, 2014	Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua
Monteiro, 2019	A dimensão da intersectorialidade nas práticas do consultório na rua: a experiência do Rio de Janeiro
Medeiros, 2016	Análise sobre a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua
Nascimento, 2019	Cuidado em saúde à população em situação de rua: reflexões teóricas sobre o dispositivo consultório na rua
Silva, 2018	A rede de apoio social de usuários de crack acompanhados por um equipe de consultório na rua de uma cidade no interior de Minas Gerais
Santos, 2016	Os sentidos construídos por profissionais de saúde inseridos em equipes de consultórios na rua da cidade do Rio de Janeiro sobre o consumo de crack por mulheres
Magalhães , 2015	Articulações territoriais: uma cartografia da atenção à população em situação de rua
Carla Felix , 2018	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto.
Kami, 2015	Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no consultório na rua : subsídios para elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico
Leonardo Abib, 2014	Crônicas urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias
Alecrim, 2015	A rua que acolhe, a rua que cura: equipe de Consultório na Rua como estratégia para atenção à pessoa com tuberculose
Freitas, 2017	A Política de saúde para população em situação de rua: o consultório na rua de Curitiba-pr
Elisete Gil, 2016	Consultório na rua pintando saúde: uma proposta de educação permanente em saúde
Cerqueira, 2016	Produção de cuidado em saúde mental: cartografias de dois universos maranhenses
Mariano , 2019	Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa
Almeida, 2017	Tuberculose : imaginário social e conversas do cotidiano do consultório na rua
Curvo, 2018	O que pode o consultório na rua? Considerações a partir da clínica da

	atividade
Cesario, 2019	Inédito viável no Consultório na Rua : a com-vivência como práxis de educação em e para direitos humanos
Mendonça, 2017	O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro
Lemos, 2016	Internação compulsória e o respeito à autonomia da população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas sob o olhar da equipe do consultório na rua do Plano Piloto DF
Joice Pacheco, 2015	População em situação de rua tem sede de quê?: relato da implantação do consultório na rua da cidade de Joinville
Vale, 2017	Estratégia e-SUS atenção básica: uso pelas equipes de consultório na rua
Silva, 2013	Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro
Engstrom, 2015	Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais
Adriane Wollmann, 2018	A rua como território do cuidado: uma experiência sobre a produção de saúde da população invisibilizada
Casanova, 2012	A integralidade na fonte do consultório de rua do SUS
Queiroz, 2015	O ofício dos profissionais do consultório de rua: Um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade
Duarte, 2018	O Sistema Único de Saúde e seus alcances: reflexões acerca do processo de trabalho do consultório na rua
Ferreira, 2015	Consultório na rua em Maceió-AL: o olhar das pessoas em situação de rua

Fonte: Própria autora, a partir da base de dados do Scielo, BDTD e *Google acadêmico* (2020).

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A avaliação qualitativa da implementação do Programa de Consultório na Rua da região Sul do país

Pesquisador: AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 33486220.0.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.416.472

Apresentação do Projeto:

O Programa de Consultório na Rua (CnaR), tem como principal foco o atendimento itinerante da população em situação de rua. Os acompanhamentos realizados pelas equipes de CnaR demandam meios, técnicas e instrumentos específicos, tempo, planejamento, regularidade nos atendimentos, mas também uma dinâmica inversa habitualmente realizada nos serviços de saúde, tendo como um dos objetivos realizar o acolhimento em saúde deste usuário no seu próprio espaço de vida. Alguns indicadores qualitativos que orientam o processo de implementação, aqueles que podemos chamar de indicadores das práticas ou ações, estão em constante aprimoramento e se apresentam de forma parcial nos resultados, como por exemplo, a redução de danos definida como estratégia transversal das ações do programa, assim como o cuidado compartilhado com a rede de serviços. Considerando que estes também fazem parte de diretrizes do Sistema Único de Saúde, assim como da Política Nacional da População em situação de rua, são indicadores que só se sustentam historicamente por meio do controle social e da luta dos sujeitos implicados nesse processo, pois visam um modelo assistencial, com base em um projeto político contra-hegemônico comprometido com a democracia em defesa de melhores condições de vida de toda a população.

A Rede Nacional de Consultório na Rua e de Rua será a instituição co-participante desta pesquisa.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

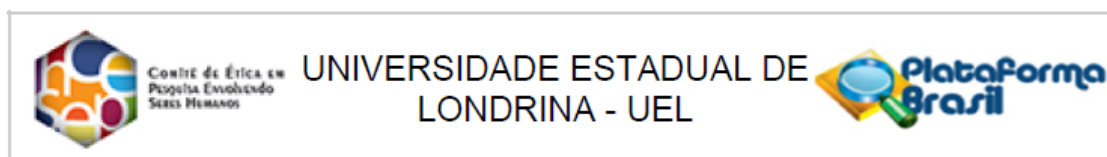
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.472

Objetivo da Pesquisa:

Seundo autora, a pesquisa visa avaliar o processo de implementação do programa de Consultório na Rua na região Sul do país período entre os anos de 2011, marco jurídico do programa, até o ano atual 2020.

Metodologia

Através da pesquisa documental pretende-se descrever o desenho e estrutura do programa, por meio de documentos do marco jurídico desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, assim como outros documentos desenvolvidos pelos municípios como: censo e pesquisa municipais da população em situação de rua; Plano de Saúde dos Municípios; Relatórios de Gestão Municipal; Projetos/Programas específicos; Legislações e/ou portarias municipais (ex: constituição do CIAMP); Ata dos Conselhos de Saúde, entre outros.

Para as fontes empíricas, serão utilizados questionários online, com questões fechadas direcionados para todos (as) os (as) trabalhadores (as) das equipes (no total de 106 indivíduos participantes dessa fase). Para entrevista em profundidade, serão realizadas entrevista com questões semi estruturadas a serem aplicadas com um (a) representante do Movimento Nacional da População de Rua e três coordenadores (as) de três equipes de CnaR. Estas entrevistas serão feitas individualmente, gravadas em áudios, de forma online, via skype (no total de 4 entrevistas).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora aponta os seguintes riscos: os participantes poderão apresentar desconforto em compartilhar informações pessoais e apresentarem a preocupação de suas falas serem reconhecidas na pesquisa, mesmo não sendo identificadas em nenhum momento pela pesquisadora. Nesse sentido, explicaremos ao sujeito, que não precisa responder a qualquer pergunta durante o preenchimento do questionário e/ou durante a entrevista, caso se sinta desconfortável e/ou sinta que poderá ter sua fala reconhecida.

Como benefícios, são identificados os benefícios diretos (para o participante da pesquisa) e indiretos (para a sociedade) estão relacionados aos resultados da pesquisa, pois almejamos que estes possam contribuir com a implementação do programa com qualidade para efetivação do cuidado em saúde de forma universal e integral à população em situação de rua.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

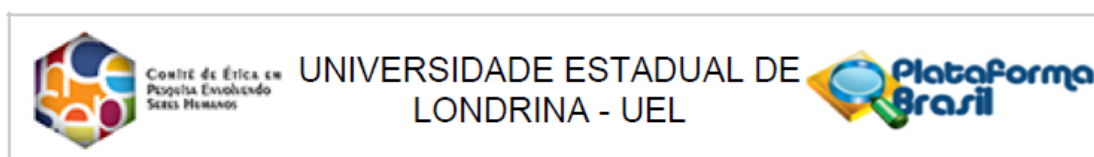
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.472

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto devidamente assinada.
- TCLE apresentado na forma de convite, com todos os elementos obrigatórios conforme Resolução CNS 466/2012.
- Termo de Confidencialidade e Sigilo corretamente apresentado e assinado.
- Declaração de coparticipante apresentada corretamente.
- Cronograma corretamente apresentado, com coleta a iniciar dia 04/01/2021.
- Orçamento corretamente apresentado, no valor de R\$ 600,00 .

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências levantadas no parecer 4.390.992 foram atendidas pela pesquisadora.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1653374_E1.pdf	16/11/2020 20:11:17		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_coleta_dados.pdf	16/11/2020 20:09:49	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_2.pdf	16/11/2020 20:09:19	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Questionario_CEP_SMS_Curitiba.pdf	03/11/2020 20:23:45	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_CEP_SMS_Curitiba.pdf	03/11/2020 20:23:27	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	TERMO_USO_IMAGENS_VOZ.pdf	03/11/2020 20:22:18	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.416.472

Outros	Declaracao_campo_de_pesquisa.pdf	03/11/2020 20:18:20	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Requerimento_CEP_SMS_CURITIBA.pdf	03/11/2020 20:16:32	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_ausencia_conflito_interesse.pdf	03/11/2020 20:11:22	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_ausencia_custos.pdf	03/11/2020 20:10:56	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	18/07/2020 09:27:46	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIO_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:57	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:47	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:31	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1_QUESTIONARIO_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:18:43	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Afrannia.pdf	11/06/2020 07:41:07	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.pdf	07/06/2020 13:49:28	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Co_participante_REDE.pdf	07/06/2020 13:46:46	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.416.472

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Co_participante_REDE.pdf	07/06/2020 13:46:46	DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_03_entrevista.pdf	07/06/2020 10:43:40	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_02_entrevista.pdf	07/06/2020 10:43:24	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 23 de Novembro de 2020

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS de Curitiba

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A avaliação qualitativa da implementação do Programa de Consultório na Rua da região Sul do país

Pesquisador: AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33486220.0.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.552.057

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do doutorado em serviço social e política pública da Universidade Estadual de Londrina, sobre a avaliação qualitativa da implementação do Programa de Consultório na Rua da região Sul do país. Atualmente de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2020) existem 157 equipes de CnaR cadastradas em todo território brasileiro e destas, 19 equipes estão localizadas em 16 municípios na região Sul. Mesmo com esse aumento do número de equipes entre 2015 e a data atual, observa-se várias precarizações no funcionamento destes programas. Para fins deste projeto de pesquisa, os pesquisadores identificam a necessidade de novos estudos que façam a defesa desses programas de saúde, por meio de avaliações que apresentem resultados a respeito da implementação. Considerando as funções política e técnica da avaliação (SILVA, 2013), entendem que ela pode contribuir para o fortalecimento e defesa das práticas substitutivas ao modelo manicomial e hospitalocêntrico/biomédico. Declaram que a avaliação pode ser um instrumento que potencializa a luta e consolidação da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, pois pode demonstrar o quão exitosa são as práticas e os resultados do processo de implementação, reafirmando sua necessária manutenção com qualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar o processo de implementação do programa de Consultório na Rua na região

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.552.057

Sul do país, a fim de contribuir com a efetivação do cuidado em saúde universal e integral da população em situação de rua.

Objetivos Específicos: A) Identificar como os sujeitos da pesquisa avaliam o processo de implementação do programa em relação as ações propostas, previstas e executadas enquanto objetivos do programa. B) Selecionar e descrever os indicadores e as variáveis a serem utilizadas na avaliação qualitativa do processo de implementação do programa. C) Identificar e analisar quais os determinantes facilitadores e dificultadores do processo de implementação do programa. D) Conhecer e analisar em quais contextos tem ocorrido o processo de implementação dos programas nos municípios da região sul. E) Identificar a percepção dos sujeitos em relação aos efeitos que esse programa tem produzido no acesso da população em situação de rua à rede de atendimento do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores consideram que esta pesquisa não apresenta desconforto ou riscos físicos, entretanto apontam alguns riscos mínimos de ordem psicológica/ emocional, nos quais os sujeitos poderão sentir desconforto, estresses ou constrangimento em

compartilhar informações pessoais e apresentarem a preocupação de suas falas serem reconhecidas na pesquisa, mesmo não sendo identificadas em nenhum momento pela pesquisadora. Nesse sentido, explicarão aos participantes da pesquisa, que não precisam responder a qualquer pergunta durante o preenchimento do questionário e/ou durante a entrevista, caso se sintam desconfortáveis e/ou sintam que poderão ter sua fala reconhecida. Assim, comprometemo-nos em dar assistência integral aos participantes nas complicações decorrentes dos riscos previstos.

Ponderam que os benefícios diretos (para o participante da pesquisa) e indiretos (para a sociedade) estão relacionados aos resultados da pesquisa, pois almejam que estes possam contribuir com a implementação do programa com qualidade para efetivação do cuidado em saúde de forma universal e integral à população em situação de rua.

A devolução dos dados ocorrerá por meio de convite aos participantes da pesquisa para participarem da defesa da banca, assim como será encaminhado via e-mail a tese em PDF para eles, se assim desejarem. Além desta devolução direta, consideram a devolução dos dados através da apresentação em eventos e publicação em anais e periódicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para as fontes empíricas, utilizarão como instrumentos questionários online, com questões fechadas direcionados para todos (as) os (as) trabalhadores (as) das equipes. A Rede Nacional de

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.552.057

Sul do país, a fim de contribuir com a efetivação do cuidado em saúde universal e integral da população em situação de rua.

Objetivos Específicos: A) Identificar como os sujeitos da pesquisa avaliam o processo de implementação do programa em relação as ações propostas, previstas e executadas enquanto objetivos do programa. B) Selecionar e descrever os indicadores e as variáveis a serem utilizadas na avaliação qualitativa do processo de implementação do programa. C) Identificar e analisar quais os determinantes facilitadores e dificultadores do processo de implementação do programa. D) Conhecer e analisar em quais contextos tem ocorrido o processo de implementação dos programas nos municípios da região sul. E) Identificar a percepção dos sujeitos em relação aos efeitos que esse programa tem produzido no acesso da população em situação de rua à rede de atendimento do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores consideram que esta pesquisa não apresenta desconforto ou riscos físicos, entretanto apontam alguns riscos mínimos de ordem psicológica/ emocional, nos quais os sujeitos poderão sentir desconforto, estresses ou constrangimento em

compartilhar informações pessoais e apresentarem a preocupação de suas falas serem reconhecidas na pesquisa, mesmo não sendo identificadas em nenhum momento pela pesquisadora. Nesse sentido, explicarão aos participantes da pesquisa, que não precisam responder a qualquer pergunta durante o preenchimento do questionário e/ou durante a entrevista, caso se sintam desconfortáveis e/ou sintam que poderão ter sua fala reconhecida. Assim, comprometemo-nos em dar assistência integral aos participantes nas complicações decorrentes dos riscos previstos.

Ponderam que os benefícios diretos (para o participante da pesquisa) e indiretos (para a sociedade) estão relacionados aos resultados da pesquisa, pois almejam que estes possam contribuir com a implementação do programa com qualidade para efetivação do cuidado em saúde de forma universal e integral à população em situação de rua.

A devolução dos dados ocorrerá por meio de convite aos participantes da pesquisa para participarem da defesa da banca, assim como será encaminhado via e-mail a tese em PDF para eles, se assim desejarem. Além desta devolução direta, consideram a devolução dos dados através da apresentação em eventos e publicação em anais e periódicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para as fontes empíricas, utilizarão como instrumentos questionários online, com questões fechadas direcionados para todos (as) os (as) trabalhadores (as) das equipes. A Rede Nacional de

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.552.057

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_03.pdf	21/12/2020 20:59:56	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_SMS_CURITIBA.pdf	21/12/2020 20:59:17	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA_MNPR_CORRIGIDO.pdf	21/12/2020 20:58:40	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_2.pdf	16/11/2020 20:09:19	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Questionario_CEP_SMS_Curitiba.pdf	03/11/2020 20:23:45	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_CEP_SMS_Curitiba.pdf	03/11/2020 20:23:27	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	TERMO_USO_IMAGENS_VOZ.pdf	03/11/2020 20:22:18	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Declaracao_campo_de_pesquisa.pdf	03/11/2020 20:18:20	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Requerimento_CEP_SMS_CURITIBA.pdf	03/11/2020 20:16:32	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	18/07/2020 09:27:46	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIO_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:57	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_ENTREVISTA_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:47	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.552.057

Ausência	TCLE_ENTREVISTA_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:47	DUARTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:20:31	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1_QUESTIONARIO_C ORRIGIDO.pdf	18/07/2020 09:18:43	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.p df	07/06/2020 13:49:28	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_03_entrevista.pdf	07/06/2020 10:43:40	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_02_entrevista.pdf	07/06/2020 10:43:24	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 23 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
antonio dercy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Atilio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br